

Mehr positiv an Gesundheit als an Krankheit denken Plädoyer für eine positive Gesundheitsorientierung

Maximilian Rieländer

Referat bei der BDP-Tagung

**„'Gesundheit für alle' in Europa - Ziele der Weltgesundheitsorganisation
- Beiträge deutscher PsychologInnen“**

Würzburg 1997

Veröffentlicht in:

**„Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert –
Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation
mit psychologischen Perspektiven erreichen“**

**herausgegeben von Maximilian Rieländer und Carola Brücher-Albers,
im Deutschen Psychologen Verlag Bonn 1999**

Redaktionelle Überarbeitung 2000

Aus dem Blick auf 'Gesundheit' und 'Krankheit' wird die Bedeutung einer positiven Gesundheitsorientierung dargestellt.

Obwohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon 1946 eine positive Gesundheitsdefinition vorgelegt hat, ist im Gesundheitswesen der Blick auf 'Krankheit' vorherrschend.

Eine positive Gesundheitsorientierung, die in den Gesundheitswissenschaften auch als 'salutogenetisch' bezeichnet wird, bietet aus pädagogisch-psychologischer Sicht vorteilhafte Perspektiven

- für die Bevölkerung und ihr Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln,
- für Fachleute sowie
- für viele gesellschaftliche Organisationen sowie für die Gesundheitspolitik.

Inhalt

1.	„Gesundheit“ und zwei Blickperspektiven.....	3
2.	Die Gesundheitsperspektive der Weltgesundheitsorganisation	4
2.1	„Gesundheit“ und positive Gesundheitsziele	4
2.2	„Gesundheitsförderung“ als Handlungsfeld	4
3.	Wissenschaftliche Beiträge zur Gesundheitsperspektive	5
3.1	Begründungen aus gesundheitspsychologischer Sicht	5
3.1.1	Aktuelle Gesundheitswahrnehmungen	5
3.1.2	Zur Dynamik positiver Gesundheitsziele.....	6
3.1.3	Inhalte positiver Gesundheitsziele	7
3.1.4	Wege zu mehr Gesundheit	7
3.2	„Salutogenese“ - ein gesundheitswissenschaftliches Modell	9
3.2.1	Grundlagen des Konzeptes	9
3.2.2	Streßforschung als Ausgang des Salutogenesemodells	9
3.2.3	Generalisierte Widerstandsressourcen und Kohärenzsinn	10
3.3	‘Gesundheit’ und ‘Krankheit’ in der Psychotherapie.....	10
3.3.1	Allgemeine Merkmale der Psychotherapie	10
3.3.2	Zur Krankheits- und Gesundheitsperspektive.....	11
3.4	Zusammenfassung.....	13
4.	Von der Krankheits- zur Gesundheitsperspektive.....	14
4.1	... in der Bevölkerung	14
4.1.1	Krankheitsperspektive.....	14
4.1.2	Positive Gesundheitsperspektiven	14
4.2	... in den Gesundheitswissenschaften.....	15
4.3	... in Prozessen der professionellen Gesundheitshilfe	16
4.3.1	Zur sozialen Realität von Gesundheitshilfe.....	16
4.3.2	Krankheits- und Gesundheitsorientierung in Gesundheitshilfeprozessen	17
4.4	... im Gesundheitswesen	18
4.4.1	Krankheitsorientierung	18
4.4.2	Der Gesundheitsperspektive eine Chance geben	18
5.	Gesundheitsförderung als gesellschaftliches Handlungsfeld.....	20
	Literatur	21

1. „Gesundheit“ und zwei Blickperspektiven

Der Begriff „Gesundheit“ wird im Alltag häufig verwandt - in der Bevölkerung, bei Gesundheitsberufen, in den Gesundheitswissenschaften und in der Gesundheitspolitik - und ist dabei mit vielfältigen verschiedenen Vorstellungen und Konzepten verbunden. Gesundheit wird in der Regel als ein erwünschter bzw. angezielter Zustand von Menschen als Individuen beschrieben. Gesundheit gilt als ein hoher persönlicher und sozialer Wert: Für den individuellen Menschen ist Gesundheit wichtig, um das persönliche Leben zu sichern, sich wohlfühlen sowie Leistungsfähigkeit und Produktivität zu erleben. Für soziale Gemeinschaften ist die Gesundheit ihrer Mitglieder wichtig, um Gemeinschaftsaufgaben zu erfüllen.

Jeder Gesundheitszustand, sei er als 'gesund' oder 'krank' definiert, ist eine Momentaufnahme aus vielfältigen Gesundheitsprozessen. Diese vollziehen sich als Bewegungen zwischen verschiedenen Zuständen, die sich jeweils als 'gesünder' oder 'kränker' bewerten lassen. Durch das Anzielen erwünschter Gesundheitszustände werden Gesundungsprozesse als Bewegungen zwischen aktuellen Ausgangszuständen und Zielzuständen ermöglicht und eventuell durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation gefördert. Für Gesundungsprozesse lassen Ausgangszustände, Zielzustände und Wege zwischen Ausgangs- und Zielzuständen beschreiben.

'Gesundheit' lässt sich aus zwei Blickperspektiven betrachten: aus einer Gesundheitsperspektive und aus einer Krankheitsperspektive.

Bei der Gesundheitsperspektive werden betont:

- Ausgangszustände als gegenwärtige Zustände von 'guter Gesundheit', von inneren und äußeren Gesundheitspotentialen bzw. Gesundungsressourcen,
- positiv definierte Gesundheitsziele wie z.B. 'ganzheitliches Wohlbefinden', 'Lebensqualität', 'Fähigkeit zur konstruktiven Lebensgestaltung' sowie
- Gesundungsprozesse als Wege der Aktivierung von 'schlummernden' bzw. zu bisher zu wenig eingesetzten Potentialen, Ressourcen und Fähigkeiten.

Bei der Krankheitsperspektive werden betont:

- Ausgangszustände als gegenwärtige Zustände von krankheitsfördernden Risikofaktoren und vorhandenen Erkrankungen,
- Ziele von Freisein, Verhütung, Heilung, Linderung und Bewältigung von Störungen mit Krankheitswert,
- Erkrankungsprozesse als aktiv störende Prozesse und Mangel an Gesundungsprozessen,
- Gesundungsprozesse als Beseitigung bzw. Überwindung von Risikofaktoren und Erkrankungen.

Menschen können bei der Wahrnehmung und Bewältigung ihres jeweiligen Gesundheitszustandes den Blick sowohl auf positive Gesundheitsqualitäten wie auch auf Gesundheitsmängel und Erkrankungen richten. Sie können von jedem Ausgangszustand Gesundungsprozesse der Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit anstreben, indem sie ihren Blick sowohl auf positive Gesundheitsziele als auch auf die Verhütung und Überwindung von Krankheiten richten und indem sie im Rahmen ihrer Gesundheitsaktivitäten sowohl Gesundheitspotentiale, -ressourcen und Fähigkeiten aktiver einsetzen als auch krankheitsbezogene Risikofaktoren abbauen.

Im Gesundheitswesen sind die Begriffe der 'Gesundheitsförderung' und 'Prävention' weit verbreitet. In bezug auf die zwei Blickperspektiven betont der Begriff 'Gesundheitsförderung' ein positives Gesundheitsverständnis, positive Gesundheitsziele sowie Prozesse der Förderung und Erhaltung von Gesundheit durch die Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen und Ressourcen; der Begriff 'Prävention' geht von der Krankheitsperspektive aus und zielt vorwiegend auf die Vermeidung und Verminderung von 'Risikofaktoren', d.h. von krankheitsfördernden Verhaltensweisen und Umweltbedingungen.

2. Die Gesundheitsperspektive der Weltgesundheitsorganisation

2.1 „Gesundheit“ und positive Gesundheitsziele

Seit 1946 definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 'Gesundheit' mit einer positiven Zielbeschreibung: *„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche.“* Dadurch hat sie die Gesundheitsperspektive in wissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussionen eingeführt.

Die WHO selbst hat weitere umfassende positive Gesundheitsziele beschrieben:

- mehr Selbstbestimmung über die individuelle Gesundheit ermöglichen und so zur Stärkung individueller Gesundheit befähigen (s.u., Ottawa-Charta),
- das Gesundheitspotential von Menschen so entwickeln und ausschöpfen, daß sie ein gesellschaftlich, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen können (Ziel Nr. 2 der Ziele „Gesundheit für alle“, WHO-Euro 1991),
- eine gesunde, sich auf die Fähigkeit zur effektiven Lebensbewältigung gründende Lebensweise zur Norm werden lassen (Strategie zum Ziel Nr. 2, WHO-Euro 1991),
- ein positives Erleben von Gesundheit ermöglichen, um körperliche, psychische und soziale Fähigkeiten voll nutzen können.

2.2 „Gesundheitsförderung“ als Handlungsfeld

Seit der 1986 von der WHO verabschiedeten 'Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung' gilt 'Gesundheitsförderung' als ein gesundheitspolitischer Begriff: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. ... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“*

Gesundheitsförderung umfaßt als individuelles, soziales, berufliches und gesellschaftlich-politisches Handlungsfeld im Sinne der WHO folgende Aufgaben:

- 'gesunde Lebensweisen' bzw. bio-psycho-soziale Kompetenzen zu gesunder Lebensgestaltung im Kontext der alltäglichen sozialen Beziehungen fördern,
- 'gesunde Lebenswelten' bzw. gesundheitsfördernde Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen in der Umwelt gestalten,
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- Gesundheitsdienste im Bereich der primären Gesundheitsfürsorge gesundheitsfördernd neu orientieren,
- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auf kommunaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene entwickeln.

3. Wissenschaftliche Beiträge zur Gesundheitsperspektive

3.1 Begründungen aus gesundheitspsychologischer Sicht

Beide Perspektiven, sowohl die Gesundheits- als auch die Krankheitsperspektive sind sinnvoll. Im allgemeinen sehen Menschen eine Perspektive im Vordergrund und die andere als nachfolgende Konsequenz oder 'Nebenwirkung'. Im Gesundheitswesen spricht man z.B. von 'Gesundheitsförderung und Prävention', von 'Prävention und Gesundheitsförderung', von 'Gesundheitsförderung (incl. Prävention)' oder von 'primärer Prävention (incl. Gesundheitsförderung)'.

Menschen beeinflussen – auch als Fachleute im Gesundheitswesen und GesundheitswissenschaftlerInnen – ihr gesundheitsbezogenes Denken und Handeln für sich selbst und andere Menschen dadurch, welche Perspektive sie vorrangig betonen, die positive Gesundheitsperspektive oder die Krankheitsperspektive.

- Wie wirkt es aus gesundheitspsychologischer Sicht, wenn Menschen vorrangig die positive Gesundheitsperspektive betonen?
- Wie beeinflussen sie dadurch ihr gesundheitsbezogenes Denken und Handeln?

Die folgenden Aussagen beruhen auf der Kombination allgemein-psychologischen Wissens mit vielfältigen gesundheitspsychologisch relevanten Berufserfahrungen.

3.1.1 Aktuelle Gesundheitswahrnehmungen

Menschen können ihre aktuellen Gesundheitszustände bewußt wahrnehmen und ihre Aufmerksamkeit auf positive körperliche, psychische und soziale Gesundheitsqualitäten richten. So können sie bewußt positive Gesundheit und ein bewußtes Wohlbefinden wahrnehmen und erleben.

Menschen können lernen, in ihren aktuellen Gesundheitszuständen regelmäßig täglich positive körperliche, psychische und soziale Qualitäten bewußt wahrzunehmen und so positive Gesundheit bewußt zu erleben. Beispielhafte Möglichkeiten dazu sind: das Atmen mit einem ausgeglichenen Rhythmus wahrnehmen, bei Bewegungsübungen – z.B. bei Gymnastik, Yoga, Tai Chi – bewußt Muskel-, Atem- und Herzreaktionen spüren, nach sportlichen Anstrengungen die erhöhte Belebung und Kreislaufaktivität im Körper nachspüren, sich Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation bewußt machen, positives Selbstvertrauen bewußt erleben, das Wohlfühlen in sozialen Kontakten bewußt erleben.

Bewußte positive Selbstwahrnehmungen von Gesundheitszuständen wirken auf wahrgenommene Gesundheitsqualitäten körperlicher, geistiger und sozialer Art in der Regel selbstverstärkend.

Beispiele:

- Bewußte Atemwahrnehmungen verstärken ausgeglichene Atemrhythmen;
- die bewußte Wahrnehmung von Muskelreaktionen bei Bewegungsübungen verstärkt die Tendenz zu positiven Muskelreaktionen;
- bewußt wahrgenommene Zufriedenheit wirkt auf das Ausmaß von Zufriedenheit selbstverstärkend;
- bewußte Wahrnehmung von Selbstvertrauen wirkt stärkend auf das Selbstvertrauen;
- bewußtes Wohlfühlen in sozialen Kontakten macht positive Kontaktqualitäten wahrscheinlicher.

Darüberhinaus können sich Menschen bewußte positive Selbstwahrnehmungen von Gesundheitszuständen im Gedächtnis einprägen und lassen sich daher besser bewußt erinnern; dadurch können sie dann gezielter Bedingungen für erlebte positive Gesundheitszustände herstellen.

Durch positive Selbstwahrnehmungen von Gesundheitszuständen werden also vielfältige gesundheitsförderliche Wechselwirkungen zwischen bio-psycho-sozialen Prozessen, z.B. zwischen Wahrnehmung-, Gedächtnis-, Kognitions-, Erlebens- und Verhaltensprozessen, positiv verstärkt.

Durch bewußte positive Selbstwahrnehmungen können Menschen den gesellschaftlichen Trend überwinden, die persönliche Gesundheitswahrnehmung auf die Registrierung von abwesenden oder vorhandenen körperlichen Beschwerden zu beschränken.

Wenn Menschen regelmäßig positive Qualitäten ihrer Gesundheit wahrnehmen und dann von Beschwerden und Erkrankungen betroffen sind, entdecken sie eher,

- daß sie neben Beschwerden auch positive Gesundheitsqualitäten erleben können,
- daß sie durch gezielte Selbsthilfeaktivitäten Beschwerden etwas lindern können und
- dass sie sich dann weniger hilflos fühlen und weniger von der Hilfe anderer Menschen und professioneller Helfer abhängig fühlen.

3.1.2 Zur Dynamik positiver Gesundheitsziele

Wenn Menschen ihren jeweiligen Gesundheitszustand – unabhängig von seiner Einstufung als 'krank', 'krankheitsgefährdet', 'etwas gesund' oder 'gut gesund' – verbessern wollen, lassen sie sich dann eher durch den Blick auf positive Gesundheitsziele oder durch den Blick auf mögliche oder vorhandene Erkrankungen zu gezielten Maßnahmen motivieren?

Wenn wir Menschen uns auf realen Wegen – wandernd, laufend, radfahrend – voran bewegen und dabei Fortschritte machen, schauen wir im allgemeinen nach vorn in die angezielte Richtung und selten zurück auf den Ort, den wir verlassen. Diese natürliche Orientierung bei den genannten körperlichen Gesundheitsaktivitäten gilt auch für wahrnehmungsbezogene, kognitive und motivationale Orientierungen für angestrebte 'Fortschritte'.

Wenn Menschen Ziele anstreben, die sie selbst als positiv bewerten, motivieren sie sich leichter zu geeigneten Veränderungsprozesse im Denken und Handeln. Sie vollziehen Veränderungsprozesse zufriedenstellender und erfolgversprechender, wenn sie sich eher auf positive Ziele orientieren als auf das, was vermieden oder vermindert werden soll, wenn sie sich eher 'für' als 'gegen' etwas einsetzen. Hockel kommentiert die Auseinandersetzung um die Perspektiven von 'Gesundheitsförderung' und 'Prävention': „*Wenn wir uns künftige Möglichkeiten vorstellen, so ... organisieren wir unsere Wahrnehmung und unser Denken grundlegend anders, als wenn wir künftige Gefahren antizipieren*“ (Hockel 1992, S. 201).

Wenn Menschen bei Veränderungsprozessen primär an das denken, von dem sie sich abwenden wollen, wenn sie an Gefahren oder auch negative Erfahrungen denken, spüren sie in der Regel 'Streß'; denn 'Streß' bezeichnet eigentlich eine innere Anspannung als Reaktion auf eine Bedrohung. Durch solch eine Streßreaktion können sie zwar kurzzeitig sehr effektiv eine Gefahr durch 'Flucht' vermeiden oder durch 'Kampf' überwinden; als Dauerlösung wirken solche Streßreaktionen jedoch eher energieschwächend und krankheitsfördernd.

Diese allgemeinen psychologischen Aussagen lassen sich auf Gesundungsprozesse beziehen: Menschen vollziehen Gesundungsprozesse bzw. gesundheitsorientierte Veränderungsprozesse im Denken und Handeln im allgemeinen leichter, zufriedenstellender und erfolgversprechender, wenn sie diese primär auf positive Gesundheitsziele orientieren, wenn sie z.B. eine Steigerung ihres Wohlbefindens erhoffen können. Sie bewirken durch solche Veränderungsprozesse meist auch 'Nebenwirkungen' im Sinne der Verhütung und Minderung von Erkrankungen.

Einige Beispiele für die Wirkung positiver Gesundheitsziele sind:

- Wenn Menschen bewußt körperliches Wohlbefinden als Erleben von Beweglichkeit, Lebendigkeit und Lebensenergie anstreben, fällt es ihnen leichter, sich gesund zu ernähren, Bewegungsaktivitäten durchzuführen, die angenehm und belebend wirken, sowie rhythmische Wechsel zwischen Anstrengung und Entspannung in ihrem alltäglichen Handeln herzustellen, als wenn sie Krankheitsvorbeugung durch Verminderung von Übergewicht, Bewegungsmangel und Hektik anstreben.
- Wenn Menschen mit suchtvähnlichen Rauchgewohnheiten das Ziel „freier und gesünder durch Nichtrauchen“ anstreben und sich dieses Ziel durch regelmäßige Autosuggestionen einprägen, können sie wohl eher zum Nichtrauchen kommen, als wenn sie sich durch Furcht vor Erkrankungen motivieren.

3.1.3 Inhalte positiver Gesundheitsziele

Die vielfältigen Erörterungen zum Verständnis von Gesundheit beinhalten vielfältige Benennungen von Gesundheitszielen, seien sie im Sinne der Gesundheitsperspektive positiv formuliert oder im Sinne der Krankheitsperspektive als Formen des Nicht-krank-seins definiert. Aufgrund der Initiative der WHO zum positiven Gesundheitsverständnis sind in den Gesundheitswissenschaften viele Definitionen und Kataloge von positiven Gesundheitszielen entstanden.

Hier sind zwei Konzeptionen positiver Gesundheitsziele skizziert:

- ein Konzept zentraler Lebensziele und
- die Sammlung personenzentrierter Gesundheitsziele aus einem Fortbildungsprogramm zur Gesundheitsförderung (DPA 1995).

Als zentrale Lebensziele streben Menschen - auch für ihre Gesundheit - an:

- Sie wollen ihr eigenes Leben körperlich und psychisch erhalten und stabilisieren und streben dazu an: körperliche Lebendigkeit und Beweglichkeit, Selbständigkeit in Grundfunktionen des Lebens, Gefühle von Sicherheit, Selbstvertrauen und Selbstachtung, ein stabiles Selbstverständnis ('Ich-Identität').
- Sie wollen ihr eigenes Leben körperlich und psychisch weiterentwickeln und streben dazu an: körperliches und psychisches Wohlbefinden, Erleben von Lust und Freude, Streben nach 'Macht' bzw. Stärkung des Einflusses in übergeordneten ökologischen und sozialen Systemen.
- Sie wollen sich positiv in umgebende lebensnotwendige soziale Gemeinschaften integrieren, auch um ihr eigenes Leben dadurch zu stabilisieren.
- Sie können im Sinne 'selbsttranszendenter' sinnerfüllender Lebensziele anstreben, zur Erhaltung und Weiterentwicklung ihrer sozialen Gemeinschaften, der gesamten Menschheit und der Erde durch 'Dienstleistungen' aktiv beizutragen.

Gesundheitstrainings zielen darauf, Fähigkeiten zugunsten personenzentrierter Gesundheitsziele zu fördern. Ein Fortbildungsprogramm der Deutschen Psychologen Akademie (1995) zielt auf die Befähigung zu folgenden personenzentrierten Gesundheitszielen:

- körperliche Aspekte: positives Körpererleben, Entspannung, Sport und Bewegungsaktivitäten, gesunde Körperhaltung, gesunde Ernährung, Sicherheitsverhalten, angemessene Schlaf- und Wachrhythmen, gesundheitsgerechte Zeit-strukturierung kontrollierter Umgang mit stoffgebundenen Suchtmitteln;
- psychische Aspekte: positives Selbstverständnis, gesunder Umgang mit Gedanken und Gefühlen, Kreativität, geistige Leistungsfähigkeit, Meditation, Entfaltung von Lebenssinn, Bewältigung von Alltagsstreß, von kritischen Lebensereignissen, von Erkrankungen sowie von Sterben und Tod;
- soziale Aspekte: soziale Kompetenzen, Umgang mit sozialer Unterstützung, mit Partnerschaft und Sexualität sowie mit Aggression, ökologisches Bewußtsein.

3.1.4 Wege zu mehr Gesundheit

Psychologische Theorien zu psychosozialen Veränderungsprozessen zeigen auf:

Menschen können mit bewußter Absicht Gesundungsprozesse von jeweiligen Ausgangszuständen zu Zielzuständen bzw. angestrebten Gesundheitszielen durchführen,

- indem sie mit Hilfe geeigneter Maßnahmen und Methoden Veränderungsprozesse in ihren Denk- und Handlungsweisen vollziehen und
- indem sie dazu gesundheitsförderliche Gewohnheiten in ihrem Denken und Handeln stabilisieren sowie gesundheitsschädliche Denk- und Handlungsweisen abbauen.

Zugunsten solcher Veränderungsprozesse können Menschen folgende Teilwege kombinieren:

- Menschen können sich über gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Denk- und Handlungsweisen informieren. Sie können dann für eigene alltägliche Lebensweisen überprüfen, wie oft sie gesundheitsförderliche Denk- und Handlungsweisen einsetzen und wie oft sie gesundheitsschädliche Denk- und Handlungsweisen gelegentlich oder zu viel einsetzen.

- Menschen können gesundheitsförderliche Denk- und Handlungsweisen, die sie in ihrem Lebensalltag sporadisch einsetzen, zu regelmäßigen Gewohnheiten stabilisieren; sie können gelegentlich angewandte gesundheitsförderliche Fähigkeiten regelmäßig aktiv einsetzen.
- Menschen können in sich 'schlummernde' Potentiale entdecken und zugunsten gesundheitsförderlicher Denk- und Handlungsweisen neu aktivieren. Solche Potentiale können
 - als allgemeinemenschliche Potentiale genetisch angelegt sein, z.B. Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung, Selbsterkenntnis, bewußten Entscheidungen und gezielter Handlungssteuerung,
 - als spezifische individuelle Begabungen genetisch angelegt sein, z.B. intellektuelle und kreative Begabungen, sowie
 - in früheren Lebensphasen, vor allem in der Kindheit und Jugendzeit, öfters eingesetzt und dann 'eingeschlafen' sein, z.B. kreative Fähigkeiten und geistige Interessen.
- Menschen können solche Potentiale neu aktivieren, indem sie entsprechende Denk- und Handlungsweisen durch geeignete Methoden neu einüben und dann zu Gewohnheiten stabilisieren.
- Menschen können in ihren sozialen Beziehungen gemeinsame gesundheitsförderliche Aktivitäten und Kommunikationsweisen entdecken und fördern.
- Menschen können gesundheitsschädliche Denk- und Handlungsweisen, vor allem suchtmäßige Verhaltensweisen und ihre begleitenden Denkprozesse, als solche erkennen und bewerten. Sie können anstreben, solche Denk- und Handlungsweisen zu vermindern und auch ganz abzubauen. Dazu können sie alternative gesundheitsförderliche Denk- und Handlungsweisen an die Stelle gesundheitsschädlicher Denk- und Handlungsweisen setzen, die Verminderung und den Verzicht auf gesundheitsschädliche Denk- und Handlungsweisen durch Selbstbestätigungen und Belohnungen verstärken sowie auch soziale Unterstützungen nutzen, z.B. durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.
- Für das Gelingen beschriebener Veränderungsprozesse ist es sehr wichtig, daß Menschen für sich selbst hoffen und die positive Zukunftserwartung pflegen, daß sie solche Veränderungsprozesse erfolgreich vollziehen können. Die Bedeutung einer solchen 'Selbstwirksamkeitserwartung' ist besonders durch gesundheitspsychologische Forschungen bestätigt worden (vgl. Schwarzer 1997).

In bezug auf entwicklungspsychologische und pädagogische Prozesse wissen Eltern, Pädagogen und Psychologen: Kinder und Jugendliche können vor allem dadurch pädagogisch günstig gefördert werden, wenn sie Aufmerksamkeit für positive Denk- und Verhaltensweisen und die in ihnen aktivierten Fähigkeiten und verstärkende positive Konsequenz-Reaktionen wie Zuwendung und ausdrückliche Anerkennung erleben. So können Kinder und Jugendliche mehr Vertrauen auf ihre Fähigkeiten entwickeln, ihr Selbstvertrauen verbessern und ihre Hoffnungen auf positive Möglichkeiten künftiger Lebensgestaltung verstärken. Demgegenüber zeigen sich in pädagogischen Prozessen negative Wechselwirkungen (Teufelskreise), wenn bei Kindern und Jugendlichen Aufmerksamkeiten und Bewertungen von negativen Denk- und Handlungsweisen im Vordergrund stehen.

Diese pädagogisch-psychologischen Prinzipien sind auch dann zu beachten, wenn Experten zugunsten angestrebter Gesundungsprozesse bei anvertrauten Menschen Maßnahmen einsetzen wollen.

Für alle Gesundungsprozesse, die Menschen für sich selbst, für ihre Mitmenschen oder Experten für anvertraute Menschen anstreben, ist es im Sinne der Gesundheitsperspektive fruchtbar, vorhandene gesundheitsförderliche Fähigkeiten, Denk- und Handlungsweisen zu erkennen, anzuerkennen, zu verstärken und zu Gewohnheiten zu stabilisieren.

3.2 „Salutogenese“ - ein gesundheitswissenschaftliches Modell

Das Konzept der Salutogenese ist vom israelitischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky seit den 70er Jahren entwickelt worden und hat in den Gesundheitswissenschaften eine große Anerkennung gewonnen; der Ausdruck 'salutogenetische' Orientierung ist sozusagen zu einem Synonym für eine positive Gesundheitsorientierung geworden. Das Konzept der Salutogenese wird hier in Kurzform dargestellt (anhand von: Antonovsky 1997).

3.2.1 Grundlagen des Konzeptes

Antonovsky nutzt zur Kennzeichnung der beiden o.g. Perspektiven, nämlich der Gesundheits- und der Krankheitsperspektive, die Begriffe „Salutogenese“ und „Pathogenese“. Die salutogenetische Perspektive geht von der Fragestellung aus: Wie entsteht Heilung bzw. Gesundheit? Demgegenüber geht die Pathogenese von der Fragestellung aus: Wie entsteht Leiden bzw. Krankheit?

Antonovsky hat die bemerkenswerte Modellvorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums entworfen: 'Gesundheit' und 'Krankheit' sind zwei Richtungen eines multidimensionalen Kontinuums: Menschen sind weder vollständig gesund noch vollständig krank; jeder Mensch erlebt zumindest ein bißchen Gesundheit, und jeder Mensch wird an einer Krankheit sterben; jeder Mensch bewegt sich beständig auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit, das von 'sehr krank' bis 'sehr gesund' reichen kann.. Als Endpunkte des Kontinuums können einerseits ein Idealzustand einer ganzheitlichen Gesundheit gelten, z.B. ein „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (aus der Gesundheitsdefinition der WHO von 1946), und andererseits das Aufhören des biologischen Lebens von Menschen im Tod. Gesundheitsprozesse lassen sich als Bewegungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung auf 'mehr Gesundheit' oder 'mehr Krankheit' betrachten. Gesundungsprozesse sind dann Bewegungen auf dem Kontinuum zu 'mehr Gesundheit'.

Im Salutogenese-Modell wird für die Bewegungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum nach den inneren und äußeren Einflüsse gefragt, die zu Gesundungsprozessen bzw. zu Bewegungen in Richtung auf 'mehr' Gesundheit beitragen. Demgegenüber ist im Gesundheitswesen die pathogenetische Fragestellung nach krankheitsfördernden Einflüssen weit verbreitet. Salutogenetische Betrachtungen beziehen sich weniger auf die Beschreibung von Ausgangs- und Zielzuständen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, sondern mehr auf die Bewegungen zu 'mehr Gesundheit' und ihre inneren und äußeren Bedingungen; es geht also um Perspektiven für die Fragestellung: Welche Prozesse ermöglichen positive Veränderungen zu mehr Gesundheit?

3.2.2 Streßforschung als Ausgang des Salutogenesemodells

Antonovsky hat sich als Medizinsoziologe vorwiegend mit Forschungen zur psychosozialen Streßbewältigung befaßt. Er geht von der Annahme aus, daß Menschen alltäglich von Streßfaktoren bzw. von Anforderungen und Belastungen konfrontiert sind und daß auch nahezu alle Menschen von schwereren belastenden Lebensereignissen, wie z.B. Krankheiten, eigenen Fehler, Mißverständnissen und Trennungen in sozialen Beziehungen sowie auch vom Sterben, betroffen sind. Während die sonstige Streßforschung überwiegend nach krankheitsfördernden Einflüssen im Streßgeschehen fragt, geht Antonovsky der salutogenetischen Fragestellung nach: Welche inneren und äußeren Bedingungen und Einflüsse ermöglichen es Menschen, trotz alltäglicher stressender Belastungen und trotz besonders schwerwiegender Belastungserlebnisse ihre Gesundheit zu erhalten und auch zu verbessern? Als jüdischer Forscher interessiert ihn dabei auch die beispielhafte Fragestellung, wie Menschen den Holocaust überlebt und psychosozial bewältigt haben. Als interessante Parallele sei hier erwähnt: Viktor Frankl, der Begründer der Logotherapie, hat autobiographisch seine Bewältigung der Jahre 1943 - 1945 im nationalsozialistischen Konzentrationslager und seine 'Suche nach Sinn' unter diesen Bedingungen geschildert (Frankl 1982).

Im Rahmen seiner Forschungen hat Antonovsky vor allem Menschen aus Israel in ausführlichen Interviews befragt, wie sie schwerwiegende Lebensereignisse, insbesondere auch Holocausterfahrungen, bewältigt haben. Er hat aus den Forschungen das Konzept der 'generalisierten Widerstandsressourcen' und insbesondere das Konstrukt des 'Kohärenzsinn' ('Sense of Coherence') entwickelt. Aus den Forschungen hat er einen Fragebogen zur Messung des Kohärenzsinn entwickelt und in vielen Forschungsstudien überprüft.

3.2.3 Generalisierte Widerstandsressourcen und Kohärenzsinn

Die aus der Forschung zur Streßbewältigung hervorgegangene Konzepte der 'generalisierten Widerstandsressourcen' und des 'Kohärenzsinn' beantworten die Frage: Mit welchen inneren und äußeren Ressourcen können Menschen ihre Gesundheit auch bei der Konfrontation mit belastenden Lebensereignissen erhalten?

Antonovsky stellt 10 'generalisierte Widerstandsressourcen' dar:

1. finanzielle Möglichkeiten,
2. Wissen und Intelligenz,
3. Ich-Identität bzw. Selbstvertrauen, Ich-Stärke,
4. Bewältigungsstrategien: Vernunft, Flexibilität und Voraussicht,
5. soziale Unterstützungen und soziale Beziehungen,
6. Engagement mit Ausdauer, Verbindlichkeit und Kontrolle,
7. kulturelle Stabilität,
8. Phantasiefähigkeit,
9. Religion, Philosophie und Kunst als stabile Werthaltungen sowie
10. präventive Gesundheitsorientierung.

Als Zentrum und Steuerungszentrale für die 'generalisierten Widerstandsressourcen' betrachtet Antonovsky den 'Kohärenzsinn' ('Sense of Coherence'). Er definiert ihn als eine stabile generalisierte Orientierung einer Person, gekennzeichnet durch „*ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens*“ (Antonovsky 1997, S.36). Diese Orientierung des Vertrauens beinhaltet drei Aspekte: Personen mit einem starken Kohärenzsinn

- bewerten die Einflüsse und Anforderungen, die sie im Verlauf ihres Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung erfahren, als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar (Aspekt der 'Verstehbarkeit'),
- wissen um innere und äußere Ressourcen, mit denen sie Anforderungen, die sie in ihrem Leben erfahren, angemessen begegnen können (Aspekt der angemessenen Handlungsfähigkeit),
- erleben ihr Leben mit seinen Anforderungen gefühlsmäßig als sinnvoll und können Anforderungen als Herausforderungen betrachten, die Anstrengung und Engagement lohnen (Aspekt der 'Sinnhaftigkeit').

3.3 'Gesundheit' und 'Krankheit' in der Psychotherapie

3.3.1 Allgemeine Merkmale der Psychotherapie

Die Psychotherapie gilt als eine wissenschaftlich begründete Form der gezielten Förderung psychischer Gesundungsprozesse bei Menschen, die von bio-psycho-sozialen Störungen betroffen sind. Sie gilt seit ca. 100 Jahren aufgrund der bahnbrechenden Leistungen von Sigmund Freud als eine wichtige Form der Behandlung psychisch beeinflusster Erkrankungen. Im Psychotherapeutengesetz ist für das deutsche Gesundheitswesen folgende Definition von Psychotherapie vorgegeben: „*Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.*“ (Bundesgesetzblatt 1998)

Psychotherapie lässt sich nach allgemeinem fachlichen Konsens durch folgende Merkmale charakterisieren:

- Der Ausgang sind bio-psycho-soziale Störungen eines individuellen Menschen, die der betroffene Mensch mit psychotherapeutischer Hilfe durch psychische Veränderungen bei sich selbst sowie durch psychosoziale Veränderungen in sozialen Beziehungen und Familien lindern und überwinden kann.
- Als Ziel einer Psychotherapie gilt, die Selbststeuerungsfähigkeiten eines individuellen Menschen und seine sozialen Beziehungssysteme und Gemeinschaften anhaltend zu verbessern.
- Das Ziel einer anhaltend verbesserten Selbststeuerungsfähigkeit dient dazu, daß Menschen durch ihre individuelle und soziale Lebensgestaltung sowohl die Störungen, die den Anlaß für eine Psychotherapie darstellen, anhaltend überwinden können als auch ihre psychische Gesundheit in Richtung auf positiv definierte psychische Gesundheitsziele fördern.
- Als wichtige positive psychische Gesundheitsziele, die in der Geschichte der Psychotherapie umschrieben sind, seien hier genannt:
 - positives Selbstbewußtsein (angemessene Selbsterkenntnis, Selbstvertrauen, Selbstachtung, Selbstwertgefühl),
 - Selbstverwirklichung (vgl. Paulus 1994),
 - Selbstmanagement im eigenen Handeln (vgl. Kanfer u.a. 1996),
 - Kommunikations-, Partnerschafts-, Gemeinschafts- und Liebesfähigkeit sowie
 - selbsttranszendente Sinnerfüllung (im Sinne der Logotherapie, vgl. Frankl 1987).
- Psychotherapie vollzieht sich als Prozeß durch Kommunikationen und Beziehungen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen. Die Qualität dieses Prozesses wird vor allem durch die Verständigungsqualität zwischen und TherapeutInnen und PatientInnen beeinflusst.
- In einer Psychotherapie werden wissenschaftlich begründete Methoden zur nachhaltigen Beeinflussung eines Individuums und seiner sozialen Beziehungen eingesetzt; psychosoziale Gesundungsprozesse eines Individuums und/oder einer sozialen Gemeinschaft werden durch psychotherapeutische Methoden ermöglicht oder erleichtert.
- Im Laufe der 100jährigen Geschichte der Psychologie haben sich viele Psychotherapieschulen aus unterschiedlichen tiefenpsychologisch-psychiatrischen, akademisch-psychologischen und humanistisch-psychologischen Traditionen entwickelt (Zeig 1991). Sie haben zu einer umfassenden wissenschaftlichen Systematik der Psychotherapie wichtige Bausteine geliefert (vgl. Grawe u.a. 1994, Grawe 1998) und dazu Störungen, Störungsursachen, Zielsetzungen, Idealziele psychischer Gesundheit, Wege von den Störungen zu den Zielsetzungen sowie Methoden zur Erleichterung dieser Wege beschrieben.

3.3.2 Zur Krankheits- und Gesundheitsperspektive

Die klinische Psychologie als Grundlagenwissenschaft für die Psychotherapie und die Theorien der verschiedenen Psychotherapieschulen beschreiben Wege von Krankheitszuständen zu positiv formulierten Zielzuständen psychischer Gesundheit sowie Hilfsmaßnahmen und Methoden, mit denen Menschen als Individuen und in ihren sozialen Beziehungen und Gemeinschaften auf diesen Wegen gefördert werden können. Theorien zur Psychotherapie umfassen im allgemeinen sowohl die Krankheits- wie auch die Gesundheitsperspektive.

Nun läßt sich fragen: Welche der beiden Perspektiven wird vorrangig deutlicher betont? Wird die Gesundheitsperspektive vorrangig betont? Viele Psychotherapieschulen betonen in ihren Theorien deutlicher die Gesundheitsperspektive, vor allem die humanistisch-psychologischen Orientierungen (incl. der klientenzentrierten Psychotherapie) und mehrere tiefenpsychologische Orientierungen.

Ausgangszustände für psychotherapeutische Behandlungen werden – in Theorien zur Psychotherapie und in der psychotherapeutischen Praxis – meist als vorhandene Störungs- und Krankheits-symptome beschrieben, weniger als ein Fehlen positiver psychischer Gesundheitsqualitäten. Im Sinne einer Gesundheitsperspektive zielt die Frage an Patienten „Was fehlt Ihnen?“ auf ein Fehlen positiver psychischer Gesundheitsqualitäten. Antworten verweisen auf zu fördernde positive psychische Gesundheitsqualitäten als Zielsetzungen für psychotherapeutische Behandlungen.

Beispiele: Werden Angststörungen als Mangel an Vertrauen und Mut beschrieben, liegt es nahe, mehr Vertrauen z.B. auf vegetative Prozesse und mehr Mut zum Durchgehen von Angstsituationen anzuzielen; werden depressive Störungen als Antriebs-, Freud- und Hoffnungslosigkeit beschrieben, ergibt sich das Ziel, Antriebsenergie, freudige Gefühle und positive Zukunftshoffnungen zu fördern.

In der Beschreibung anzustrebender Zielzustände durch psychotherapeutische Hilfe beschreiben die meisten Psychotherapieschulen übergreifende positive psychische Gesundheitsziele und betonen somit die Gesundheitsperspektive:

- Nahezu alle tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen Therapieschulen heben als allgemeines Therapieziel hervor: Selbstbewußtsein mit Selbstbejahung und Selbstbestimmung. Der Begriff 'Selbstbewußtsein' meint dabei: bewußte Wahrnehmung spontan auftauchender Körperempfindungen, Gefühle, Bedürfnisse, Phantasien, Blitzgedanken sowie ihre geistige Einordnung in die eigene Lebensgeschichte und in ein integriertes Selbstverständnis (Ich-Identität). Das Selbstbewußtsein soll in eine bejahende Einstellung zu sich selbst münden und zu einer bewußten Selbstbestimmung führen, verstanden als Fähigkeit, über seine eigenen Wünsche und Lebensziele bewußt zu entscheiden und das eigene Handeln dementsprechend gezielt zu orientieren.
- Selbstbewußtsein und Selbstbestimmung umfassen – im Sinne der genannten Therapieschulen und ihrer Theorien zu Kommunikations-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien – auch Fähigkeiten, soziale Beziehungen bewußt zu erleben und zu gestalten, genauer: die individuelle Stellung in sozialen Beziehung- und Gemeinschaftssysteme bewußt zu erkennen und zu reflektieren und in Prozesse der Selbstbestimmung einzubeziehen.
- Aus der Tradition der Verhaltenstherapie werden neben überwiegend störungsbezogenen Zielen der Überwindung von störenden Symptomen auch positive psychische Gesundheitsziele betont: Fähigkeiten zu Problemlösungen, zur Streßbewältigung, Selbstmanagementfähigkeiten als aktiv eingesetzte Fähigkeiten zu Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und handlungsbezogener Selbststeuerung (vgl. Kanfer u.a. 1996) sowie soziale Kompetenzen als Fähigkeiten, eigene Bestrebungen in sozialen Beziehungen klar und verständlich auszudrücken. Diese Fähigkeiten werden deutlich als Kombinationen von Wahrnehmungen, ihren geistigen Verarbeitungen und angemessenen Handlungen betrachtet; der Bezug zwischen Wahrnehmungen, Erkenntnissen und Verhaltensweisen wird deutlicher als in tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen Therapieschulen betont.

In Psychotherapien gehen Menschen für ihre Gesundheit Wege von Ausgangszuständen zu Gesundheitszielen und möchten dabei psychotherapeutische Hilfen erleben, die ihnen die Wege erleichtern. Für die psychotherapeutische Unterstützung psychosozialer Gesundungsprozesse läßt sich im Sinne der Gesundheitsperspektive fragen: Wie sehr betonen Psychotherapieschulen in ihren Theorien die Gesundheitsperspektive, wenn sie Wege in psychischen Gesundungsprozessen beschreiben und Methoden zur Erleichterung dieser Wege bereitstellen? Wie weit betonen sie die Förderung vorhandener und zu stärkender Fähigkeiten gegenüber der Verminderung vorhandener und abzubauenen Störungssymptome?

Psychotherapie vollzieht sich als Prozeß durch Kommunikationen und Beziehungen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen. Die wechselseitige Verständigungsqualität ist für effektive psychotherapeutische Hilfen besonders wichtig. Gute psychische Gesundungsprozesse durch Psychotherapien gelingen nur, wenn TherapeutInnen den PatientInnen positive Wertschätzung und Achtung ihrer Person ausdrücken und somit zur Verstärkung von Selbstachtung und Selbstwertgefühl bei den PatientInnen beitragen und wenn TherapeutInnen die Erlebensprozesse, Kommunikations- und Handlungsweisen von PatientInnen möglichst klar verstehen, dieses Verstehen klar und verständlich ausdrücken und so Selbstbewußtsein und Selbstverständnis bei PatientInnen fördern.

In der Psychotherapie tragen therapeutische Kommunikationsweisen, die Selbstbewußtsein, Selbstverständnis und positive Selbstachtung bei PatientInnen verstärken und fördern, sehr zu psychischen Gesundungsprozessen bei. PatientInnen mit psychosozialen Störungen sind oftmals von Kommunikations- und Beziehungsstörungen betroffen; daher sind für sie positive Erfahrungen in psychotherapeutischen Kommunikationen und Beziehungen sehr wichtig, damit sie als Kontrapunkt zu ihren negativen Kommunikations- und Beziehungserfahrungen positive Alternativen erle-

ben. Die Wirkung fördernder Kommunikationsbedingungen in Psychotherapien ist vor allem im Umfeld der Gesprächspsychotherapie erforscht und spielt auch für tiefenpsychologische und humanistisch-psychologische Therapien eine große Rolle.

Psychotherapeutische Förderung psychischer Gesundheitsprozesse heißt im Sinne der Verhaltenstherapie: bei PatientInnen gesundheitsfördernde Verhaltensweisen aufbauen, verstärken und gewohnheitsmäßig stabilisieren sowie gesundheitsschädliche Verhaltensweisen abbauen. Dazu werden nach Möglichkeit Stimuli aus der Umwelt, innere psychische Prozesse, Verhaltensweisen und die auf das Verhalten folgenden Konsequenz-Reaktionen so beeinflusst, daß erwünschte Verhaltensänderungen erleichtert werden. In verhaltenstherapeutischen Prozessen werden PatientInnen durch 'therapeutische Hausaufgaben' zur regelmäßigen Durchführung konkret beschriebener Verhaltensweisen angeregt. Für die Schule der Verhaltenstherapie und ihre Darstellung psychotherapeutischer Prozesse ist es wünschenswert, daß die Aufmerksamkeit auf gesundheitsförderliche Stimuli, Erlebnis-, Denk- und Handlungsweisen erhöht wird gegenüber der Aufmerksamkeit auf zu vermindernde Störungssymptome und ihre begleitenden Prozesse.

Der anerkannte Psychotherapieforscher Klaus Grawe erörtert das Verhältnis von Problem- und Ressourcenperspektive – in Analogie zur Krankheits- und Gesundheitsperspektive – und empfiehlt „die Problemperspektive für die inhaltliche Therapieplanung (was soll geändert werden?), die Ressourcenperspektive für die prozessuale Therapieplanung (wie kann es am besten geändert werden?)“ (1998, S. 99). Er hebt somit für psychotherapeutische Gesundheitsprozesse die Aufmerksamkeit für die Förderung gesundheitsförderliche Fähigkeiten hervor.

3.4 Zusammenfassung

Aus verschiedenen gesundheitswissenschaftlichen Fachgebieten sind hier Plädoyers zugunsten der Gesundheitsperspektive zusammengetragen.

Gesundheitsprozesse – Prozesse der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit – lassen sich als Wege von definierten Ausgangszuständen zu erwünschten Zielzuständen im Sinne der Gesundheitsperspektive gut fördern,

- wenn bei Ausgangszuständen vor allem beschrieben wird, in welchen Lebensbereichen gesundheitsförderliche Potentiale, Fähigkeiten, Denk- und Handlungsweisen deutlich vorhanden sind und in welchen sie fehlen,
- wenn der Blick primär auf positive Gesundheitsziele gelenkt wird,
- wenn Kommunikations- und Beziehungsprozesse durch gute wechselseitige Wertschätzung und gute Verständigungsprozesse bestimmt sind,
- wenn gesundheitsförderliche Fähigkeiten aufmerksam wahrgenommen und verstärkt werden,
- wenn der Aufbau stabiler gesundheitsfördernder Denk- und Handlungsgewohnheiten über die Aktivierung positiver Potentiale und Verstärkung positiver Denk- und Handlungsweisen erfolgt.

Durch Fortschritte auf Wegen im Sinne der Gesundheitsperspektive lassen sich krankheitsbezogene 'Nebenwirkungen' wie Verhütung, Heilung und Rehabilitation erwarten. Durch die Gesundheitsperspektive sind Veränderungsprozesse im allgemeinen leichter, erfolgversprechender und zufriedenstellender zu erzielen als durch den Blick auf krankheitsbezogene Phänomene, Ursachen und Gefahren.

Für die Zukunft für die Gesundheitswissenschaften ist es wünschenswert, daß die bisher bestehende deutliche Distanzierung und mangelnde wechselseitige Wahrnehmung zwischen den drei angesprochenen Fachgebieten – der Gesundheitspsychologie, Gesundheitswissenschaften im engeren Sinn und Psychotherapie – zugunsten einer besseren Zusammenarbeit überwunden wird.

4. Von der Krankheits- zur Gesundheitsperspektive

Das positive Gesundheitsverständnis der WHO hat sich seit 50 Jahren leider noch nicht durchgesetzt. In der Bevölkerung, in der Fachwelt der Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsberufen sowie in der Gesundheitspolitik sind die vorherrschenden Vorstellungen von Gesundheit von der Krankheitsperspektive bestimmt.

4.1 ... in der Bevölkerung

In der gegenwärtigen gesellschaftlichen Realität erleben wohl die meisten Menschen Gesundheit als einen Zustand, den sie im allgemeinen kaum bewußt wahrnehmen und als Abwesenheit von Störungen betrachten. Erst wenn sie sich durch Störungen, Beschwerden und Erkrankungen beeinträchtigt fühlen sorgen sie sich bewußt um ihren Gesundheitszustand und versuchen, ihn durch einen Gesundungsprozeß zu verbessern. Dabei versuchen sie in der Regel zunächst, sich selbst durch einige Aktivitäten zu helfen und auch Gesundheitshilfe in der Familie und im Bekanntenkreis zu erhalten. Erst wenn sie sich als hilflos gegenüber ihren Beschwerden und Krankheiten betrachten, suchen sie den Kontakt mit professionellen Experten.

4.1.1 Krankheitsperspektive

In der Bevölkerung ist eine Krankheitsperspektive weit verbreitet, was sich in folgenden Beispiele des Erlebens, Denkens und Verhaltens zeigt:

- Viele Menschen wünschen sich Gesundheit nur als einen Zustand des 'Nicht-krank-seins'.
- Fragt man Menschen, ob sie sich gesund fühlen, antworten viele: „Ja, weil ich keine Beschwerden habe“. Bei ihnen gilt das Erleben von Gesundheit nicht als ein bewußtes positives Erleben bzw. als bewußt erlebtes Wohlfühlen.
- Menschen betrachten ihren Körper als eine Maschine, die funktionieren und leistungsfähig sein soll. Bei Erkrankungen suchen Menschen die Ursache im defekten Körper und gehen mit der Erwartung zum Arzt, daß dieser ihren defekten Körper repariert oder Ersatzteile zur Reparatur des Körpers liefert.
- Wenn Menschen zum Arzt gehen, hören sie vom Arzt öfters die sinnvolle Frage: „Was fehlt Ihnen?“ In ihrer Antwort benennen Menschen meistens nicht Gesundheitsmerkmale, die ihnen fehlen, sondern empfundene Beschwerden und vorhandene Krankheitsmerkmale.

4.1.2 Positive Gesundheitsperspektiven

Viele Menschen entwickeln – oftmals erst durch die Konfrontation mit Krankheit am 'eigenen Leibe' oder in der Familie und durch Selbstbesinnungsprozesse zur Verarbeitung der Krankheit – ein ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein im Sinne der Gesundheitsperspektive, indem sie bewußtes Erleben und Verstehen von Gesundheit pflegen.

Beispiele für solch ein Gesundheitsbewußtsein sind:

- Menschen pflegen bewußte Aufmerksamkeit für körperliches Wohlbefinden.
- Menschen erleben Gesundheit körperlich als Fitneß, Energie und Leistungsfähigkeit und sehen darin eine gute Widerstandskraft gegenüber Krankheiten.
- Menschen erleben Gesundheit psychisch als 'gute Laune', positive Stimmung, Unternehmungslust, als Ausgeglichenheit und Zufriedenheit mit sich selbst sowie als 'innere Stärke' gegenüber Belastungen und Bedrohungen.
- Menschen sind sich bewußt, daß ihr Gesundheitserleben vielfältigen rhythmischen Wechseln unterliegt: den Wechseln von Fitneß und Schwäche, von Aktivität und Ruhe, von Anstrengung und Erholung, von Wachsein und Schlaf, von 'Hochs' und 'Tiefs' in der Stimmung, von Perioden in den geschlechtlichen Funktionen, von Klimaveränderungen und Jahreszeiten.
- Menschen vertrauen ihren eigenen Empfindungen, Intuitionen und Erkenntnissen zu ihrem Gesundheitszustand, und sie nutzen diese, wenn sie mit Bekannten und auch professionellen Helfern über ihren Gesundheitszustand sprechen.

- Menschen pflegen ein bewußtes Gesundheitshandeln, vor allem in den Bereichen Ernährung und Ausgleichssport.
- Menschen machen sich häufig bewußt, daß sie ihre Gesundheit durch Einstellungen, Gefühle und Handlungsweisen beeinflussen können.
- Menschen informieren sich zur Pflege ihrer Gesundheit aktiv über 'ganzheitliche Gesundheit', Selbsthilfemöglichkeiten und 'alternative Heilweisen'.
- Menschen halten zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit die Bereitschaft zur Selbsthilfe für notwendig, und sie betrachten Fremdhilfe meistens als 'Hilfe zur Selbsthilfe'.
- Im Falle von Erkrankungen besinnen sich Menschen zunächst darauf, wie sie mit den eigenen Fähigkeiten sowie mit Unterstützung der Familie und des Bekanntenkreises wieder gesund werden können.
- Im Falle von Erkrankungen informieren sich Menschen durch Literatur, Gespräche im Bekanntenkreis und Gespräche mit professionellen Helfern (Ärzte, Psychologen, Heilpraktiker u.a.) gezielt über mögliche Ursachen ihrer Erkrankung und über Möglichkeiten professioneller Hilfe; mit dem Blick auf verschiedene Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei unterschiedlichen Fachleuten wählen sie gezielt aus, welche Hilfe bzw. Behandlung sie annehmen.
- Menschen kommen in gesundheitsorientierten Selbsthilfegruppen zusammen.

In der Bevölkerung zeigen sich folgende beachtenswerten Phänomene, die auf eine gezielte Suche nach einem positiven Gesundheitserleben hinweisen:

- Ein 'Gesundheitsboom' mit der Suche nach Möglichkeiten zur Förderung einer 'ganzheitlichen' Gesundheit, u.a. durch Nutzung 'alternativer Heilweisen', ist erkennbar, auch an einer Hochkonjunktur von Gesundheitsliteratur.
- Selbsthilfegruppen haben in den letzten Jahren einen deutlichen Zulauf bekommen; die Anzahl von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfe-Organisationen ist deutlich gestiegen. Einerseits erkennt die Gesundheitspolitik die Förderungswürdigkeit des Selbsthilfebereiches an; andererseits bleiben die finanziellen Unterstützungen eher gering (vgl. Matzat 1995).
- Die 'Suche nach Sinn' - eine wichtige Aufgabe für die seelische Gesundheit - bewirkt aufgrund von Unzufriedenheit mit der gesellschaftlichen Situation und mit herrschenden Weltanschauungssystemen (seien sie kirchlich-christlich oder materialistisch, merkantilistisch, atheistisch) einen verstärkten 'Boom' für Esoterik, Spiritualität und fragwürdige 'Sekten' mit entsprechenden Gefährdungen.

4.2 ... in den Gesundheitswissenschaften

In den Gesundheitswissenschaften – gemeint sind alle gesundheitsbezogenen Wissenschaften, nicht nur die 'Gesundheitswissenschaften' aus der 'Public-Health'-Tradition – lag die Vorherrschaft bis zum Mittelalter einmal bei der Medizin als Wissenschaft über Gesundheit und Krankheit des Körpers und andererseits bei den Geisteswissenschaften der Theologie und Philosophie mit ihren Theorien zu Gesundheit und 'Seelenheil' für die als unsterblich verstandene 'Seele'.

Durch die geistesgeschichtlichen Bewegungen in der durch 'Aufklärung' geprägten Neuzeit wurden im Feld der Gesundheitswissenschaften geisteswissenschaftliche Theorien zur Gesundheit der 'Seele' zurückgedrängt; die Medizin konnte ihre Vorreiterrolle in Gesundheitswissenschaften deutlich ausbauen. Durch naturwissenschaftliche Fortschritte, technologische Fortschritte im 19. Jahrhundert und durch Erfolge in der Verminderung von Infektionskrankheiten wurde die Rolle der Medizin als alleinherrschende Gesundheitswissenschaft verstärkt. Dadurch wurde das Gesundheitsverständnis auf erfolgreich erscheinende Perspektiven eingegrenzt: auf das Verständnis körperlicher Krankheiten und ihrer Überwindung durch von außen zugeführte medizinisch-technische Behandlungsmöglichkeiten. Aus dem Blickfeld des herrschenden Gesundheitsverständnisses gerieten: ein Verständnis für psychosoziale Aspekte der Gesundheit und entsprechende Hilfsmaßnahmen, für viele Möglichkeiten persönlicher und familiärer Selbsthilfe gegenüber Erkrankungen sowie für religiöse Perspektiven von 'Gesundheit' und 'Heil'. Die Rolle der Medizin als alleinherrschende Gesundheitswissenschaft und das dadurch bestimmte Gesundheitsverständnis wurde weitgehend von der Bevölkerung und von der Gesundheitspolitik übernommen.

Durch die nun etwa 100 Jahre alte Entwicklung der neuzeitlichen Psychotherapie hat sich das Gesundheitsverständnis um das Verständnis einer kranken Psyche und ihrer Therapie durch psychologische Methoden erweitert. Durch die Entwicklung der klinischen Psychologie und Psychotherapie als einer Gesundheitswissenschaft sind mehr ins Blickfeld getreten: psychoneurotische und psychosomatische Erkrankungen mit ihren Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit und auf das psychosoziale Erleben, Denken und Handeln; biographische und familiäre Einflüsse auf Gesundheitsprozesse sowie psychische und psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten für Erkrankungen. Theorien der Psychotherapie gehen von der Beschreibung von Krankheitszuständen aus; als Behandlungsziele gelten vor allem individuelle Selbststeuerungsfähigkeiten und positive soziale Integration in stabile Beziehungen und in Alltagsgemeinschaften. (s.o., Kapitel 3.3). Psychotherapietheorien sind somit ein gutes Beispiel für wissenschaftsbezogene Wege von einer Krankheits- zu einer Gesundheitsperspektive.

Prävention gilt seit über 100 Jahren als eine gesellschaftliche Aufgabe im Sinne öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Dadurch hat sich das Gesundheitsverständnis um die präventive Perspektive bzw. den Blick auf Krankheitsgefahren und -vorbeugung erweitert hat. Gesundheitsämter wurden als Institutionen öffentlicher Gesundheitsvorsorge etabliert. Da Infektionskrankheiten eine große soziale und gesellschaftliche Bedeutung haben können, hat sich die Prävention vor allem als Vorbeugung gegenüber Infektionserkrankungen etabliert. Präventionsmaßnahmen in Form von Impfungen und regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten wurden als öffentliche Gesundheitsleistungen etabliert. Die Bewegung von 'Public Health' ist aus dem Ausbau einer präventiv orientierten öffentlichen Gesundheitsvorsorge entstanden.

In der Public Health-Bewegung sind Einflüsse aus der weiteren sozialen Umwelt auf Gesundheitsprozesse erkannt; die Bedeutung sozialer und ökologischer Umweltbedingungen wird in bezug auf Krankheitsgefährdungen betont. 'Verhältnisprävention' gilt als eine wichtige Orientierung, um krankheitsfördernde Bedingungen der ökologischen und sozialen Umwelt zu vermindern.

Als die epidemischen Infektionskrankheiten durch die präventiv ausgerichteten öffentlichen Gesundheitsvorsorge und durch medizinische Erfolge zurückgegangen sind, sind als Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und andere chronische Erkrankungen und psychosomatische Erkrankungen als wichtige quantitative und qualitative Gesundheitsprobleme der Bevölkerung ins Blickfeld gekommen. Da Entstehung und Verlauf dieser Erkrankungen deutlich vom individuellen gesundheitsbezogenen Verhalten mitbestimmt sind, sind Nikotin- und Alkoholkonsum, ungünstige Ernährung und Bewegungsmangel als Risikofaktoren erkannt; als Folge ist die 'Verhaltensprävention' zur Verminderung verhaltensbezogener Risikofaktoren entwickelt worden.

Während Prävention als Gesundheitsorientierung durch die Krankheitsperspektive bzw. dem Blick auf drohende Krankheiten bestimmt ist, hat sich die Gesundheitsförderung seit den 80er Jahren vor allem durch die Initiativen der Weltgesundheitsorganisation zu einem gesellschaftlichen Handlungsfeld entwickelt, das die positive Gesundheitsorientierung hervorhebt. Die Gesundheitswissenschaften haben sich im Kanon der Wissenschaften mit postgradualen Studiengängen etabliert. Im deutschen Gesundheitswesen war Gesundheitsförderung in den Jahren von 1989 - 1996 gesetzlich als eine Leistung im Gesundheitswesen anerkannt, viele Krankenkassen boten Leistungen zur Gesundheitsförderung mit zum Teil nachweisbaren Erfolgen an.

4.3 ... in Prozessen der professionellen Gesundheitshilfe

4.3.1 Zur sozialen Realität von Gesundheitshilfe

Wenn Menschen ihre Gesundheit verbessern und Beschwerden und Erkrankungen überwinden wollen, setzen sie im allgemeinen zunächst Selbsthilfeaktivitäten ein. Weiterhin suchen und nutzen sie gesundheitsbezogene Hilfen in alltäglich erlebten Gemeinschaften ('Alltagsgemeinschaften') wie z.B. Familie, Bekanntenkreis, Kreis von Arbeitskollegen, sowie in Selbsthilfegruppen. Diese Prozesse, die sich als 'primäre Gesundheitshilfe' bezeichnen lassen, umfassen ca. 65 - 80 % aller Prozesse der Gesundheitshilfe (Faltermaier, 1994).

Menschen suchen und nutzen professionelle Gesundheitshilfe bei Fachleuten mit Gesundheitsberufen und Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens dann,

- wenn sie Störungen, Beschwerden und Erkrankungen erleben, durch die sie sich verunsichert und/oder belastet fühlen,
- wenn sie Störungen nicht zufriedenstellend durch Selbsthilfeaktivitäten und Hilfen in Alltagsgemeinschaften überwinden können,
- wenn ihr Vertrauen auf professionelle Gesundheitshilfe stärker ist als ihr Vertrauen auf Selbsthilfeaktivitäten und Hilfe aus Alltagsgemeinschaften.

In der professionellen Gesundheitshilfe wirken vor allem Rollendefinitionen wie 'Patient' und 'Krankheitsexperte' – dies können z.B. Ärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker sein – und entsprechende Kommunikations- und Beziehungsprozesse: Ein 'Patient' – aus dem Lateinischen übersetzt ein 'Leidender' – leidet unter seiner Unsicherheit und Hilflosigkeit gegenüber aktuellen krankhaften Zuständen und sucht deshalb den Kontakt mit einem 'Krankheitsexperten', der durch berufliche Bildungsprozesse über Fachkenntnisse zu Krankheits- und Gesundheitsprozessen und Fachkompetenzen zum Einsatz von diagnostischen und therapeutischen Methoden verfügt.

Durch die Vorherrschaft der Medizin und ihrer Anerkennung in der Bevölkerung haben zwischenmenschliche Prozesse (Kommunikations- und Beziehungsprozesse) zwischen Patienten und Ärzten eine herausragende Bedeutung in der professionellen Gesundheitshilfe. In diesen Prozessen hat sich das Arzt-Image 'Halbgott in Weiß' mit starken sozialpsychologischen Auswirkungen auf Kommunikationen und Beziehungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen etabliert. Neben dem Image 'Halbgott in Weiß' sind auch weitere 'Heiler'- und 'Guru'-Images in zwischenmenschlichen Prozessen zwischen PatientInnen und anderen gesundheitsorientierten Fachleuten und selbsternannten 'Heilern' verbreitet.

4.3.2 Krankheits- und Gesundheitsorientierung in Gesundheitshilfeprozessen

Konkrete Prozesse in der professionellen Gesundheitshilfe beginnen also damit, daß sich Menschen in den Rollen 'Patient' und 'Krankheitsexperte' begegnen und ihre Sicht beiderseits vorwiegend auf krankhafte Ausgangszustände orientieren. Im weiteren Verlauf können konkrete Prozesse der professionellen Gesundheitshilfe durch vorrangige Blickrichtungen und durch vorrangige Rollendefinitionen mit entsprechenden Kommunikations- und Beziehungsprozessen entweder mehr krankheitsorientiert oder mehr gesundheitsorientiert sein.

Krankheitsorientierte Prozesse zeichnen sich in ihren konkreten Verläufen durch folgende systemisch zusammenfassenden Prozeßelemente mit wechselseitigen Verstärkungen aus:

- In den Blickorientierungen der beteiligten Personen werden vorhandene Krankheitszustände und vorhandene Krankheitsbedrohungen stärker betont als vorhandene Gesundheitszustände und gesundheitsförderliche Fähigkeiten.
- Als erstrebte Zustände gelten Ziele des Freiwerdens von Krankheiten stärker als positiv formulierte Gesundheitsziele.
- Rollendefinitionen von 'Patient' und 'Krankheitsexperte' sowie Heiler-/Guru-Images werden eher fixiert als aufgelöst; psychische Abhängigkeiten zwischen 'Patienten' und 'Krankheitsexperten' werden eher verstärkt als vermindert.
- In den Kommunikationsprozessen dominieren Krankheitsexperten, vor allem durch den Einsatz spezifischer diagnostischer und therapeutischer Methoden; dabei erwarten sie Vertrauen und gehorsames Befolgen durch Patienten.
- Patienten lassen sich eher fremdbestimmen; sie vermindern gesundheitsbezogene Selbstbestimmungen und vermindern somit auch ihre gesundheitsbezogene Selbstverantwortungen.
- Die Ergebnisse von Gesundheitshilfeprozessen werden von den Beteiligten eher dem Wissen und Handeln von Krankheitsexperten zugeschrieben als den vielleicht angeregten Selbsthilfeprozessen bei Patienten. Ungünstige Ergebnisse von Gesundheitshilfeprozessen gelten eher als 'Behandlungsfehler' von Krankheitsexperten denn als Auswirkungen von Entscheidungen und Verhaltensweisen bei Patienten.

- Solche krankheitsorientierten Prozesse bieten Krankheitsexperten deutliche 'Gewinne': Überlegenheits- und Machtstreben durch eigene Betonung des 'Experten-Images' gegenüber 'Patienten', Förderung des Selbstwertgefühls durch Erfolgzuschreibungen zum eigenen Können und durch entsprechende Anerkennungen von Patienten, Verlängerung von Gesundheitshilfeprozessen, Rechtfertigung entsprechender finanzieller Honorierungen.

Gesundheitsorientierte Prozesse lassen sich in ihren konkreten Verläufen durch folgende systemisch zusammenfassenden Prozeßelemente kennzeichnen:

- Die beteiligten Personen sichten vor allem vorhandene Gesundheitszustände und gesundheitsförderliche Fähigkeiten und verstärken sie.
- Als erstrebte Zustände gelten positiv formulierte Gesundheitsziele.
- Anfängliche Rollendefinitionen von 'Patient' und 'Krankheitsexperte' sowie Heiler-/Guru-Images werden zu Rollendefinitionen von 'Klient' und 'Helfer zu Selbsthilfe' geändert; Helfer verstehen ihre Rollenaufgabe als fachkundige dienende Begleitung von Klienten auf ihren Wegen zu mehr Gesundheit. Erfolgserwartungen werden mehr auf mögliche Selbsthilfeprozesse der Klienten bezogen als auf das Können von Helfern.
- In den Kommunikationsprozessen dominieren Klienten mit ihren Fragen und persönlichen gesundheitsbezogenen Entscheidungen. Helfer geben Klienten verständliche Informationen, regen sie zu selbsthilfebezogenen Änderungen an und ermutigen zu gesundheitsbezogenen Selbstbestimmungen. Helfer vertrauen Klienten und ihren Selbsthilfepotentialen.
- Die Ergebnisse von Gesundheitshilfeprozessen werden von den Beteiligten eher der Qualität der Selbsthilfeprozesse der Klienten zugeschrieben.

Die konkreten Prozesse in der professionellen Gesundheitshilfe erscheinen überwiegend durch krankheitsorientierte Prozeßelemente, vor allem durch Rollenfixierungen von 'Patienten' und 'Krankheitsexperten' bestimmt. Viele Fachleute und Fachorganisationen im Gesundheitswesen betonen vielleicht auch deshalb vorrangig die Krankheitsperspektive als Orientierung ihres Handelns, weil sie sich davon mehr 'Gewinne' im oben beschriebenen Sinn erhoffen.

4.4 ... im Gesundheitswesen

4.4.1 Krankheitsorientierung

Im Gesundheitswesen herrscht faktisch ein krankheitsorientiertes Verständnis von Gesundheit als 'Freisein von Krankheit'; denn nahezu alle rechtlichen und finanziellen Regelungen gehen von diesem Gesundheitsverständnis aus; daher spiegelt der Begriff 'Krankheitswesen' mehr die gegenwärtige Realität. Im 'Krankheitswesen' liegt die beherrschende Stellung bei der Medizin, die kaum, nur in Ausnahmefällen, ein positives und ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis berücksichtigt. Das verbreitete Arzt-Image eines 'Halbgottes in Weiß' hat eine starke sozialpsychologische Bedeutung im 'Krankheitswesen'.

Die Grenzen des gegenwärtigen Gesundheitswesens zeigen sich in der Hilflosigkeit gegenüber vielen chronischen Erkrankungen, im starken Anstieg psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, im Vorherrschen von Krankheiten, die stark von individuellen Lebensweisen beeinflusst werden, sowie in der steigenden Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung.

4.4.2 Der Gesundheitsperspektive eine Chance geben

Die WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ wird in der nationalen Gesundheitspolitik zwar wohlwollend zur Kenntnis genommen, z.B. in der Informationsschrift "Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge" des Bundesministeriums für Gesundheit (1993): *"In ihrer Antwort vom 22. Mai 1985 ... bekennt sich die Bundesregierung grundsätzlich zu den Zielen der 'Gesundheit für alle' - Strategie der WHO. Für die Bundesregierung geht es darum, im Rahmen der gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen und der gegebenen Finanzierungsmöglichkeiten für alle Menschen den bestmöglichen, erreichbaren Gesundheitszustand anzustreben. In diesem Rahmen sieht die Bundesregierung die WHO-Strategie als einen 'hochwertigen Richtungsweiser' an."* (S. 103)

Als Bundesgesundheitsminister hat Herr Seehofer hat 1993 die Perspektive der Gesundheitsförderung begriffen, als er auf einer Konferenz „Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge“ äußerte: *„Es ist in meinen Augen aber auch der gesundheitspolitische Schwenk der letzten Jahre, vielleicht des letzten Jahrzehnts, von großer, mindestens gleichrangiger Bedeutung, nämlich der zur Betonung der Gesundheit und ihrer Förderung. ... Gesundheit soll für den Bürger mehr sein als nicht krank zu sein.“* (BMG 1993a)

Die Studie "Gesundheit und Schule" des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft (BMBW 1994) befürwortet einen 'Paradigmenwechsel' von der Prävention zur Gesundheitsförderung: *"Förderung der Gesundheit verlangt sowohl die individuelle Entwicklung und Förderung entsprechender Kompetenzen als auch die Gestaltung entsprechender Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen. Somit bedeutet der Paradigmenwechsel von den Risikofaktoren zur Gesundheitsförderung ein völliges Umdenken. Eine zukunftsorientierte Gesundheitsbildung bedarf einer gänzlich neuen, ganzheitlichen Grundlegung."* (S. 2)

Einige **Anregungen** seien hier zur Diskussion gestellt:

- Die nationale Gesundheitspolitik dürfte die **WHO-Strategie „Gesundheit für alle“** nicht nur in 'Sonntagsreden' lobend hervorheben, sondern müsste endlich aktiv und in vorderer Linie zur Umsetzung der WHO-Strategie beitragen.
- **Gesundheitsförderung ist eine Aufgabe der gesamten Politik.** Dies wird von der WHO und der Bundesregierung hervorgehoben. In der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik müsste Gesundheitsförderung ein wichtiger Politikaspekt werden; finanzielle Aufgaben zur Gesundheitsförderung dürften nicht nur dem 'Krankheitswesen' bzw. den Krankenversicherungen überlassen werden.
- **Politische Innovations- und Investitionsbereitschaft** zugunsten eines positiven und ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses und zugunsten der WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ würde deutlich zur Steigerung der Lebenszufriedenheit in der Bevölkerung beitragen, u.a. auch zu mehr Zufriedenheit mit der Politik; prognostisch wären folgende wünschenswerten Nebenwirkungen zu erwarten: weniger psychosomatische und psychische Erkrankungen, weniger Gewalt und Kriminalität, geringere Krankheitskosten, geringere Kosten für die 'innere Sicherheit'
- **Schlüsselfrage** Anregung stelle ich zur Diskussion: **10% von den bisherigen Krankheitskosten** könnten über verschiedene Politikfelder - nicht nur über die bisherige Gesundheitspolitik - **in den Bereich einer qualifizierten, positiv und ganzheitlich orientierten Gesundheitsförderung investiert** werden, davon vielleicht 3% in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, 2% in Maßnahmen zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, 4% in Psychotherapie und andere alternative Heilweisen als ganzheitlich orientierte kurative und rehabilitative Maßnahmen sowie 1% in Maßnahmen zum Qualitätsmanagement für diese genannten Bereiche.

5. Gesundheitsförderung als gesellschaftliches Handlungsfeld

Gesundheitsförderung bedarf als interdisziplinäres Aufgaben- und Handlungsfeld der Kooperation vieler gesundheitsbezogener Wissenschaften und Berufsrichtungen sowie vieler Organisationen der Bildungs-, Gesundheits-, Familien-, Sozial-, Verkehrs-, Wirtschafts- und Umweltpolitik.

Positiv und ganzheitlich orientierte Gesundheitsförderung ist eine sehr wichtige Zukunftsaufgabe für die gesamte gesellschaftliche Entwicklung. Darauf verweist die WHO mit ihrer erneuerten Strategie „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (s.o.) und ebenso der Politik- und Unternehmensberater Leo Nefiodow in seinem Buch „Der sechste Kondratieff - Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information“ (1997). Demnach ist zugunsten einer gesunden gesellschaftlichen Weiterentwicklung in die Gesundheitsförderung politisch und wirtschaftlich mehr zu investieren als bisher. Gesundheitsförderung ist eine gesellschaftliche Investitionsaufgabe; finanzielle Ausgaben sind eher als Investitionskosten denn als Fehl- oder Reparaturkosten zu betrachten.

Gesundheitsförderung umfaßt eine große Vielfalt von Maßnahmen:

- **Personzentrierte Maßnahmen** dienen dazu, Menschen im Rahmen ihrer alltäglichen sozialen Beziehungen zu gesunden Lebensweisen zu befähigen bzw. umfassende Fähigkeiten zu konstruktiver Lebensgestaltung zu fördern. Sie lassen sich unterteilen in:
 - Maßnahmen zur Förderung allgemeiner Kompetenzen für eine gesunde Lebensführung,
 - kommunikationsorientierte Maßnahmen,
 - entwicklungsorientierte Maßnahmen für verschiedene Entwicklungsphasen des Lebens,
 - Maßnahmen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse,
 - Maßnahmen zur konstruktiven Bewältigung chronischer Erkrankungen.
- **Gemeinschaftsorientierte Maßnahmen** dienen dazu, Alltagsgemeinschaften, in denen Menschen bestimmende soziale Lebenswelten erleben, gesundheitsfördernd zu unterstützen, gesunde soziale Integrationen und positive mitmenschliche Beziehungen zu fördern sowie Fähigkeiten der Alltagsgemeinschaften zu effektiver Gesundheitshilfe zu stärken. Hervorgehoben seien folgende Maßnahmengruppen:
 - familienbezogene Gesundheitsdienste;
 - ausgedehnte Bildungsmöglichkeiten für Familien zur Förderung von Gesundheitshilfe-Kompetenzen für Kinder, alte Menschen und für chronisch erkrankte und behinderte Menschen;
 - Unterstützung von Selbsthilfegruppen (auch über Selbsthilfe-Organisationen und -Kontaktstellen).
- **Strukturzentrierte Maßnahmen** dienen dazu, gesunde Lebenswelten in der Umwelt bzw. gesundheitsfördernde Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen zu gestalten. Sie lassen sich unterteilen in: Maßnahmen in bezug auf größere soziale Organisationen (Familien, Schulen, Arbeitswelt, Schulen, Kommunen, Institutionen des Gesundheitswesens, Freizeitbereich, Verkehrs-, Rechts- und Bildungswesen) sowie Maßnahmen in bezug auf die ökologische Umwelt.
- **Bildungsorientierte Maßnahmen** dienen dazu, 'Gesundheitsförderung' zu einer wichtigen Bildungsaufgabe in allen Arten von Schulen (vom Kindergarten bis zur Hochschule) zu machen, Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung bildungsmäßig an alle interessierten Menschen zu vermitteln und Menschen, die im Gesundheits-, Erziehungs- und Sozialwesen beruflich/ehrenamtlich tätig sind und die in anderen Bereichen Führungspositionen innehaben, zugunsten vertiefter Kompetenzen für Aufgaben der Gesundheitsförderung aus- und fortzubilden.
- **Maßnahmen zum Empowerment** dienen dazu, Bürger und Gruppen zu ermutigen und zu befähigen, sich in verschiedenen größeren sozialen Kontexten und in der Gesellschaft für mehr Gesundheitsförderung, für gesündere Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen und für eine bessere Gesundheitsversorgung aktiv und effektiv einzusetzen.
- **Managementorientierte Maßnahmen** dienen dazu, im gesellschaftlich-politischen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung Management-Kompetenzen für Institutionen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, der freien Wirtschaft sowie in Kommunen und politischen Organisationen zu stärken.

Literatur

- ABELE, A. & BECKER, P. (Hrsg.) (1991). Wohlbefinden, Theorie - Empirie - Diagnostik. Weinheim: Juventa-Verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese. Tübingen: DGVT-Verlag.
- BECKER, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit, Band 1: Theorien Modelle, Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- BECKER, P. & MINSEL, B. (1986). Psychologie der seelischen Gesundheit, Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten. Göttingen: Hogrefe.
- BUNDESGESETZBLATT (Juni 1998). Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG 1993). Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge - Informationsschrift. Gamburg: G.Conrad
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG 1993a). Zukunftsaufgabe Gesundheitsvorsorge - Kongreßbericht. Gamburg: G.Conrad
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT / BRÖßKAMP, U. (BMBW 1994). Gesundheit und Schule. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft - Referat Öffentlichkeitsarbeit
- DEUTSCHE PSYCHOLOGEN AKADEMIE (DPA 1995). Fortbildung 'Psychologische Gesundheitsförderung' für Diplom-PsychologInnen. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- FALTERMAIER, T. (1994). Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln - Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz
- FRANKL, V. E. (1982). ... trotzdem Ja zum Leben sagen - Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: DTV.
- FRANKL, V. E. (1987). Logotherapie und Existenzanalyse. München: Piper
- GRAWE, K.; DONATI, R. & BERNAUER, F. (1994). Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe - Verlag für Psychologie
- GRAWE, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe - Verlag für Psychologie
- HOCKEL, C. M. (1992). Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen personenzentrierter Psychologie. In: Paulus, P. (Hg.), Prävention und Gesundheitsförderung - Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag.
- HURRELMANN, K. & LAASER, U. (Hg.) (1993) Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz
- KANFER, F.H., REINECKER, H. & SCHMELZER, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer (2. Auflage).
- KURZ, W. & SEDLAK, F. (Hg.) (1995). Kompendium der Logotherapie und Existenzanalyse. Tübingen: Verlag Lebenskunst.
- MATZAT, J. (1995). Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen - eine interdisziplinäre Aufgabe der Gesundheitsförderung. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- NEFIODOW, L.A. (1997). Der sechste Kondratieff - Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag

PAULUS, P. (1994). Selbstverwirklichung und psychische Gesundheit. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe - Verlag für Psychologie

RIELÄNDER, M. (1995). Gesunde Lebensweisen - personenzentrierte Ziele für die Gesundheitsförderung. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

RIELÄNDER, M. (1995a). Gesundheitspolitische Trends für die Gesundheitsförderung und Prävention. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

SCHWARZER, R. (1997). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe - Verlag für Psychologie (2. Auflage).

TROSCHKE, J. v. (1995). Gibt es einen Paradigmenwechsel in der Prävention? In: Prävention, 1/1995, S. 3 - 6.

WHO-EURO (1991). Ziele zur „Gesundheit für alle“ - Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: WHO-Regional office for Europe

WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Gamburg: G.Conrad

ZEIG, J. K. (1991). Psychotherapie - Entwicklungslinien und Geschichte. Tübingen: DGVT-Verlag