

Wie kann eine neue Gesundheitskultur für das 21. Jahrhundert entstehen?

Ein Bericht über gesundheitspolitische Initiativen in Schottland und Wales, den USA und Kanada und mögliche Schlussfolgerungen für Deutschland

EBERHARD GÖPEL

Zusammenfassung:

Mit der weltweiten Verbreitung eines bioökonomisch orientierten, digitalen Kapitalismus ändert sich der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Aktuell divergieren biotechnische und sozialökologische Handlungsstrategien. Programme öffentlicher Gesundheitsförderung aus Schottland und Wales, den USA und Kanada weisen auf die Notwendigkeit einer stärkeren Rückbindung der Gesundheits-Forschung und -Politik an das Alltagsleben der Menschen hin. Das Leitbild gesunder Städte und Gemeinden kann als konzeptionelle Rahmung für eine demokratische Gesundheitskultur für das 21. Jahrhundert genutzt werden. Der Stellenwert technischer und digitaler Produkte und Waren der Gesundheitswirtschaft ist im Kontext von Nachhaltigkeitszielen, Gemeinwohlinteressen, Alltagstauglichkeit und Gerechtigkeit zu prüfen. Die partizipative Förderung von Gesundheit im Gemeinwesen wird dabei zu einem gemeinschaftlichen Ziel demokratischer Politik.

Abstract:

With a worldwide spread of a bio-economically oriented, digital capitalism, concepts of health and disease get framed accordingly. Currently biotechnical and socio-ecological approaches develop divergently. Programs promoting Public Health in Scotland and Wales, the US and Canada demonstrate the need to link health research and public policies to every-day to people's everyday-lives.. The WHO framework of healthy cities and communities can be used for the development of a democratic, inclusive culture of health for the 21st century. The usefulness of fancy biotechnical and digital appliances and commodities has to be examined

in this context by standards of sustainability, commonweal, robustness and justice. The participatory promotion of health in the community turns thus to a connecting goal for democratic policies in common interest.

Schlüsselwörter/Keywords

Paradigmenwandel in der Medizin / Paradigm shift in medicine
Gesundheit als Produkt und Ware /
Health as a product and commodity
Gesundheit als Beziehung / Health as a relational entity
Recht auf Gesundheit / Right to health
Gesunde Städte und Gemeinden /
Healthy Cities and Communities

Gesundheit als hoffnungsstiftendes Zukunftsmotiv

Die öffentliche Kommunikation über Gesundheit thematisiert jeweils Vorstellungen einer angestrebten Zukunft und erwünschter Lebenssituationen. In diesem Sinne eröffnet der Gesundheitsdiskurs eine Verständigung über individuelle und kollektive Lebenshoffnungen für gelingendes menschliches Leben angesichts eines steigenden Bewusstseins über die Endlichkeit des individuellen Lebens und der Gefährdungen des kollektiven Lebens auf einem begrenzten Planeten. Es ist daher sicherlich kein Zufall, dass das Gesundheitsthema vor allem in Zeiten eines raschen gesellschaftlichen Wandels aktualisiert wird, in denen alte Lebensorientierungen nicht mehr zu tragen scheinen, neue dagegen noch nicht den Charakter des Selbstverständlichen erreicht haben und die verunsicherten Individuen durch soziosomatische Leiden dazu genötigt werden, sich unter Schmerzen mit den

Chancen eines künftigen körperlich-seelisch-sozialen Wohlbefindens in einer erhofften besseren Zukunft zu beschäftigen.

Es gibt inzwischen viele Hinweise darauf, dass wir uns in eine politökonomisch intendierte Umstellung auf einen globalen, sozio- und biotechnisch agierenden, digitalen Kapitalismus bewegen, der mit neuen „disruptiven“ Geschäftsmodellen und technologisch-kulturellen Steuerungsformen zu höheren Wachstumsraten der Kapitalverwertung und politischer Macht beitragen kann (Scheidler 2015, 2017; Floridi 2015; Hofstetter 2018; Lanier 2018). Die technologische Mischung der kommenden Jahrzehnte, die einen neuen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungsschub tragen soll, wird in einer zunehmenden Konvergenz von miniaturisierten Nanotechnologien, Biotechnologien der direkten genetischen und biologischen Programmierung, künstlicher Intelligenz neuer Informations- und Kontrolltechnologien und neuer medialer Bewusstseins-Technologien gesehen. In deren Kombination werden vielfältige neue Möglichkeiten gesucht, technische und biologische Prozesse und menschliches Bewusstsein mittelbar und unmittelbar mit einer hohen Präzision zu steuern (Kurzweil 2005, Kucklik 2014, Wood 2015). Die veröffentlichten Planungen dazu richten sich zunächst auf Erleichterungen des Arbeitsalltags in Fabriken, Büro's und Verwaltungen durch Automatisierungen und verbesserte Koordination, auf Kommunikations- und Mobilitäts erleichterungen oder auf neue biotechnische Behandlungskonzepte für Krankheiten bis zur Besiegung des Todes (Burckhardt 2017, 2018; Kucklik 2014; Diamandis 2017; Beck 2017; Beckert 2018).

Wir bewegen uns dabei allerdings rasch auf gesellschaftliche Entwicklungen zu, in denen bisher als selbstverständlich tradierte Vorstellungen der Lebensorganisation in modernen Gesellschaften als Bestandteile einer in Auflösung befindlichen „großen Erzählung“ der gesellschaftlichen Versprechen der Moderne erscheinen (Korten 2015). Zu den Fiktionen der modernen Gesellschaften, deren lebenspraktische Glaubwürdigkeit ähnlich wie bei den großen kirchlichen Erzählungen zunehmend zerrinnt, gehören z. B.

- ◆ Das Idealbild eines freien, rational entscheidenden Individuums
- ◆ Das Idealbild eines unendlichen quantitativen Wirtschaftswachstums durch eine
- ◆ zinsgetriebene Ökonomie und eine zinseszins-getriebene „Finanzwirtschaft“
- ◆ Das Idealbild von Geldbesitz als sozialer Macht und biographischer Sicherheit
- ◆ Das Idealbild eines linearen, institutionell gestützten Lebenslaufes mit „Bildung“ und
- ◆ „Beruf“ als zentralen Leistungs-Kategorien
- ◆ Das Idealbild von „Wissenschaft“ als gesellschaftlichem Wahrheits- und Fortschrittsgarant
- ◆ Das Idealbild eines „Gesundheitswesens“ als Garant für öffentliche Gesundheitsförderung
- ◆ und viele weitere Mythen der modernen Gesellschaft.

In einer derartigen Phase der Krise – d. h. im Doppelsinn der griechischen Tradition: der Gefährdungen und Verunsicherungen einerseits und der Chancen und neuen Abhängigkeiten andererseits – verlieren die bisherigen Lebensmuster als kohärente Deutung von Wirklichkeit ihre Überzeugungskraft und neue Sinnkonstruktionen und Welt-Anschauungen werden möglich und notwendig. Der Gesundheitsdiskurs, im Sinne eines öffentlichen Bezugs auf elementare gemeinsame Lebensbedürfnisse, gewinnt in derartigen Zeiten der kulturellen und individuellen Krise eine verbindende und einheitsstiftende Funktion. Er fand sich entsprechend gegen Ende der griechischen Antike mit dem Verlassen der Götterwelt und der Etablierung einer rationalen Weltordnung; am Ende des Mittelalters mit der Anbringung mechanischer Uhren an den Gotteshäusern zur Etablierung einer linearen Zeit- und Arbeitsordnung sowie einer allgemeinen Geld- und Zinswirtschaft; in der Französischen Revolution und dem Beginn der bürgerlichen Epoche mit der Verkündung allgemeiner Menschenrechte; in der Arbeiterbewegung und dem frühen Sozialismus im Kampf um menschenwürdige Arbeitsbeziehungen und einer demokratischen Ordnung der Sozialbeziehungen (Göpel 2010, S. 274 f.).

Der kulturelle Wandel war jeweils verbunden mit der Durchsetzung einer neuen kohärenten Weltdeutung, in der die Menschen eine neue Stabilisierung und Sicherheit für ihre grundlegenden Lebensvollzüge im gesellschaftlichen Umgang zu finden suchten. Zwei ältere sozialhistorische Studien zu diesem Thema können weiterhin zur Lektüre empfohlen werden. Ivan Illich beschrieb in seinem Buch „Die Nemesis der Medizin“ bereits 1974 die gesellschaftlichen Gefährdungen einer zunehmenden Medikalisierung aller Lebensprozesse durch eine unbegrenzte Ausweitung ärztlicher Diagnosen und nebenwirkungsreicher technischer und pharmazeutischer Eingriffe. Er nannte diese Prozesse der „Verkranklichung“ der Menschen durch medizinische Deutungs- und übergreifige Handlungsmacht „Iatrogenese“ (Illich, 5.A, 2005). Wenige Jahre später bereits beschrieb Jacques Attali 1981 in seinem Buch „Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin“ den beginnenden Übergang zu einer neuen Epoche der Kontrolle der Körper wie folgt:

„Während einst unter der Kontrolle der Priester Tabus aufgerichtet, von der medizinischen Hygiene-Polizei Verbote ausgesprochen und vom Arzt Verordnungen ausgegeben wurden, verleihen Informatiker und Genetiker zukünftig dem Normalen eine neue Bedeutung und begründen eine neue Weise, gerecht, anständig und gesund zu sein. „Normal“ wird ein Lebensprofil, das die Gesundheitsausgaben so gering wie möglich zu halten erlaubt. (...) Im gesellschaftlichen Diskurs erfreuen sich die idealen Verhaltensweisen, die Behandlung ersparen und damit Reichtum erzeugen, die nachzubildenden Modelle also, hoher Wertschätzung. (...) Durch den individuellen Wunsch nach Anpassung an die Norm wird eine Nachfrage nach einem Instrumentarium geschaffen, das auf jeden einzelnen zugeschnitten und zur Kontrolle seiner Konformität

geeignet ist. Welchen Rhythmus und welche Formen diese Entwicklung im Einzelnen annehmen wird, hängt weitgehend von den technologischen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen ab, unter denen diese individualisierten Geräte zur Analyse der Zeichen des Lebens produziert und konsumiert werden können. Ohne Zweifel liegen diese Instrumente der Selbstüberwachung und Selbstdenunziation in der Logik der ökonomischen Rentabilität und bilden den natürlichen Endpunkt der Speicherung medizinischen Wissens sowie der Ausarbeitung einer neuen Bedeutung von Gut und Böse, die sich in den ökonomischen Lebensprofilen abzeichnet. So erschließen jene Instrumente einen neuen, notwendig gewordenen Konsumbereich und verwandeln die Lebenswünsche in Warenbedürfnisse“ (Attali 1981, S. 206 ff).

Als weiterführende Lektüre empfehlen sich hier nahtlos Zygmunt Bauman's Buch „Leben als Konsum“ (Bauman 2009), Stefan Selke's Buch „Lifelogging. Wie die digitale Selbstvermessung unsere Gesellschaft verändert“ (Selke 2014) und die soziologische Analyse von Andreas Reckwitz „Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne“ (Reckwitz 2017).

Die Prinzipien alltäglicher Lebensordnung unterliegen im Wandel der gesellschaftlichen Lebens-Praxis jeweils spezifischen Begründungen und Veranschaulichungen.

In den europäischen Industriestaaten der Neuzeit hat sich seit 200 Jahren ein lineares Maschinenbild des Lebens durchgesetzt: Menschliche Lebensfunktionen werden z. B. seit dem 19. Jahrhundert in der Medizin in Analogie zu technischen Prozessen beschrieben: das Herz als Pumpe, das Gehirn als Schaltzentrale, die Leber als Stoffwechsel-Fabrik etc.

Dieses technische Modell menschlichen Lebens hat die wirtschaftliche Verwertung medizinisch-naturwissenschaftlicher Forschung sehr gefördert.

Die weltweit vernetzte Biotechnologie verlängert diese technischen Analogien gegenwärtig bis auf die Ebene von molekularen Zellfunktionen und bastelt mit Unterstützung einer Milliardenförderung aus öffentlichen Steuermitteln an der genetischen Umprogrammierung von „Zellfabriken“.

Da sich die Ergebnisse entsprechender Forschungs-Praktiken auch in warenförmige Einzelleistungen und Produkte portionieren lassen, erleichtern sie eine Standardisierung des Umgangs mit Lebensprozessen und eine bürokratische Verwaltung von Forschungs- und Behandlungsverfahren. Es ist daher nicht verwunderlich, dass seitens der Wirtschafts- und Wissenschaftsförderung, der Krankenkassen-Bürokratie und/oder der staatlichen Rechtsprechung dieses Lebensmodell gern aufgenommen wurde, da es eine warenwirtschaftliche Kalkulation und eine sachgerechte Verwaltung von therapeutischen Bemühungen zu stützen scheint. Die Erweiterung derartiger Krankheitswirtschaft zu einer proklamierten „Gesundheitswirtschaft“ erweist sich allerdings als problematisch, denn mit dem Wandel des Krankheitsspektrums in Richtung auf chronische und lebensgeschichtlich geprägte Er-

krankungsverläufe werden die Grenzen des Nutzens des maschinisierten Lebensmodells immer deutlicher.

Menschen sind offensichtlich nicht nur Automaten, sondern wesentlich soziale, liebebedürftige Wesen, die einen sinnerfüllten Lebenszusammenhang und eine lebens-stützende Umgebung benötigen und suchen (Justice, 1988).

Mit dem Schwinden der normierenden Kraft des getakteten Maschinenideals der bisherigen Industriekultur im Übergang zu einer informationsgesteuerten, flexiblen Arbeits- und Wirtschaftsweise und dem Erscheinen einer als widersprüchlich erkannten „Risikogesellschaft“ (U.Beck, 1986) sind neue Tugenden und Fähigkeiten zur Selbstregulation im Alltag gefragt, die situative Achtsamkeit und differenziertes technisches und soziales Agieren erfordern.

In diesem Zusammenhang gewinnt das Interesse an einer proklamierten „Gesundheitskompetenz“ an Bedeutung, denn es sind nun neue kulturelle Erfindungen für die Strukturierung einer individualisierten Lebensweise im Alltags gefragt, die eine mentale und psychosoziale Kohärenz der Lebensgestaltung ermöglichen und unterstützen können.

Welche Rolle dabei instrumentelle Hilfsmittel der Selbst- und Fremdkontrolle übernehmen, die äußerlich und vermutlich zunehmend auch innerlich appliziert und durch digitale Cloud-Services mit einstellbar personalisiertem Impuls- und Sprachmodus verbunden werden, bleibt abzuwarten.

Für ausgewählte Interessengruppen rechnet es sich ökonomisch, wenn der ärztliche Zwischenhandel medizinischen Wissens auf diesem Weg umgangen werden könnte und alle Patienten-Fragen auf dem aktuellen Evidenz-Niveau durch den Direkt-Anschluss in Echtzeit bei einer weltweit führenden Suchmaschine im bomben- und hackersicheren Server-Bunker in der Wüste Nevada unter vorsorgender Überwachung der NSA befriedet werden können. Lediglich bei der Übernahme rechtlicher Schadensverantwortung bei unvorhergesehenen Zwischenfällen dürfte es auf absehbare Zeit noch Zurückhaltung geben. Dies ist beim aktuellen Krankenhausbetrieb allerdings auch jetzt bereits der Fall.

Mit Blick auf die Ausgestaltung der künftigen Gesundheits-Vorstellungen haben sich zwischen „Experten“ und „Laien“ zwei divergierende Betrachtungen verfestigt:

Divergierende Gesundheits-Betrachtungen

„Gesundheit als Produkt“	„Gesundheit als Beziehung“
Ziel: Die existenziellen Begrenzungen von Lebensfunktionen überwinden und Körperreaktionen berechenbar und verfügbar machen	Ziel: Die existenziellen Begrenzungen des Lebens bewusst wahrnehmen und als persönliche und kulturelle Gestaltungsaufgabe begreifen-
Biomedizinische und biotechnische Optimierungen von Körperfunktionen	Soziokulturelle und ökologische Optimierungen von Umweltbeziehungen.
Soziotechnische und waren-ökonomische Inszenierungen	Sozial- und beziehungs-ökonomische Inszenierungen
Hierarchische Expertenkultur	Solidarische Lebenswelten
Je faszinierender und komplexer, umso größer die Marktchancen	Je inklusiver und harmonischer, umso größer das Wohlbefinden

Gesundheit als Produkt – Das biotechnische Konzept

Krankheitsbekämpfung durch biologische und psychologische Programmierung

Das „Health Care Business“ gilt weltweit bei Finanzanlegern als dauerhaft renditeträchtiger Wirtschaftsmotor mit annähernd den gleichen Rendite-Margen wie die Waffen- und Suchtmittel-Industrien. Die Angst der Menschen vor Krankheit und Tod ist ein stabiles Nachfragemotiv. Durch geeignete Marketing-Strategien zu neuen Gefahren und zu neuen Therapien und Vorsorge-Maßnahmen lassen sich bei einer verunsicherten Bevölkerung nahezu unbegrenzte Absatzmärkte aufbauen. Die Krankheitswirtschaft hat sich daher in allen fortgeschrittenen Industrieländern zu einem der größten Einzelwirtschaftsbereiche entwickelt. Die Fokussierung auf einen biotechnologischen „Kampf gegen Krankheiten“ hat für die global agierenden Pharma-, Elektro- und IT-Konzerne zusätzliche Möglichkeit zur Erschließung weltweiter Absatzmärkte eröffnet. Da die medizinische Pharma-Information und die ärztliche Fortbildung fast ausschließlich von der herstellenden Industrie finanziert und vermittelt wird, ist das Handlungskonzept „Gesundheit als Produkt“ fest in den Köpfen der Ärzte verankert und ist die bestimmende Grundlage ärztlichen Handelns im Berufsalltag.

Die inzwischen angestrebte Erweiterung der etablierten Absatz-Märkte in der Medizin durch eine „Gesundheitswirtschaft“, einen „zweiten Gesundheitsmarkt“ und eine globale „Wellness-Industrie“ (Global Wellness Institute 2018) soll zusätzlich vielfältige neue Absatzmöglichkeiten für persönliche Konsumwünsche und neue Dienstleistungen im Direktverkauf eröffnen.

Hier bilden sich nun neue ökonomische Akteurs-Konstellationen, in denen Finanz-Investoren und die IT-Branche z. B. in Zusammenarbeit mit großen privatwirtschaftlichen Krankenhaus- oder Kaufhausketten als Anbieter auf dem „Gesundheitsmarkt“ neue renditeträchtige Produkte für die Krankheits- und Gesundheitsversorgung kundenfreundlich verbreiten.

Gesundheit als Beziehung – Das ökosoziale Konzept

Entfaltung und Stabilisierung menschlicher Lebenspotentiale durch förderliche soziale und ökologische Lebenskontexte

Dieses Beziehungs-Konzept wird als politische Überzeugung vor allem von Angehörigen der bürgerlichen Mittelschichten vertreten, die am eigenen Leibe die Grenzen ihrer Möglichkeiten erfahren, ihre Lebenshoffnungen unter widersprüchlichen und für sie individuell kaum hinreichend beeinflussbaren Rahmenbedingungen zu verwirklichen und die sich mit gesellschaftlich vermittelten, widersinnigen und zerstörerischen Einwirkungen auf menschliches Leben nicht abfinden wollen.

Soziale Gerechtigkeit und Ächtung von Gewaltanwendungen, Umweltschutz und Respekt vor der Natur, Solidarität mit Schwä-

cheren und Wahrung der Würde jedes einzelnen Menschen gelten dabei als lebensfördernde Grundprinzipien für privates und öffentliches Handeln. Ihre Umsetzung in praktisches Handeln ist meist eher kleinräumig und lebensraum-bezogen und entzieht sich einer allgemeinen Standardisierung, da es um jeweils unterschiedliche Lebenskontexte geht. An Bedeutung gewinnt dabei eine aktive Beteiligung und partizipative Verantwortung der Menschen an Entscheidungen, die ihren jeweiligen Lebenskontext betreffen. Neue Aufmerksamkeit findet dabei die Wahrung der „Würde“ der Menschen (vgl. Hüther 2018).

Eine politische Wiederbelebung kommunaler Selbstverwaltung und gemeinwohlorientierte Aneignung von alltagsrelevanten Versorgungsleistungen im Bereich des Wohnens, öffentlicher Mobilitätsangebote, der regionalen Lebensmittelversorgung, der Elektrizitäts- und Kommunikations-Infrastruktur, der Wasserversorgung und Müllentsorgung, und gemeinnützige Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsleistungen werden als Beiträge zu einem nachhaltigen, kreislaufwirtschaftlich zu konzipierenden und nach menschlichem Maß zu gestaltenden Gemeinwesen gesehen und zunehmend unterstützt.

Gesundheitspolitische Grundsatz-Programme der WHO wie die „Alma-Ata Erklärung zur primären Gesundheitsversorgung“, die „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ und das „Gesunde Städte“-Programm der WHO (WHO/EURO 1978;1986;2017;2018) finden im Zusammenhang mit der Nachhaltigkeits-Agenda 2030 der Vereinten Nationen (DGVN 2026;WHO/EURO 2017) eine neue öffentliche Resonanz in Städten und Gemeinden.

Unter dem politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Einfluss eines globalen Kapitalismus, geprägt von einem verschwenderischen westlichen Konsum- und Lebensstil haben sich in den vergangenen 30 Jahren weitreichende Veränderungen in vielen Ländern der Welt vollzogen, die von Hans Rosling mit animierten Statistiken und überraschenden Beispielen für öffentliche Diskussionen hervorragend veranschaulicht wurden (vgl. Rosling 2018).

Mit der wirtschaftlichen Dynamik des deregulierten globalen Finanz-Kapitalismus haben sich allerdings innerhalb der einzelnen Länder zum Teil dramatisch die sozialen Unterschiede verschärft. Dies betrifft sowohl einzelne Bevölkerungsgruppe (z. B. MigrantInnen, Arbeitslose, Alleinstehende) als auch ganze Regionen, in denen tradierte Arbeitsbereiche unwirtschaftlich geworden und aufgegeben worden sind (z. B. Landwirtschaft, Kohle- und Stahlindustrie). Ökonomischer, kultureller, sozialer und psychologischer Niedergang lässt auch auf der Ebene der persönlichen Gesundheit erkennbare Abwärtsspiralen entstehen, die häufig durch minderwertiges Essen, Süßgetränke, Alkohol- und Zigarettenkonsum als auch durch chronischen Suchtmittel- und Medikamenten-Gebrauch noch verstärkt werden.

Als Resultat ist eine deutliche Zunahme des sozialen Gradienten bei der Entwicklung chronischer „Zivilisationskrankheiten“ und der Früh-Sterblichkeit zu verzeichnen, der in zahlreichen Großstädten auch durch erhebliche Unterschiede der Umwelt-

qualität in den Wohngebieten (Zugang zu Grünflächen, Lärm, Luftqualität u.ä.) zwischen reichen und armen Stadtvierteln ausgeprägt ist und eine mangelnde Umweltgerechtigkeit der Lebensorte erkennbar macht. Dieses gesellschaftlich verstärkte komplexe Muster einer sozialen Ökologie chronischer Erkrankung und vorzeitigen Todes hat in verschiedenen Ländern zu öffentlichen Empörungen und politischen Forderungen nach mehr Umwelt- und Gesundheitsgerechtigkeit der Lebensverhältnisse geführt. Anstelle von unverbundenen, symptomatischen Einzelhilfen werden zunehmend integrierte lokale Planungen und Gebiets- und Stadtentwicklungen gefordert und gefördert. Angestrebt werden ökonomische, kulturelle und soziale Stabilisierung der Lebenszusammenhänge, bei denen durch eine aktive Einbeziehung und Qualifizierung der BürgerInnen sinnstiftende, gemeinschaftliche Gestaltungs-Aktivitäten zu mehr Wohlbefinden (Wellbeing) und einer Kultur des gesunden Miteinanders in Nachbarschaften und lokalen Gemeinschaften führen können.

Die politischen Ansätze variieren und setzen je landesspezifische Akzente, je nach den vorherrschenden Notlagen und politischen Konstellationen. Anhand von vier angelsächsischen Ländern soll dies exemplarisch verdeutlicht werden:

A. Schottland

Politische Leitidee: Gesundheit ist ein Menschenrecht und Alle haben dazu beizutragen, dass dieses für Alle realisiert werden kann.

Schottland verfügt im Rahmen des Vereinigten Königreiches von Großbritannien nach einer Volksabstimmung im Jahr 1997 über ein eigenes Parlament mit weitgehender politischer Autonomie in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Recht und Regionalentwicklung. Durch jahrhundertelange Unabhängigkeits-Kämpfe hat sich ein starkes schottisches National-Bewusstsein entwickelt, in dem Werte wie Eigenständigkeit und soziale Gerechtigkeit einen hohen Stellenwert haben. Das Land zählt weltweit zu den Ländern mit dem höchsten Bildungsdurchschnitt der Bevölkerung. Im Gesundheitsbereich wurde 1947 ein nationaler Gesundheitsdienst landesweit etabliert, der allen Bürger*innen kostenfrei zur Verfügung steht. Wirtschaftliche Krisen haben nach dem 2. Weltkrieg zu großen sozialen Unterschieden in der Krankheitsverteilung und der durchschnittlichen Lebenserwartung vor allem in alternden Industrie-Regionen geführt. So betrug der Unterschied der durchschnittlichen Lebensdauer in reichen Stadtvierteln im Verhältnis zu armen Vierteln in der Stadt Glasgow bei Männern bis zu 12 Jahre. Als politische Reaktion auf diese Erkenntnis wurde mit dem Glasgow Centre for Population Health (<http://www.gcph.co.uk/>) eines der weltweit führenden Public Health Institute aufgebaut. Es hat sich zum Ziele gesetzt, die wesentlichen, politisch beeinflussbaren Rahmenbedingungen für eine gesunde Entwicklung für Alle wissenschaftlich zu identifizieren und auf dieser Grundlage politische Handlungs-Vorschläge zu veröffentli-

chen. Auf der Webseite des Zentrums sind vielfältige Dokumente und Ressourcen für die städtische Praxis zugänglich.

Hervorzuheben ist die politische Entschlossenheit des schottischen Parlamentes und der Landesverwaltungen mit gesetzgeberischen und administrativen Maßnahmen die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einer international vorbildlichen Menschenrechts-Initiative für ein „Recht auf Gesundheit“ zu entwickeln und hierzu zahlreiche verbindliche öffentliche Maßnahmen umzusetzen (Health Scotland 2016; Scottish Government 2017; Scottish Human Rights Commission 2018; Scottish Human Rights Commission 2018).

Einen Eindruck von der aufklärerischen Diktion für den öffentlichen Dienst vermittelt ein Informations-Video des NHS Schottland zum Thema: „Macht – ein Thema der Gesundheit und der sozialen Gerechtigkeit“ (<https://www.youtube.com/watch?v=eZJU30Zr6FM>), das – ins Deutsche übersetzt – mit großem Gewinn auch in Büroräumen deutscher Gesundheits- und Sozialbürokratien verbreitet werden könnte.

Die klare menschenrechtliche Positionierung für ein öffentlich zu förderndes „Recht auf Gesundheit“, um die großen sozialen Unterschiede in der Krankheitsentwicklung und vorzeitigen Sterblichkeit öffentlich zu thematisieren und durch eine verbindliche Verhältnis-Prävention zu reduzieren, ist in Europa vorbildlich.

Bundes- und Landesregierungen und Kommunen in Deutschland erhalten in Schottland viele Anregungen, wie eine gut fundierte öffentliche Gesundheitsförderungs-Politik gestaltet werden kann, die allen Bürger*innen das Recht zu einer gesunden Entwicklungsmöglichkeit eröffnet und dafür mit großer Mehrheit gewählt wird.

B. Wales

Politische Leitidee: Das Wohlergehen künftiger Generationen sichern

Ähnlich wie Schottland hat Wales mit seiner Verankerung in der keltischen Kultur und einer eigenen Sprachtradition eine regionale Sonderstellung im Vereinigten Königreich, die im Rahmen der Dezentralisierung der politischen Verantwortungen in Großbritannien inzwischen auch zu regionaler Selbstverwaltung und gesetzlichen Initiativen im Bereich der Ausgestaltung der Landes- und Kommunalverwaltungen, der Bildungs-, Gesundheits- und Kulturpolitik berechtigt. Das Land ist seit dem 19. Jahrhundert stark durch die Bergbau- und Stahlindustrie und eine entsprechende Arbeiterkultur geprägt worden und der Anspruch auf soziale Gerechtigkeit prägt zusammen mit einer starken regionalen Identifikation das Selbstbewusstsein vieler Waliser. Mit dem wirtschaftlichen Niedergang der Kohle- und Stahlindustrie und einer damit verbundenen hohen Arbeitslosigkeit durchlief die Region seit den 70-iger Jahren des letzten Jahrhunderts eine tiefe wirtschaftliche, soziale und politische Krise, die auch bis heute noch

nicht überwunden ist. Sehr viele jüngere Menschen haben das Land verlassen, weil sie keine Zukunft für sich mehr sahen.

Mit einer neuen Landesverfassung wurde daraufhin die Welsh Assembly als beschlussfähiges politisches Regional-Parlament etabliert und ein umfangreicher partizipativer Beratungsprozess zur Zukunftsperspektive der Region initiiert.

Ein inzwischen auch international beachtetes erstes Gesetzesvorhaben war das „Gesetz zum Wohlergehen künftiger Generationen“ (Government of Wales 2015, 2016, 2017), das sich an den Zielsetzungen der Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen orientiert und die Regionalentwicklung explizit mit globalen Nachhaltigkeitszielen in Verbindung setzt. Im Mittelpunkt stehen die Zukunftsinteressen junger Waliser und künftiger Generationen. Für deren systematische Berücksichtigung sind in dem Gesetz detaillierte Maßgaben für alle Landes- und Kommunalverwaltungen aufgeführt und ein eigens eingesetzter „Commissioner“ ist als erster Ansprechpartner für die Landesregierung für eine aktive Umsetzung der Gesetzesregelungen und deren sozialer Intentionen verantwortlich.

Für die Entwicklung einer landesweiten neuen Gesundheitskultur sind damit Rahmenbedingungen geschaffen worden, die der jüngeren Generation signalisieren, dass für ihr Verbleiben im Lande aktiv geworben und gearbeitet wird. Die Beteiligung an gemeinsamen Anstrengungen, das Leben in Wales wieder attraktiv und zukunftsfähig für Alle zu machen, wird wertgeschätzt. Weitreichende inhaltliche Reformen für das Bildungswesen werden gegenwärtig landesweit mit intensiver Beteiligung auch der Schüler beraten und neue Initiativen zu einer verhältnispräventiven Gesundheitsförderung in den Lebenswelten des Alltags sind in der Beratung des Landes-Parlamentes.

C. USA

Politische Leitidee: Das Land in einer Generation zur gesündesten Nation machen

In den USA wurde eine Initiative „Building a Culture of Health in one Generation“ unter der Präsidentschaft von B. Obama anlässlich des drohenden Scheiterns seiner Gesundheitsreform gestartet, für die es im Kongress und mehreren Bundesstaaten keine hinreichende politische Unterstützung gab. Es drohte eine politische Blamage des farbigen Präsidenten ausgerechnet gegenüber seiner farbigen Wählerschaft, die in besonderem Ausmaß von dem unzureichenden Krankenversicherungs-Schutz in den USA betroffen ist und deren soziale und gesundheitliche Lebensverhältnisse sich in der wirtschaftlichen Finanzkrise als besonders prekär erwiesen.

In Zusammenarbeit mit der RAND-Corporation, einem führenden amerikanischen „think tank“, hat die Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) in den vergangenen 10 Jahren das Konzept einer „Nationalen Kultur der Gesundheit“, die Amerika innerhalb einer Generation zur gesündesten Nation („The healthiest Nation

in one Generation“) machen soll, systematisiert und detailliert (RAND 2016, RWJF 2009; RWJF 2016).

Startpunkt waren die Feststellungen, dass die USA weltweit die bei weiten höchsten Ausgaben pro Kopf für die Krankenversorgung aufwenden, dass diese aber extrem ungleich verwendet werden und im Ergebnis zu einem beschämenden Ergebnis führen: Die Vereinigten Staaten lagen 2009 in einem Länder-Ranking der durchschnittlichen Lebenserwartung an 29. Stelle in der Welt und seit 2015 sinkt die durchschnittliche Lebenserwartung. Während es zunächst die sich ausbreitende Fettleibigkeit, vor allem bei Kindern („Obesity Epidemic“) war, die einen öffentlichen Alarm erzeugte (Surgeon General 2003), geriet dann zunehmend auch „Medical Error“ als eine der häufigsten Todesursachen in den USA ins Blickfeld (Johns Hopkins 2016), während es gegenwärtig die Ausbreitung von Schmerz (<http://www.paininthenation.org>) und die „Opioid Krise“ ist, die öffentliche Aufmerksamkeit erregt.

Der Kontrast zwischen dem massiven Marketing von klinischem High-Tech Glanz in der Medizin mit zweifelhaften Versprechen und kaum bezahlbaren Klinik-Rechnungen und den erbärmlichen Lebensbedingungen größerer Bevölkerungsgruppen hat ein erhebliches innenpolitisches Konfliktpotential in den USA erzeugt.

In den Aktivitäten der RWJF wird daher hervorgehoben, dass die zentralen Ansatzpunkte für die Entwicklung einer lebensnahen, auf sozialen Ausgleich bedachten „Kultur der Gesundheit“ in der Förderung kooperativen Engagements verschiedener gesellschaftlicher Sektoren auf der Ebene der Kommunen besteht und dass die Städte und Gemeinden sich als die zentralen Akteure einer nachhaltigen Gesundheitsförderung in allen relevanten Lebens- und Politikbereichen profilieren sollten (RWJF 2016; 2018). Ein zentrales Handlungskonzept ist dabei die Förderung von „Equity“, die Angleichung grundlegender Lebenschancen im Alltag, vor allem für Kinder und Jugendliche.

Auf den Webseiten der RWJF wird der Prozess der wissenschaftlichen Fundierung der Zielbildung und der Programm-Entwicklung ausführlich dokumentiert: <http://www.rwjf.org/en/how-we-work/building-a-culture-of-health.html>. Es ist durchaus beeindruckend, mit welcher Konsistenz und Systematik der Fokus auf inklusive Chancengleichheit für gesunde Entwicklungsmöglichkeiten in den lokalen Lebenswelten, auf die Verantwortung von Kommunalverwaltungen und sozialen Communities, auf die Funktion von unterstützenden Organisationen mit einem Public Health Engagement wie Hochschulen und deren nationale Vernetzung mit dem politischen und intellektuellem Engagement und dem Geldtopf der größten Gesundheits-Stiftung in den USA im Verlauf von 10 Jahren in einen neuen landesweit wirksamen Politikprozess umgesetzt wurde, der sich von den verbissenen Kämpfen um die Krankenversicherungs-Milliarden weitgehend gelöst hat.

„Health happens outside the doctors office“ lautet ein zentraler Slogan.

Auf dem Weg zur „Healthiest Nation in one Generation“ sind, der öffentlichen Darstellung zufolge, die Vereinigten Staaten durch die von Präsident Obama und seiner Frau in Kooperation mit der RWJF und zahlreichen Organisationen in und außerhalb der staatlichen Administrationen einen erheblichen Schritt durch die Verbreitung eines neuen „Narrativs“ für die Bildung einer inklusiven Kultur der Gesundheit in den „Communities“ und Städten des Landes vorangekommen. Dieser gesundheitspolitische Prozess läuft auch unter einem neuen Präsidenten weiter, auf dessen Gunst er nicht angewiesen ist.

Einer der größten Erfolge mit inzwischen zwiespältigen Nebenfolgen ist die Initiierung eines landesweiten Wettbewerbs mit jährlichen Rankings der „Gesündesten Landkreise“ <http://www.countyhealthrankings.org/>, der inzwischen eine große Verbreitung gefunden hat und auch von weiteren Akteuren (Versicherungen, Immobilienfirmen etc.) aufgegriffen und genutzt wird (<https://www.usnews.com/news/healthiest-communities/rankings>).

Während in einzelnen Bundesländern der USA das politische „Empowerment“ der Bürgerinnen und Bürger für nachhaltige, inklusive und gesundheitsfördernde Gestaltung der Städte und Dörfer weiterhin öffentlich gefördert wird (California Endowment 2018; Institute for Healthcare Improvement 2018; Greater Good Science Center 2018), stellen die Reichen im Lande gnadenlos auf einen demonstrativen persönlichen Wellness-Wettbewerb um, der sich auch die schönsten Regionen in anderen Ländern hemmungslos aneignet (Global Wellness Institute 2018).

Mit den sozialen und ethnischen Spaltungen sind die USA ein dynamisches, widersprüchliches Land, in dem technologische Erlösungs-Phantasien des Silicon Valley ebenso faszinieren können wie Aufrufe zu einer weltweiten „Ernährungs-Revolution“ (<https://foodrevolution.org/>) oder zur Evangelisation durch Masekirkchen aus anderen kalifornischen Tälern.

Zur Annäherung an diese verworrene, hoffnungssuchende amerikanische Gesundheitskultur eignet sich ein aktuelles Buch von Barbara Ehrenreich mit dem Titel „Wollen wir ewig leben? Die Wellness Epidemie, die Gewissheit des Todes und unsere Illusion von Kontrolle“ (Ehrenreich 2018).

D. Kanada

Politische Leitidee: Eine soziale Ökologie für ein gesundheitsförderndes Zusammenleben für Alle gestalten

Kanada ist immer noch Teil einer konstitutionellen Monarchie mit der Königin Elisabeth II als Staatsoberhaupt und einer föderalen Struktur von 10 Provinzen. Mit nur 35 Millionen Einwohnern ist es ein dünn besiedeltes Land mit einer sehr heterogenen Bevölkerung, in der neben den Nachkommen der indianischen Urbevölkerung Einwanderer aus der ganzen Welt vertreten sind.

Waren dies früher überwiegend Menschen aus Europa, so hat in den vergangenen Jahren der Anteil der Menschen aus asiatischen Ländern, Südamerika und Afrika deutlich zugenommen.

Kanada versteht sich als ein junges, weltoffenes Einwandererland (mehr als 50 Prozent der Einwohner von Toronto sind z. B. nicht in Kanada geboren), und die große soziale und politische Herausforderung wird in der Förderung einer Kultur des friedlichen, respektvollen Zusammenlebens in den Städten und Gemeinden gesehen (BC Healthy Communities Society 2018). Obwohl es einen bundesweiten Rechtsrahmen für die Gesundheitsversorgung gibt, der allen Bürgerinnen einen freien Zugang zur öffentlich gewährleisteten Krankenversorgung ermöglichen soll, haben die Provinzen einen großen politischen Spielraum in der Ausgestaltung der Angebote. Generell besteht ein großes Interesse an öffentlicher Gesundheitsförderung, und Kanada hat in diesem Bereich häufiger mit seinem internationalen Engagement auch eine Vorreiter-Rolle im Rahmen der WHO übernommen, z. B. bei der Erarbeitung der Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 oder der Ausarbeitung der „Healthy Cities“ Programmatik.

Weit verbreitet ist ein sozialökologisch-systemisches Verständnis von Gesundheitsförderung und ein Bezug auf die Selbstorganisation der lokalen „Communities“ als Träger einer partizipativen Gestaltung nachhaltiger, inklusiver und gesundheitsfördernder Lebenswelten.

Insbesondere in Ontario (Ontario Healthy Communities Coalition 2018) und in British Columbia (www.planh.ca) werden auf der Provinzebene vielfältige Unterstützungen für lokale Selbstorganisations-Prozesse in Form von anleitenden Webseiten, Broschüren, Workshops und Tagungen zur Verfügung gestellt (<https://futurecitiescanada.ca>)

Besonders herausragend sind die Aktivitäten in der Stadt Vancouver, die in Kooperation mit lokalen Hochschulen eine auf zunächst 10 Jahre angelegte „Healthy City“ Strategie auf den Weg gebracht hat, mit der im Kontext von globalen Nachhaltigkeitszielen „Health in all Policies“ in allen städtischen Entwicklungsplanungen zunehmend verbindlicher beteiligungsorientiert umgesetzt wird.

Dieser kollektive Entwicklungsprozess wird umfangreich dokumentiert und öffentlich mit Berichten, Webseiten und Filmen kommuniziert (Vancouver City 2015; 2018). Dieser Prozess hat wesentlich zu einer hohen Identifikation der Bevölkerung mit diesen Zielen und Aktivitäten beigetragen, so dass Vancouver inzwischen regelmäßig bei weltweiten City-Rankings zu den Städten mit der höchsten Lebensqualität gewählt wird.

Mögliche Schlussfolgerungen für Deutschland

In den vier skizzierten Ländern, deren kulturelle Entwicklung historisch in vielerlei Hinsicht verknüpft war, sind mit dem Rückgang der klassischen Infektionskrankheiten durch hygienischere Lebensbedingungen und der Zunahme von „Zivilisations-Krankheiten“ durch pathogene Sozial- und Umweltbelastungen und schädigende Konsum- und Verhaltensmuster deutlich unterschiedliche Akzentsetzungen für öffentliche Gesundheitspoli-

tiken entstanden. Auch wenn die politischen Voraussetzungen unterschiedlich sind, lassen sich aus den jeweiligen Leitideen und Handlungskonzepten wertvolle Anregungen für eine systematische, partizipative Politik öffentlicher Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden auch für Deutschland gewinnen.

Sie sind getragen von dem Ziel gerechterer Gesundheitschancen für Alle und können in den jeweiligen Ländern auf große Zustimmung verweisen. Sie sind allerdings noch in den Sozialformen der tradierten Industriegesellschaften konzipiert worden und tragen dazu bei, das soziale Konzept „Gesundheit als Beziehung“ gesellschaftlich zu verbreiten und vorbildlich erlebbar zu machen (<https://greattransition.org/publication/journey-to-earthland>).

Ob sie sich auch zur sozialverträglichen Gestaltung des bioökonomischen Konzeptes „Gesundheit als Produkt“ des digitalen Kapitalismus eignen, wird sich erweisen müssen.

Ein integrierendes Szenario

Im Gesundheitsmotiv bündeln sich Bemühungen, innere und äußere Naturbeziehungen mit förderlichen, „konvivialen“ Technologien und sozialkulturellen Konventionen menschengemäß zu gestalten.

Im Ausblick auf die Zukunft lässt sich dabei das folgende Szenario entwickeln:

In multikulturellen Gesellschaften kann das Gesundheitsmotiv eine soziale Integrationsfunktion für die öffentliche Verständigung über individuelle und kollektive Lebenschancen übernehmen. Gesundheitsförderung weitet sich dabei zu einer umfassenden Betrachtung der Lebensmöglichkeiten und -bedrohungen in modernen Gesellschaften. Das naturwissenschaftlich reduzierte Bild von Krankheit und Gesundheit in der klinischen Medizin verliert angesichts seiner offensichtlichen Begrenzungen ein übergeordnetes Deutungsmonopol und seine kulturelle Dominanz. Soziale Verantwortung und die Beteiligung der Menschen an der Gesundheitsvorsorge gewinnen eine zunehmende Aufmerksamkeit und politische Unterstützung. Existenzielle Grenzsituationen wie Konzeption, Schwangerschaft und Geburt oder Verletzung, Krankheit und Sterben werden in die zu bewältigenden Lebensaufgaben integriert.

Die Beachtung sozialer und ökologischer Lebenskontexte, die Berücksichtigung unterschiedlicher kultureller Wertesysteme und Sinnstrukturen und die Würdigung individueller biographischer Entwicklungsaspekte können zu einem differenzierteren Verständnis von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen und Lebensrisiken führen und neue Praktiken öffentlicher Gesundheitsförderung in gemeinschaftlichen und kommunalen Kontexten unterstützen.

Biotechnologische Eingriffe in den menschlichen Lebensprozess werden voraussichtlich einer zunehmenden Abwägung von Kosten, Nutzen und Risiken unterzogen. Wahrscheinlich wird ein wachsender Teil der Bevölkerung Behandlungsverfahren bevorzugen, die eine Mitsprache und aktive Mitwirkung an der Be-

wältigung von Erkrankungen unterstützen. Die digitale Verfügbarkeit medizinischer Informationen kann diese Entwicklungen beschleunigen, aber auch verwirren. Die Förderung von „Gesundheitskompetenz“ bleibt daher auf absehbare Zeit auf eine ethisch-normative und politisch-institutionelle Rahmung angewiesen, wie dies z. B. in einer österreichischen Internet-Plattform (www.oepgk.at) bereits realisiert wird.

Die Erkenntnis, dass menschliche Gesundheit Ausdruck und Ergebnis eines dynamischen Austauschprozesses mit der belebten und der unbelebten Umwelt ist, der einer bewussten Aufmerksamkeit und ermöglichenden Gewohnheitsbildung bedarf, rückt auch die persönliche und gemeinschaftliche Verantwortung der beteiligten Menschen ins Bewusstsein.

Mit der Digitalisierung öffentlicher Information und Kommunikation auch zur persönlichen Gesundheit und einem steigenden Bewusstsein zu den Missbrauchsmöglichkeiten und Machtpraktiken virtueller Kommunikationen wird das Vertrauen in eine sozialräumlich-körperlich erfahrbare und persönlich sinnhaft interpretierbare soziale Ökologie der eigenen Lebenswelt gegenwärtig aber grenzenlos überschritten (Fluoridi 2015; Hofstetter 2018; Ludwig 2017; Janier 2018).

Die Förderung soziomentaler Gesundheit in allen relevanten Lebensbereichen wird dadurch absehbar zu einer der größten Herausforderungen öffentlicher Gesundheitspolitik werden (Scheidler 2017; Welzer 2017; Selke 2014). Sie einer „Gesundheitswirtschaft“ zu überantworten, die mit ihren Geschäftsmodellen maßgeblich von dieser Entwicklung profitiert, ist korrupt.

Verantwortung für eine menschenwürdige und menschenmögliche Zukunft

Die wachsenden Möglichkeiten zur Manipulation menschlichen Lebens im Zeugungs- und Sterbeprozess und die Möglichkeiten gentechnologischer Eingriffe in das menschliche Erbgut machen künftig auch die menschliche Natur in ihrer biologischen Dimension zu einer sozialen Konstruktion (Preston 2018; Ehrenreich 2018; Hessel 2017).

Mit der Erweiterung der direkten Eingriffsmöglichkeiten in den menschlichen Lebensprozess gewinnen Fragen der Zulässigkeit, der Entscheidungsberechtigung und der sozialen Kontrolle entsprechender Eingriffe eine zentrale Bedeutung für die Zukunft menschlichen Lebens. Eine neue Verständigung über Menschenwürde sowie grundlegende Menschenrechte und -pflichten wird dabei notwendig. Diese Verantwortung wird sich nicht auf die biologischen Funktionen menschlichen Lebens und deren ökologische Rahmenbedingungen beschränken, sondern muss sich angesichts der Manipulationsmöglichkeiten menschlichen Bewusstseins auch auf eine Kultivierung psychosozialer und sozialökonomischer Einflüsse auf die menschliche Entwicklung beziehen.

Hieraus erwachsen auch neue Anforderungen an Wissenschaft und Bildung und an eine verantwortungsvolle, prospektiv gestaltende Politik.

Da die Menschen gegenwärtig von einer medialen Informationsflut überspült werden, sinkt das Interesse an unverbundenem wissenschaftlichen Detailwissen, das zunehmend auch über das Smartphone verfügbar wird. Es steigt dagegen das Interesse an problemlösenden, praktischen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen und an integrierenden Theoriebildungen und Lebensphilosophien. Es ist wahrscheinlich, dass der Wunsch nach praktischer Integration verschiedener Wissenschaftsperspektiven unter der Zielsetzung einer sozialökologischen Gesundheitsförderung die Gesundheitswissenschaften und die Umweltwissenschaften als handlungspraktische „Humanwissenschaften“ zu zentralen Bildungs-Projekten des 21. Jahrhunderts werden lässt.

Auf dem Prüfstand steht dabei das Paradigma der modernen bürgerlichen Gesellschaft: die Möglichkeit einer geschwisterlichen freien Vergesellschaftung von Individuen, die Verantwortung für ihr Leben und das ihrer Mit- und Nachwelt übernehmen und diese in einer demokratischen und solidarischen Form zum gemeinsamen nachhaltigen Nutzen auch künftiger Generationen wahrnehmen wollen.

Für eine Gesundheitskultur des 21. Jahrhunderts ist eine „Resonanz- und Care Revolution“ (Rosa 2018, Winker 2015) notwendig, denn die hoffende und tätige Sorge für Mitmenschen und eine ihr Leben tragende Umwelt zählt zur Essenz unserer Existenz als mitfühlende Menschen, die es zu schützen und zu kultivieren gilt. Der Dachverband für Salutogenese (<http://www.dachverband-salutogenese.de>) leistet dazu einen wertvollen Beitrag. □

Literatur beim Verfasser oder auf der Webseite des Dachverbands Salutogenese www.dachverband-salutogenese.de

Eberhard Göpel

arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Gesundheitswissenschaften am Oberstufen-Kolleg der Universität Bielefeld und als Professor für Gesundheitsförderung an der Hochschule Magdeburg im Bereich der Gesundheitswissenschaften für die Entwicklung eines neuen Studienbereiches und Berufsfeldes für die Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt der kommunalen Gesundheitsförderung und der Didaktik der Gesundheitsbildung. Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit im Bereich der angewandten Gesundheitswissenschaften war er in verschiedenen zivilgesellschaftlichen Organisationen als Vorstandsmitglied tätig, darunter die Europäische Gesellschaft für gesundheitsfördernde Schulen, die GesundheitsAkademie.Forum für sozialökologische Gesundheitspolitik und Lebenskultur (Bielefeld), die Internationale Union für Gesundheitsförderung und -erziehung (Paris), die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (Bonn), der Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. (Berlin) und die Deutsche Allianz gegen nichtübertragbare Krankheiten (www.dank-allianz.de). Er engagiert sich in der Vereinigung deutscher Wissenschaftler (VDW) für eine „Gesundheits-Wende“ in der medizinischen Forschungsförderung und in der Gesundheitspolitik. Als Vertreter der GesundheitsAkademie wirkt er im Dachverband Salutogenese mit.



Quelle: Autor

Veröffentlichungen:

- Göpel, E. (Hrsg) (2004). Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann. Frankfurt. Mabuse-Verlag.
- Göpel, E. (2008). Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten Bd. 2. Frankfurt. Mabuse-Verlag.
- Göpel, E. (2010). Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten Bd. 3. Frankfurt. Mabuse-Verlag. Einleitung Online (Zugriff 09.06.2018) <https://issuu.com/mabuse-verlag/docs/0184>
- Göpel, E. (2017) Eine Gesundheitswende in der Medizinforschung ist notwendig. VDW-Blog. Berlin URL: <https://vdw-ev.de/prof-dr-eberhard-goepel-eine-gesundheits-wende-in-der-medizinforschung-ist-notwendig/>