

Zukunftsorientierte psychologische Mitarbeit zur *„Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“*

Maximilian Rieländer

Abschlusskapitel zu:

***„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

Hier werden – sozusagen aus einer herausgeberspezifischen Rückschau auf die Darstellungen zur erneuerten Gesundheitspolitik „*Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert*“ (GFA-Politik) sowie auf die vielfältigen psychologischen Beiträge zur GFA-Politik - ausgewählte Aspekte für eine zukunftsorientierte psychologische Mitarbeit zur Verwirklichung der GFA-Strategie aufgezeigt.

Inhalt

Zur Einleitung: GFA-Politik und Psychologie – wechselseitige Herausforderungen	3
1. Die Grundlagen der GFA-Politik aus psychologischer Sicht	4
1.1 Zum Gesundheitsverständnis	4
1.1.1 ‚Gesundheit‘: ein positiver individueller und sozialer Wert	4
1.1.2 Ein individualistisches oder systemtheoretisches Gesundheitsverständnis	4
1.1.3 Gesundheit und Entwicklung	5
1.2 Menschen als Personen – individualpsychologische Perspektiven	5
1.3 Menschen in sozialen Systemen – sozialpsychologische Perspektiven	5
1.4 Menschen in der ökologischen Umwelt – umweltpsychologische Perspektiven	6
1.5 Mehr Chancengleichheit für Gesundheit	6
1.6 Partnerschaften für Gesundheit	6
2. Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung	7
2.1 Familien- und gemeindeorientierte Gesundheitsversorgung	7
2.1.1 Familienorientierung	7
2.1.2 Gemeindeorientierung	8
2.1.3 Professionelle Gesundheitsarbeit	9
2.2 Gesundheitsförderung: Grundlagen	9
2.3 Zielgruppen der Gesundheitsförderung mit Zielsetzungen und Settings	10
2.3.1 Kinder und Jugendliche	10
2.3.2 Altern in Gesundheit	11
2.3.3 Frauen und Männer	11
2.3.4 Erwachsene als Menschen in der Arbeitswelt	12
2.3.5 Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen	12
2.4 Allgemeine Zielsetzungen der Gesundheitsförderung	13
2.4.1 Verbesserung der psychischen Gesundheit	13
2.4.2 Förderung gesunder Lebensweisen	15
2.4.3 Verminderung des Konsums von Suchtmitteln	15
2.4.4 Präventive und rehabilitative Zielsetzungen	16
2.4.5 Förderung von Selbsthilfe und 'Empowerment'	17
2.4.6 Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen	17
2.5 Management für die Gesundheitsförderung	17
2.6 Bildungsarbeit für die Gesundheitsarbeit	18
2.6.1 Vermittlungspersonen zu gesundheitsfördernden Unterstützungen befähigen	18
2.6.2 Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Fachkräfte	18
3. Psychologische Zukunftsarbeit für die GFA-Strategie	19
3.1 Die Vision "Gesundheit für alle" als Herausforderung	19
3.2 Neuorientierungen in der Psychologie als Gesundheitswissenschaft	19
3.3 Systemorientierte Arbeit mit sozialen Systemen	20
3.3.1 Familien	21
3.3.2 Beratungsarbeit in Organisationen	21
3.3.3 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung als Arbeitsfeld	21
3.4 Bildungsarbeit: Vermittlung von Kompetenzen zur Gesundheitsförderung	22
3.5 Arbeit für benachteiligte Bevölkerungsgruppen	22
3.6 Förderung von Selbsthilfe	23
3.7 Supervision und Evaluation: für bessere Qualität in der Gesundheitsarbeit	23
3.8 Haltungen in der psychologischen Arbeit	23
4. Visionen und Arbeit für mehr gesellschaftliche Integration der GFA-Strategie und der Psychologie	24
Literatur	24

Zur Einleitung: GFA-Politik und Psychologie – wechselseitige Herausforderungen

Die Beziehung zwischen der erneuerten GFA-Politik, wie sie bisher von der WHO in Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedstaaten konzipiert ist, und der Psychologie als Wissenschaft und Berufsfeld lässt sich als wechselseitige Herausforderung charakterisieren.

Die erneuerte GFA-Strategie ist eine Herausforderung für die Politik, für alle wichtigen gesellschaftlichen Organisationen, für die Gesundheitswissenschaften inkl. der Psychologie, für alle Gesundheitsberufe inkl. der im Gesundheitswesen tätigen PsychologInnen: Sie alle haben die Aufgaben, größere gesellschaftliche politische Wandlungsprozesse in Europa zu mehr „*Gesundheit für alle*“ und zu mehr Chancengleichheit im Gesundheitsbereich wahrzunehmen und daran mit den jeweils eigenen Potentialen aktiv mitzuarbeiten. Es ist notwendig, daß die europäischen Nationen ihre Sozial-, Wirtschafts- und Gesundheitsprozesse deutlich mehr im Sinne einer „*Gesundheit für alle*“ gestalten, sowohl für die Menschen und Gemeinschaften in Europa als auch für die Menschen und Gemeinschaften in anderen Erdteilen. An dieser europäischen Aufgabe müssen PsychologInnen in ihrer Wissenschaft und in ihrer praxisbezogenen Tätigkeit viel aufmerksamer, bewußter, aktiver, kreativer und offensiver mitarbeiten.

Betrachtet man die GFA-Strategie als eine gesundheitswissenschaftliche Konzeption, die aus einer Vielzahl von Konsultationsprozessen hervorgegangen ist (vgl. Krech, Buchbeitrag I, 1), so ist es notwendig, für eine effektive gesundheitswissenschaftlich begründete Umsetzung noch viel stärker und differenzierter psychologische Konzeptionen zu nutzen. Der Stellenwert der fachlich begründeten Berufstätigkeit von PsychologInnen ist für die Umsetzung der GFA-Strategie im Rahmen eines interdisziplinären gesundheitswissenschaftlichen Kontextes höher, als es nach den bisherigen Darstellungen erscheint. Eine stärkere explizite Berücksichtigung psychologischer Wissenschafts- und Berufspotentiale ist vermutlich erforderlich, um die Vision der „*Gesundheit für alle*“ so in gesellschaftliche Realitäten umzusetzen, daß Menschen und ihre Gemeinschaften Gesundheit als Wohlbefinden und als ein Potential wirklich erleben können und daß sie – unterstützt durch soziale Systeme höherer Ebenen – das Leben für sich selbst, füreinander und für andere aktiv gesundheitsfördernd gestalten können.

Im Sinne der wechselseitigen Herausforderung werden zunächst psychologische Kommentare und Ergänzungen zu der schriftlich vorliegenden Konzeption der GFA-Strategie skizziert (Kap. 1 + 2), um so die psychologischen Aspekte in den Grundlagen der GFA-Strategie zu verstärken. Weiterhin werden – in einer Rückschau auf die im Buch vorliegenden psychologischen Beiträge – ausgewählte Aspekte für zukunftsorientierte Erneuerungen in der psychologischen Mitarbeit zur Verwirklichung der GFA-Strategie akzentuiert (Kap. 3).

1. Die Grundlagen der GFA-Politik aus psychologischer Sicht

1.1 Zum Gesundheitsverständnis

1.1.1 ‚Gesundheit‘: ein positiver individueller und sozialer Wert

Gesundheit gilt als ein fundamentales Menschenrecht: Alle Menschen haben – unabhängig vom Geschlecht, Alter, Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsgruppe, Nation und Religion – als Personen das Recht, sich eines bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen und so ein Gesundheitspotential zu erleben, um ein sozial, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen zu können.

Das schon seit 50 Jahren von der WHO geförderte positive Gesundheitsverständnis ist in den Zielsetzungen der erneuerten GFA-Strategie verstärkt: Gesundheitsfördernde formulierte Ziele für die menschliche Lebensentwicklung und für die psychische Gesundheit stehen in der Reihenfolge vor krankheits- und präventionsbezogenen Zielen.

Dementsprechend gelten Investitionen in Gesundheit und in eine wissenschaftlich effektive Gesundheitsförderung als kostensparende Investitionen für günstige soziale und wirtschaftliche Entwicklungen; Kosten werden dagegen durch Krankheiten verursacht, die weitgehend als Nebenwirkungen eines Mangels an bewußter Gesundheitspflege, -vorsorge und -förderung gelten.

Aus psychologischer Sicht ist die Betonung der Gesundheitsorientierung sehr zu begrüßen. Denn es ist psychologisch sehr sinnvoll, mehr an Gesundheit und positive Gesundheitsziele als an Krankheit zu denken (vgl. Buchbeiträge II, 1 + 2). PsychologInnen, die im Gesundheitswesen arbeiten, orientieren ihre Arbeit mit betreuten Menschen vorwiegend auf positive Gesundheitsziele, auch wenn psychische und soziale Störungen oftmals die ‚Eintrittskarte‘ für solch eine Arbeit sind. PsychologInnen sind also Fachleute für eine positiv orientierte Gesundheitsarbeit.

1.1.2 Ein individualistisches oder systemtheoretisches Gesundheitsverständnis

Die einleitende Grundaussage stellt die enorme Bandbreite der „Gesundheit für alle“ dar: ‚Gesundheit‘ ist sowohl ein hohes Gut für den einzelnen Menschen als auch für die Erhaltung und Weiterentwicklung für die gesamte Menschheit.

Der Gesundheitsbegriff der GFA-Strategie ist individuumorientiert, d.h. der einzelne Mensch gilt als Träger von ‚Gesundheit‘, und sein Lebenskontext in der Umwelt gilt als Rahmen individueller Gesundheit.

Für die in der GFA-Strategie angesprochene Bandbreite von ‚Gesundheit‘ ist ein systemtheoretischer Gesundheitsbegriff geeigneter (vgl. Buchbeitrag II,3): ‚Gesundheit‘ läßt sich als Merkmal lebendiger und sozialer Systeme auf verschiedenen Ebenen verstehen, so daß man z.B. auch von ‚gesunden Familien‘, ‚gesunden Städten‘, ‚gesunden Nationen‘ sprechen kann. In der GFA-Strategie sind folgende Systemebenen angesprochen: die globale Menschheit, die Region Europa, Nationen, Kommunen, Bildungsorganisationen, Organisationen der Arbeitswelt, alltäglich erlebte Gemeinschaften, in denen Menschen leben, lernen und arbeiten, sowie der einzelne Mensch als individuelles personales System.

Individuelle und soziale Systeme leben durch Selbstbestimmung und Selbstorganisation, dazu durch ihre zentralen Lebensziele motiviert. Sie können durch systemische Selbstorganisationsprozesse Gesundheit für das eigene System sowie für untergeordnete Teilsysteme erhalten und fördern. Ein soziales System ist dann ‚gesund‘, wenn es integrierten Teilsystemen gesundheitsförderliche Lebensbedingungen bietet.

Zur viel diskutierten Frage der Verantwortung für Gesundheit läßt sich dann hervorheben: Jedes System ist für eine gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Selbstorganisation primär selbst verantwortlich und sollte die Verantwortung nicht an untergeordnete oder übergeordnete Systeme abschieben.

1.1.3 Gesundheit und Entwicklung

Die individuelle Gesundheit wird vor allem aus der Entwicklungsperspektive und der Sicht auf den gesamten Lebensverlauf von Menschen betrachtet, was aus psychologischer Sicht sehr hoch zu werten ist. 'Gesundheit' verwirklicht sich in phasenspezifischen Entwicklungsprozessen des Lebensverlaufes und besteht im Erleben und Verwirklichen phasenspezifischer Potentiale.

Gesundheit und auch Krankheiten entfalten sich immer im gesamten Lebensverlauf von Menschen. Die Psychologie betont seit Jahrzehnten die Bedeutung biographischer Entwicklungsprozesse für die Verlaufsprozesse von Gesundheit und Krankheit. Gegenwärtige Gesundheits- und Krankheitszustände gelten aus psychologischer Sicht immer als systemisches Resultat von vielfältigen, zu verschiedenen Zeiten abgelaufenen Entwicklungsprozessen.

1.2 Menschen als Personen – individualpsychologische Perspektiven

Im Sinne der GFA-Strategie haben Menschen als individuelle Personen ein Recht auf Menschenwürde und auf Gesundheit während ihres gesamten Lebenslaufes. Sie haben das Recht, ein bestmögliches Gesundheitspotential zu entfalten.

Menschen haben im Sinne der Menschenwürde ein Recht auf personale Selbstbestimmung und können aufgrund ihrer Selbstbestimmung gesunde Entscheidungen treffen. Das Motto „*gesunde Entscheidungen erleichtern*“ spricht ein Kernziel der Gesundheitsförderung an.

Aus systemtheoretischer Sicht leben Menschen einerseits als Lebewesen durch Selbstorganisation und Selbstbestimmung („organismische Selbstbestimmung“) und können darüberhinaus als selbstbewußte Personen Selbstorganisation und Selbstbestimmung („personale Selbstbestimmung“) pflegen (vgl. Buchbeitrag II,3; Kap. 5.1). Menschen entwickeln in ihrem Lebenslauf aus ihrer organismischen Selbstbestimmung selbstbewußte personale Selbstbestimmungsfähigkeiten. Die Unterstützung von Menschen in der Entwicklung selbstbewußter personaler Selbstbestimmungsfähigkeiten ist eine besonders wichtige pädagogische und psychologische Aufgabe. Unter den Zielbeschreibungen der erneuerten GFA-Strategie steht folgendes Ziel weit vorne: „*Kindern und Jugendlichen sollten bessere 'Lebensfertigkeiten' und die Fähigkeit vermittelt werden, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden.*“ (vgl. Buchbeitrag I,5).

Menschen sind also prinzipiell in allen sozialen Systemen als sich selbst bestimmende Personen zu betrachten - auch wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zeitweise kaum von außen beobachtbar erscheint - und nicht nur als ‚Objekte‘ von medizinischen Dienstleistungen, von sozialen Dienstleistungen, von Versorgungsleistungen und von Forschungslabors. Sie sind somit in aktionsrelevanten Zusammenhängen als Partner für kooperative Handlungen zu betrachten.

Jede Hilfe von außen kann für Personen eigentlich nur ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ sein; d.h. organismische und personale Prozesse systemischer Selbstorganisation lassen sich durch äußere Hilfen nur unterstützen, niemals aber ersetzen.

1.3 Menschen in sozialen Systemen – sozialpsychologische Perspektiven

Menschen leben in sozialen Systemen: Sie 'leben, lernen, spielen und arbeiten' in alltäglichen Gemeinschaften sowie in Gemeinden, Nationen, Wirtschaftssystemen; sie werden in ihrem gesundheitsbezogenen Denken und Handeln zutiefst von den sozialen Systemen beeinflusst. Deshalb kommt es auf die 'Gesundheit sozialer Systeme' bzw. auf gesunde Lebensbedingungen in sozialen Systemen an, damit Menschen auch als Individuen Gesundheit erleben können.

In der GFA-Strategie wird die Einbindung von Menschen in soziale Systeme mit entsprechenden Gesundheitsauswirkungen stark hervorgehoben, was sehr positiv zu würdigen ist. Allerdings bedürfen die bisher in der GFA-Strategie dargestellten Konzeptions- und Strategieüberlegungen der Ergänzung durch vielfältige fundierte sozialpsychologische Überlegungen.

Überschaubare alltägliche Gemeinschaften, 'in denen Menschen leben, spielen, lernen und arbeiten', lassen sich als 'Alltagsgemeinschaften' betrachten. Eine theoretische Konzeptionierung von Alltagsgemeinschaften (vgl. Buchbeitrag II,3; Kap. 5.3) ist für die GFA-Strategie bzw. für Konzeptionen zu ihrer Verwirklichung wichtig. Weiterhin ist für die GFA-Strategie die fundamentale Bedeutung von sozialen Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten zu betonen, und zwar für die in der GFA-Strategie angesprochenen sozialen Systeme - Familien, Schulen, Arbeitsplätze - sowie für die Beziehungs- und Kommunikationsmuster in der Gesundheitsversorgung.

Zum Gesundheitspotential einer Alltagsgemeinschaft gehören systemintegrative Fähigkeiten,

- ein positives gesundheitsförderliches soziales Klima durch ihre systemischen Zielsetzungen, Werte, Einstellungen und Handlungsanregungen zu pflegen,
- positive Beziehungs- und Kommunikationsmuster zu erleichtern,
- bei ihren Mitgliedern gesundheitsfördernde Lebensweisen anzuregen und
- ihren Mitgliedern bei Erkrankungen gute Gesundheitshilfe zu bieten.

Strategien zur Gesundheitsförderung in Alltagsgemeinschaften sind wichtige Zukunftsaufgaben sowohl für die Psychologie, die Gesundheitswissenschaften wie auch für die WHO.

1.4 Menschen in der ökologischen Umwelt – umweltpsychologische Perspektiven

Die natürliche Umwelt gilt als wichtige Ressource für die Verbesserung der Lebensbedingungen und des Wohlbefindens. Für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind die alltägliche Verfügbarkeit guter ‚natürlicher‘ Nahrungsmittel, eine gute Luftqualität, gutes Trinkwasser, angemessene Wohnunterkünfte, geeignete Abwasserregelungen, angemessener Umgang mit Festmüll und die Reduzierung schädlicher Strahlungen von Bedeutung.

Menschen und soziale Systeme beeinflussen und nutzen Systeme der ökologischen Umwelt für ihren Gebrauch. Sie sind sowohl Verursacher als auch Betroffene von Umweltveränderungen, die auf die Gesundheit von Menschen fördernd oder beeinträchtigend wirken können. Auf dem Hintergrund ihrer Gewohnheiten des Erlebens, Denkens und Handelns steuern sie ökologisch relevante Prozesse aktiv und erleben die ökologische Umwelt passiv.

Die Umweltpsychologie befaßt sich als Wissenschafts- und Berufsfeld mit den vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrer alltäglichen Lebensumwelt; sie sieht eine wichtige psychologische Aufgabe darin, Menschen und soziale Systeme zu einem gesundheitsfördernden Umgang mit ökologischen Umweltsystemen zu befähigen.

1.5 Mehr Chancengleichheit für Gesundheit

Die erneuerte GFA-Strategie zielt auf tiefgreifende Veränderung in der gegenwärtigen Globalisierungsentwicklung, die bisher vorrangig marktwirtschaftlich orientiert ist und dadurch zur Steigerung sozialer Unterschiede, zu verschlechterten ökologischen Lebensbedingungen sowie zu mehr Arbeitslosigkeit und Armut geführt hat. Besonders betont wird die Aufgabe, in der Globalisierungsentwicklung eine Trendwende zu mehr Chancengleichheit anzuzielen.

Aus systemtheoretischer Sicht wirkt Chancenungleichheit in sozialen Systemen desintegrierend und destabilisierend; Chancengleichheit läßt sich in übergreifenden sozialen Systemen über eine verbesserte Systemintegration anzielen, insbesondere durch die Förderung 'solidarischer' Verbindungen zwischen den Teilsystemen und durch gezielte Stärkung benachteiligter Teilsysteme.

1.6 Partnerschaften für Gesundheit

Organisationen auf allen Ebenen - landesweite und kommunale Organisationen in den Bereichen Bildung, Familie, Gesundheit, Sozialwesen, Umwelt und Wirtschaft - sind als Partner-Organisationen eingeladen, Möglichkeiten zur aktiven gesellschaftlichen Mitarbeit im Sinne der GFA-Strategie zu entdecken und aktiv zu nutzen. Auch sind alle Alltagsgemeinschaften und Menschen als Bürger der Mitgliedstaaten eingeladen, ihre Rechte auf Gesundheit aktiv zu vertreten und durch gezielte individuelle und soziale Aktivitäten zur stärkeren Verwirklichung der GFA-Strategie beizutragen.

In einer partnerschaftlichen Kooperation von sozialen und individuellen Systemen ist es notwendig, daß die mitwirkenden Systeme wechselseitig die Selbstbestimmung und Selbstorganisation der mitwirkenden Systeme anerkennen.

Viele Organisationen, Gemeinschaften und Einzelpersonen können mehr Fähigkeiten entwickeln und ausbauen, um aus den jeweils eigenen System-Erfahrungen heraus selbstbewußter und aktiver für mehr Gesundheit in den umgebenden sozialen Systemen mitzuwirken. Der in den Gesundheitswissenschaften geläufige Begriff ‚Empowerment‘ meint ‚Befähigung zu Partizipation‘ bzw. zu aktiver Mitgestaltung von Prozessen in umgebenden sozialen Systemen. ‚Empowerment‘ ist eine wichtige psychologische Aufgabe.

2. Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

In der GFA-Strategie umschreibt der Begriff „*health care*“ ein umfassendes koordiniertes System von öffentlichen Dienstleistungen für die Gesundheit der Bevölkerung, bestehend aus ambulanten Dienstleistungen („*primary health care*“) und stationären Dienstleistungen. Zur „*Health care*“ gehören folgende umfangreichen Dienstleistungsbereiche: Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen, Rehabilitation nach Erkrankungen bzw. bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie Pflege.

Der Begriff „*health care*“ wird im Deutschen meist mit ‚Gesundheitsversorgung‘ übersetzt. Eine Übersetzung mit ‚Gesundheitsfürsorge‘ würde besser verdeutlichen, daß sich selbst bestimmende Menschen und soziale Systeme im Sinne von ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ zu unterstützen sind; im Begriff ‚Gesundheitsversorgung‘ ist eher ein objekthaftes Menschenbild enthalten: Menschen seien Versorgungsobjekte, und eine objekthafte ‚Versorgung‘ von Menschen durch professionelle Gesundheitsdienste genüge für die Gesundheit der Bevölkerung. Dies ist jedoch mit „*health care*“ im Sinne der GFA-Strategie nicht gemeint.

Für eine effektive Gesundheitsversorgung ist es aus psychologischer Sicht wichtig, Menschen und soziale Systeme auf allen Ebenen kooperativer Handlungszusammenhänge als sich selbst organisierende und bestimmende Systeme zu betrachten und gesundheitsbezogene Dienstleistungen als ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ zu gestalten.

Nachfolgend werden einige Aspekte der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung in der GFA-Strategie aus psychologischer Sicht kommentiert.

2.1 Familien- und gemeindeorientierte Gesundheitsversorgung

2.1.1 Familienorientierung

Menschen leben meist in Familien – damit sind hier auch familienähnliche Lebensgemeinschaften gemeint - zusammen, und sie beeinflussen sich in Familien wechselseitig in hohem Maße. Familien sind die bedeutendsten Alltagsgemeinschaften mit starken Wirkungen auf Menschen. Daher gelten Familien als vorrangige Adressaten von Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung. Insbesondere sind folgende Familien gemeint:

- Ehepaare und eheähnliche Partnerschaften, damit sie positive Beziehungs- und Kommunikationsmuster in wechselseitiger Liebe und Hochachtung mit gesunder Sexualität erleben und eine stabile Partnerschaft pflegen können, besonders auch zugunsten ihrer Kinder bis zum Alter von 18 Jahren,
- junge Paare mit dem Ziel, daß nur erwünschte Schwangerschaften eintreten,
- Paare mit einer schwangeren Partnerin zwecks einer guten Betreuung während der Schwangerschaft und einer paarbezogenen Geburtsvorbereitung,
- Paare bei der Geburt und in den ersten Wochen danach zwecks einer guten Frühbetreuung des Kindes, u.a. mit dem Ziel einer sechsmonatigen Stillphase,
- Familien mit Kindern im Kleinkindalter, damit Kinder in ihrer Familie günstige Bedingungen für ihre soziale, emotionale und intellektuelle Entwicklung erleben und eine gute psychische Basis für Selbstachtung und Persönlichkeitsstabilität entwickeln können,

- Familien mit Kindern und Jugendlichen, damit Kinder und Jugendliche in ihren Familien ein stabiles soziales System mit Gefühlen von Zusammenhalt, Zugehörigkeit und Solidarität sowie mit konstruktiven Beziehungen und Kommunikationsweisen erleben und dadurch eher fähig sind, als Erwachsene für ein stabiles Familiensystem zu sorgen,
- Familien mit älteren und alten Angehörigen, damit diese integrierte und konstruktive Mitglieder im Familiensystem sind,
- Familien mit erkrankten Menschen, damit das Familiensystem als Ganzes mit Krankheitsbelastungen konstruktiv und rehabilitationsorientiert umgehen kann und dazu geeignete Beziehungs- und Kommunikationsmuster pflegen kann,
- Familien mit Angehörigen in der Sterbephase, damit sie den betroffenen Familienmitgliedern einen würdigen Verlauf der Sterbephase ermöglichen können.

Besondere Unterstützung im Rahmen einer primären Gesundheitsversorgung mit Gesundheits- und Sozialdiensten bedürfen Familien mit besonderen Belastungen:

- unvollständige Familien, vor allem alleinstehende Elternteile mit Kindern,
- Familien mit schweren sozialen Belastungen wie Armut, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit,
- Familien mit chronisch erkrankten, behinderten, pflegebedürftigen Menschen,
- Familien mit Suchtmittel (Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente) mißbrauchenden Angehörigen wegen der familiären Belastungen durch die sozialen und psychischen Auswirkungen des Suchtmittelmißbrauches,
- Familien, in denen Angehörige Opfer von Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen sowie durch andere Formen traumatischer Erfahrungen betroffen sind.

Bei Unterstützungen der Familien mit besonderen Belastungen haben Fachleute des Gesundheits- und Sozialwesens vorwiegend sozialpsychologische Aufgaben:

- das Familiensystem als Ganzes und seine Systemintegration stützen,
- günstige Beziehungs- und Kommunikationsmuster unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangslagen, z.B. Behinderung und Betreuung, fördern,
- direkt belastete und betreuende Familienmitglieder durch jeweils spezifische Interventionen unterstützen,
- betreuende Familienmitglieder zu geeigneten Betreuungshandlungen befähigen.

Familienorientierte Gesundheitsdienste gelten in der GFA-Strategie als Schwerpunkt einer kommunal organisierten primären Gesundheitsversorgung.

2.1.2 Gemeindeorientierung

Für die GFA-Strategie gelten Gemeinden - bzw. Städte und ländliche Regionen - als wesentliche soziale Systeme zur Gestaltung einer bürgernahen, koordinierten, integrierten Gesundheitsversorgung. Diese umfaßt Aufgaben der Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe-Unterstützung, ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten, Rehabilitation und Pflegeversorgung. Gemeinden brauchen koordinierte Netzwerke von Gesundheitsdiensten, die allgemeine und professionelle, ambulante und stationäre Dienstleistungen für die Gesundheit erbringen.

Wichtige Modelle für eine gemeindeorientierte Gesundheitsfürsorge sind in den 70er und 80er Jahren im Feld der ‚gemeindenahen Psychiatrie‘ entwickelt und verwirklicht worden, auch unterstützt durch politisch geförderte Modellprogramme.

Seit den 70er Jahren sind in mehreren Städten Gesundheitszentren unter maßgeblicher Mitarbeit von PsychologInnen entstanden und haben gezielt gemeindeorientierte Gesundheitsarbeit geleistet, oftmals auch mit einer passenden Kombination von Gesundheitsförderungs-, Therapie- und Rehabilitationsarbeit.

Das von der WHO initiierte europäische Netzwerk der ‚gesunden Städte‘, die nationalen ‚Gesunde Städte‘-Netzwerke und die dazu gehörenden Städte haben beispielhafte Pionierarbeit im Feld der Gesundheitsförderung geleistet (vgl. Abel, Buchbeitrag III,4; Wittek & Schur, Buchbeitrag III,5). Für kommunale Gesundheitsaufgaben haben sich ‚regionale Gesundheitskonferenzen‘ bewährt, in denen möglichst viele Organisationen des kommunalen Gesundheitsfeldes mitwirken.

2.1.3 Professionelle Gesundheitsarbeit

Als Schwerpunkt einer kommunal organisierten primären Gesundheitsversorgung sind familienorientierte Gesundheitsdienste empfohlen, in denen multiprofessionelle Teams mit einer interdisziplinären Kooperation mehrerer Gesundheitsberufe arbeiten. Im Rahmen multiprofessioneller Teams wird die Arbeit von Hausärzten und 'Familiengesundheitsschwestern' besonders betont.

PsychologInnen arbeiten in vielen multiprofessionellen Teams des Gesundheitswesens mit. Sie sollten in der GFA-Strategie bei der Aufzählung von Gesundheitsberufen - neben Ärzten, Zahnärzten, Pflegekräften, Hebammen, Pharmazeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern - ebenfalls namentlich genannt sein.

Die GFA-Strategie enthält viele Herausforderungen an eine qualifizierte professionelle Gesundheitsarbeit, in der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert hat. Um die hohen Anforderungen in bezug auf professionelle Gesundheitsarbeit zu erfüllen, wird die Aufgabe hervorgehoben, Gesundheitsfachleute durch Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Gesundheitsarbeit im Sinne der GFA-Strategie mit besonderer Betonung der Gesundheitsförderung zu befähigen (vgl. Kleiber & Gusy, Buchbeitrag II,7; Kolip, Buchbeitrag II,8).

In der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachleuten, insbesondere auch von Hausärzten und Familiengesundheitsschwestern, ist die Mitwirkung von Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen mit ausgeprägten systemischen und familienbezogenen Fachkompetenzen wichtig.

Multiprofessionelle Teams haben die Teamaufgaben, angemessen auf Familien einzugehen, familiäre Kommunikationsweisen zu erkennen und gegebenenfalls zu ihrer Verbesserung beizutragen, psychische und soziale Probleme von Patienten zu erkennen sowie Anregungen zu gesunden Lebensweisen zu vermitteln. Es ist nicht sinnvoll, diese Aufgaben vorwiegend Hausärzten und 'Familiengesundheitsschwestern' zuzuschreiben; denn aufgrund der gegenwärtigen aus- und fortbildungsmäßigen beruflichen Qualifikationsprofile erscheint es effektiver, die genannten Aufgaben im Rahmen multiprofessioneller Teams genauso sehr psychosozialen und pädagogischen Berufen zuzuordnen. Denn nur unter aktiver Nutzung und interdisziplinärer Koordination aller professionellen Potentiale und Kompetenzen lassen sich die gewaltigen Aufgaben einer familien- und gemeindeorientierten Gesundheitsfürsorge einigermaßen zufriedenstellend bewältigen.

2.2 Gesundheitsförderung: Grundlagen

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung hat das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung. Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 betont die WHO die große gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsförderung, und sie akzentuiert die Bedeutung der Gesundheitsförderung in der erneuerten GFA-Strategie noch stärker.

Als allgemeine Zielsetzungen im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung lassen sich im Sinne der erneuerten GFA-Strategie kennzeichnen:

Menschen sollen gesellschaftlich die Möglichkeit erhalten, ein gutes Gesundheitspotential zu entfalten und zu erleben, damit sie ihr alltägliches Leben im Kontext der umgebenden sozialen Systeme und der ökologischen Umwelt sozial, wirtschaftlich und geistig produktiv gestalten können.

Dazu ist es wichtig, daß

- Menschen in sozialen und ökologischen Systemen gesundheitsförderliche Lebensbedingungen erleben,
- Menschen und ihre Gemeinschaften sollen gesundheitsförderliche Lebensbedingungen in sozialen und ökologischen Systemen aktiv, kooperativ und effektiv mitgestalten können,
- Menschen und ihre Gemeinschaften sollen in Phasen mit erhöhten Belastungen und Krankheiten selbsthilfefördernde Unterstützungen durch ein 'Laiengesundheitssystem' (vgl. Faltermaier, Buchbeitrag II,1) und durch professionelle Gesundheitsdienste erhalten.

„Gesundheitsförderung wird von Menschen gemeinsam verwirklicht und nicht etwa für sie von anderen gemacht. Sie fördert sowohl die Fähigkeit der Einzelnen, sich aktiv zu beteiligen, als auch die Möglichkeiten von Gruppen, Organisationen oder Vereinigungen, die Bestimmungsfaktoren von Gesundheit zu beeinflussen.“ (aus der Jakarta-Erklärung der WHO, vgl. Buchbeitrag I,3)

Die erneuerte GFA-Strategie verdeutlicht in vielfacher Hinsicht: Können Menschen und ihre Gemeinschaften im Sinne der beschriebenen Zielsetzungen ihre Gesundheit fördern und ihre umgebenden Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestalten, so bewirken sie auch - sozusagen als 'Nebenwirkung' - eine bessere Prävention, Therapie und Rehabilitation gegenüber Krankheiten.

Die Aufgaben im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung sind vor allem durch Zielgruppen, Zielsetzungen und 'Settings' definiert. Den Begriff 'Setting' nutzt die WHO zur Verortung von Gesundheitsförderung in soziale Systeme, in denen Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten. Die Integration von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Settings dient dazu, Menschen in ihrem alltäglichen sozialen Lebenskontext gesundheitsfördernd zu unterstützen.

2.3 Zielgruppen der Gesundheitsförderung mit Zielsetzungen und Settings

Gesundheitsförderung, die sich auf Personen bzw. Personengruppen bezieht (personenzentrierte Gesundheitsförderung), soll sich der GFA-Strategie nach vor allem auf einige definierte Zielgruppen beziehen, die sich aus den Phasen des menschlichen Lebenslaufes, aus der Geschlechtsspezifität und aus besonderen sozialen und krankheitsmäßigen Belastungen ergeben können. Für die definierten Zielgruppen sind spezifische Zielsetzungen genannt. Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind möglichst in zielgruppenspezifische soziale Systeme (Settings) zu integrieren. Nachfolgend werden die definierten Zielgruppen mit ihren spezifischen Zielsetzungen und Settings aus psychologischer Sicht kurz skizziert.

2.3.1 Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche gelten aus entwicklungspsychologischer Sicht zu Recht als eine besonders wichtige Zielgruppe für die Gesundheitsförderung.

Für Kinder im Kleinkindalter hat die gesundheitsfördernde Unterstützung von Familien bzw. von Eltern absoluten Vorrang.

Die Gesundheitsförderungsaufgaben für Kinder und Jugendliche werden aus psychologischer Sicht gut dargestellt: Kinder und Jugendliche sollen in ihren Fähigkeiten gefördert und trainiert werden, bessere 'Lebensfertigkeiten' einzusetzen, sich für eine gesunde Lebensweise zu entscheiden, ein gutes Selbstbild zu pflegen, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, soziale Grundwerte von Fairneß und Solidarität zu pflegen sowie streßreiche Lebensereignisse zu bewältigen. Kinder und Jugendliche sollen auch Zugang zu einem optimalen Bildungsniveau sowie zu einem angemessenen Arbeitsmarkt erhalten.

Settings für die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen sind insbesondere Familien, Kindergärten, Schulen, weitere Bildungsorganisationen sowie Organisationen der Kinder- und Jugendbetreuung.

Die WHO initiierte 1992 das „Europäische Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“. In Deutschland ist 1993 das entsprechende nationale „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schule“ gegründet.

Die Schule gilt zu Recht als eine besonders wichtige Vermittlungsinstitution für Gesundheitsförderung, in erster Linie für die SchülerInnen, aber auch für Eltern, Lehrer und für die weitere Gemeinde. Zur Gesundheitsförderung in der Schule gehören: die lehrplanmäßige Vermittlung von Gesundheitsförderungs-Wissen, Durchführung von Gesundheitstrainings in den Feldern 'Stärkung von Selbst-Bewußtsein', 'Kommunikation', 'Ernährung', 'Bewegung und Gesundheit', 'Suchtprävention', die Förderung gesundheitsförderlicher Kommunikations-, Beziehungs- und Gruppenprozesse im sozialen System der Schule, die Förderung einer gesundheitsbetonten Atmosphäre der Schule.

Damit Schulen zu 'gesundheitsfördernden' Schulen werden, brauchen sie mehrfache Unterstützungen zur gesundheitsfördernden Systemintegration. Als Beispiele seien genannt: Die Bildungspolitik muß durch Regelungen positive Bedingungen für 'gesundheitsfördernde Schulen' gewährleisten; viele SchülerInnen, LehrerInnen, Schulleiter und Eltern brauchen für ihr Handeln gesundheitsfördernde Unterstützung; viele LehrerInnen, Schulleiter und Eltern brauchen durch Bildungsmaßnahmen eine Förderung ihrer Kompetenzen, junge Menschen gesundheitsfördernd zu beeinflussen (vgl. Kaupert & Rieländer 1995, Barkholz & Paulus 1998).

Im Feld der Schulpsychologie tragen PsychologInnen durch vielfältige Beratungs- und Behandlungsprozesse auf verschiedenen Ebenen von Schulorganisationen dazu bei, daß SchülerInnen ihre Gesundheits- und Leistungspotentiale entfalten können und daß im sozialen System der Schule Kommunikations-, Beziehungs- und Gruppenprozesse gesundheitsförderlich gestaltet werden können. SchulpsychologInnen könnten künftig allerdings mehr in Netzwerken gesundheitsfördernder Schulen mitarbeiten.

Ein Beispiel psychologischer Mitarbeit für die schulische Gesundheitsbildung bietet Elke Radewald im Buchbeitrag III, 2.

2.3.2 Altern in Gesundheit

Der Bevölkerungsanteil von Menschen im Alter von über 65 Jahren wird in der Zukunft deutlich zunehmen. Von daher ist Gesundheitsförderung für ein 'Altern in Gesundheit' eine besonders wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

Durch Gesundheitsförderung und vielfältige politische Maßnahmen sind Menschen im Alter von über 65 Jahren darin zu unterstützen, daß sie ihre Selbständigkeit, ihre Selbstachtung und ihre geistigen Fähigkeiten erhalten können sowie eine aktive, sozial produktive Rolle in der Familie und in der Gesellschaft spielen können. Gemeindeorientierte Dienste haben die Aufgabe, älteren Menschen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung sowie Unterstützung und Versorgung in bezug auf altersspezifische Beeinträchtigungen zu bieten.

Die Erhaltung und Förderung geistiger Fähigkeiten durch neuropsychologisch fundierte Gehirn- und Gedächtnistrainings ist ein wichtiges psychologisches Tätigkeitsfeld geworden.

Eine wichtige psychologische Aufgabe besteht zusätzlich in der Unterstützung älterer Menschen dazu, daß sie zentrale positive Einstellungen zum eigenen Leben wie Zufriedenheit und Sinnerfüllung pflegen können, und zwar bei der Rückschau auf den bisherigen Lebenslauf sowie auch in bezug auf gegenwärtig erlebte Altersdefizite. Diese psychohygienische Aufgabe beruht auf der Achtung von alten Menschen als Personen mit eigener Würde und eigener geistiger Haltung und ist weiterhin zur Vorbeugung und Therapie gegenüber Altersdepressionen sowie auch in bezug auf einen würdevollen Sterbeprozess wichtig.

Zum Recht der Menschen auf Gesundheit gehört auch das Recht, das naturgegebene Geschehen von Sterben und Tod würdevoll, unter Achtung kultureller und persönlicher Werthaltungen, im selbst gewählten sozialen Umfeld unter Beachtung eigener Wünsche zu erleben. Für würdevolle Sterbeprozesse brauchen betroffene Menschen und ihre Familien oft körperbezogene, emotionale, mentale, religiöse, soziale und gesellschaftliche Unterstützungen im Sinne von Sterbebegleitung.

Die Hospizbewegung, die ihre Aufgabe darin sieht, Menschen würdige Sterbeprozesse zu ermöglichen, hat sich in den letzten Jahren stark entwickelt. In einigen Bundesländern sind Koordinationsstellen eingerichtet, in denen PsychologInnen in verantwortlichen Positionen mitarbeiten.

2.3.3 Frauen und Männer

Die Förderung der Gesundheit von Frauen gilt in der GFA-Strategie als sehr wichtig. Die Gesundheit von Frauen ist insbesondere zu fördern

- in bezug auf ihre geschlechtsspezifischen Reproduktionsvorgänge: Verminderung unerwünschter Schwangerschaften und Abtreibungen, gesunde Schwangerschaften und Geburten, Verminderung der Müttersterblichkeit, Ermöglichung von sechsmonatigen Stillphasen
- Verminderung ihrer Mehrfachbelastungen: Betreuung von Kindern, Hausarbeiten, Berufstätigkeiten,
- durch die Verminderung von sexuellen Übergriffen und Vergewaltigungen sowie durch mehr Unterstützungen zur Bewältigung entsprechender psychischer und körperlicher Verletzungen.

Männer haben durchschnittlich eine geringere Lebenserwartung als Frauen. Geschlechtsspezifische Ziele zu einer lebensverlängernden Förderung der Gesundheit von Männern bestehen darin, lebensverkürzendes Risikoverhalten zu vermindern sowie Aufmerksamkeit und Verantwortung für die eigene Gesundheit und für die Gesundheit von Partnerinnen und Kindern zu fördern.

2.3.4 Erwachsene als Menschen in der Arbeitswelt

Menschen im Erwachsenenalter bzw. in der Altersspanne zwischen 18 und 65 Jahren sind in der GFA-Strategie in spezifischen Funktionen als Zielpersonen für das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung angesprochen: als Eltern und Familienangehörige sowie als Berufstätige mit verschiedenen beruflichen Funktionen: als Arbeitslose, als Arbeitnehmer, als Führungskräfte in berufsrelevanten Organisationen, als professionelle HelferInnen im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen, als PolitikerInnen mit verantwortlichen politischen Aufgaben.

Die Arbeitswelt gilt in der GFA-Strategie als ein wesentlicher Faktor für Gesundheit. Positiv wirken selbsterlebte Produktivität, Arbeitszufriedenheit, ein gutes soziales Klima am Arbeitsplatz und Arbeitsplatzsicherheit; negativ wirken Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und erhöhte Streßbelastung. Daher gilt betriebliche Gesundheitsförderung als eine wichtige Form der Gesundheitsförderung. Die Unterstützung von Betrieben zu gesundheitsbezogenen Organisationsentwicklungen ist eine besonders wichtige Aufgabe - so der Tenor einer Diskussion von Psychologen mit Krankenkassenvertretern (vgl. Podiumsgespräch 1995).

Als Prinzipien eines gesunden Unternehmens gelten in der GFA-Strategie: ein sichereres Arbeitsumfeld, eine gesunde Arbeitspraxis, Programme zur Förderung von Gesundheit innerhalb und außerhalb des Unternehmens, Initiativen zur Beseitigung von psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz, die Einschätzung der Gesundheitsverträglichkeit der vom Unternehmen vermarkteten Erzeugnisse sowie ein Beitrag zur gesundheitlichen und sozialen Entwicklung in der Gemeinde. Aus psychologischer Sicht sind folgende Prinzipien zu ergänzen: ein gesundes soziales Betriebsklima mit konstruktiven Beziehungs- und Kommunikationsmustern sowie mit sozial überschaubaren Arbeitsgruppen, die als Alltagsgemeinschaften konstruktive Systemprozesse aufweisen.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Feld mit starkem Aufschwung in den letzten Jahren, wobei Psychologen maßgeblich mitgewirkt haben. Einen exemplarischen Bericht zur psychologischen Arbeit für die betriebliche Gesundheitsförderung bietet Andreas Wenzel im Buchbeitrag III, 3.

2.3.5 Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Als sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gelten in der GFA-Strategie: Menschen in Armut, mit unzureichenden Wohnverhältnissen, mit Arbeitslosigkeit, mit nicht abgeschlossener Schul- und Berufsausbildung, alleinerziehende Mütter bzw. Väter mit Kindern, sozial isoliert lebende Menschen, Menschen mit dauerhaften Behinderungen sowie ethnische Minderheiten, Migranten, Flüchtlinge, usw.. Sozial benachteiligte Menschen sind erhöhten mehrfachen Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt. Viele sozial benachteiligte Menschen brauchen für ihre Gesundheit sowohl Unterstützungen, um ihre sozialen Lebens- und Gesundheitsbedingungen bezüglich Einkommen, Wohnung, Arbeit, Bildung und soziale Integration zu verbessern, als auch bessere Zugänge zu Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung.

Eine verbesserte Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung für die genannten Bevölkerungsgruppen ist zwecks mehr gesundheitlicher Chancengleichheit eine Hauptaufgabe in der GFA-Strategie. Deshalb gelten insbesondere Familien, Kinder, Jugendliche und alte Menschen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen als hervorgehobene Zielgruppen.

Für die Gesundheitsfürsorge bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen gilt oftmals der Satz: Die, die am meisten Hilfe bedürfen, sind am schwersten durch Hilfe zu erreichen. Damit sozial benachteiligte Menschen in Kontakt mit angemessenen gesundheitlichen Dienstleistungen kommen, sind viele sozialpsychologische Barrieren zu überwinden:

- ausgeprägte wechselseitige Distanzen zwischen sozial benachteiligten Menschen und Fachleuten der Gesundheitsdienste auf den Ebenen von Kontaktbereitschaft, Kontaktfähigkeiten und Verständigungsschwierigkeiten;
- Vertrauensmangel von sozial benachteiligten Menschen gegenüber öffentlichen Institutionen mit Befürchtungen vor sozialer Kontrolle;
- resignative Rückzugshaltungen von sozial benachteiligten Menschen;
- Mangel an Bereitschaft von Fachleuten, initiativ zu sozial benachteiligte Menschen zu gehen.

Viele sozial benachteiligte Menschen haben hohe Sensitivität dafür, ob professionelle HelferInnen wirklich auf sie, ihre Lebenssituation und ihr Erleben eingehen und es wirklich ‚gut mit ihnen meinen‘ oder ob sie nur eine soziale Helferrolle ‚abspielen‘ ohne genügend Verständigungs- und Hilfsbereitschaft.

Für die gesundheitsbezogene Überwindung sozialpsychologischer Barrieren bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen erscheint folgende Bereitschaft bei Fachleuten der Gesundheits- und Sozialdienste notwendig: Fachleute engagieren sich für die Verbesserung der psychosozialen und gesundheitlichen Lebenssituationen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen über das gewöhnliche Maß hinaus; sie suchen Hinweise auf gesundheitsbezogene Bedürftigkeiten sozial benachteiligter Menschen und Familien; sie gehen dann initiiert auf diese Menschen und Familien zu; sie investieren in eine erhöhte Zuwendungs- und Verständigungsbereitschaft; sie geben dann durch ihre Handlungen, nicht nur durch ihre Worte, konkrete Hilfe, die die betroffenen Menschen und Familien auch wirklich als Hilfe positiv erleben. Ein großes Vorbild für engagierte Haltungen und Handlungen hat z.B. Mutter Teresa in Kalkutta gegeben.

Ein schönes Beispiel von Gesundheitsarbeit für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen unter psychologischer Mitarbeit ist das von Martina Abel dargestellte Projekt "Gesundheitsprobleme ausländischer Bürger/innen" im Rahmen der Gesundheitsarbeit der 'gesunden Stadt' Köln (Buchbeitrag III,4; Kap. 3.4)

2.4 Allgemeine Zielsetzungen der Gesundheitsförderung

2.4.1 Verbesserung der psychischen Gesundheit

Die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung gilt in der GFA-Strategie als eine hochwertige gesellschaftliche und politische Aufgabe; sie hat unter den GFA-Zielen eine vorrangige Stellung gegenüber anderen inhaltsbezogenen Zielen der Gesundheitsversorgung. Demnach hat die Förderung seelischer Gesundheit eine primäre Bedeutung für weitere Zielsetzungen: Förderung gesunder Lebensweisen bzw. gesunder Handlungsgewohnheiten, Verminderung des Konsums an suchtfördernden Stoffen (Tabak, Alkohol, Medikamente und Drogen), Verminderung von Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen sowie von Gewalttaten und Unfällen. Die Aufgabe, die psychische Gesundheit während eines gesamten Lebenslaufes in der Bevölkerung zu fördern und zu schützen, bedarf vermehrter gesellschaftlicher und politischer Aufmerksamkeit.

Als wichtige Faktoren psychischer Gesundheit sind genannt: soziales Zusammengehörigkeitsgefühl, positive soziale Beziehungen und Fähigkeiten zur Bewältigung stressiger Lebensereignisse.

Zugunsten besserer psychischer Gesundheit in der Bevölkerung sind im Sinne der GFA-Strategie

- Lebens- und Arbeitsumfelder so zu gestalten, daß sie psychische Gesundheit unterstützen,
- der psychischen Gesundheit in benachteiligten Bevölkerungsgruppen mehr Aufmerksamkeit zu widmen,
- Gesundheits- und sonstige Fürsorgeberufe in bezug auf die Früherkennung von psychischen Gesundheitsproblemen und geeignete Interventionen zu schulen,
- für Personen mit psychischen Problemen umfassende, gut zugängliche gemeindeorientierte Dienste im Rahmen der Gesundheitsversorgung auszubauen, insbesondere auch zugunsten von Kriseninterventionsaufgaben,
- für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen, insbesondere mit chronischen Störungen, die Lebensqualität zu verbessern.

Die Verbesserung der psychischen Gesundheit – sie kann von verschiedenen individuellen Ausgangszuständen ausgehen, die sich durch Gesundheits- und Krankheitsdiagnosen beschreiben lassen – ist eine zentrale Aufgabe der Psychologie, insbesondere der Gesundheitspsychologie, Klinischen Psychologie und Psychotherapie.

Psychische Gesundheit lässt sich aus psychologischer und systemtheoretischer Betrachtung (vgl. Buchbeitrag II,3) als systemischer Komplex aus folgenden Komponenten verstehen:

- ein Gefühl des Vertrauens auf eine primäre Lebenssicherheit,
- positive sozio-emotionale Integration in Familien und anderen Alltagsgemeinschaften,
- positive soziale Beziehungen,
- Vertrauen auf soziale Unterstützung in Beziehungen und Alltagsgemeinschaften,
- positive Selbstwertschätzung und Selbstvertrauen,
- bewußte Zielsetzungen für die eigene Lebensgestaltung,
- Selbststeuerungsfähigkeiten in bezug auf Handlungen,
- gute soziale Kompetenzen,
- Bereitschaft und Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Selbsthilfe gegenüber Belastungen,
- Fähigkeiten zur Bewältigung streßreicher Lebensereignisse.

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) hat „*Psychologische Leitsätze zur Fortentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems in der Bundesrepublik Deutschland*“ verabschiedet, u.a. mit Zielsetzungen psychologischer Arbeit für die psychische Gesundheit:

- *„angemessene bewußte Wahrnehmung von Gefühlen und Körpererfahrungen und ein konstruktiver Umgang mit ihnen*
- *Training von Fertigkeiten (kognitiven, lebenspraktischen, sozialen; Problemlösestrategien), zugleich zum Abbau von Versagensängsten und Insuffizienzgefühlen*
- *Abbau schädlicher Verhaltensweisen*
- *Veränderung selbstbehindernder Einstellungen, Denkschemata und Interaktionsmuster*
- *systematischer Aufbau von Bewältigungsstrategien, vor allem bei Ängsten*
- *Stärkung des Selbstwertgefühls*
- *Entwicklung von Autonomiegefühl und Identität*
- *Bearbeitung konflikthafter Beziehungen zur Umwelt inkl. Arbeit mit Angehörigen*
- *Aufarbeitung des Krankheitserlebens einschließlich der psychotischen Inhalte*
- *Bearbeitung tiefgreifender Konflikte und Traumatisierungen“*

Die Leitsätze führen zur „Prävention psychischer Erkrankungen“ aus:

- *„Das Wissen und Gesundheitsbewußtsein über Zusammenhänge zwischen körperlichen, psychische, sozialen Gesundheitsaspekten ist in der Bevölkerung sowie bei den Berufstätigen im Gesundheits- und Bildungswesen zu fördern.*
- *Diskriminierende Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und ihren Folgen sind sowohl in der Bevölkerung als auch in Regelungen des Gesundheitswesens abzubauen.*
- *Psychische Gesundheit und ihre Erhaltung wird in allen Lebensphasen vor allem von einer guten sozialen Integration in Lebensgemeinschaften ... bestimmt, und psychische Erkrankungen sind in hohem Maße von sozialer Desintegration begleitet. Daher sind für die Prävention psychischer Erkrankungen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Lebensgemeinschaften und zur Förderung sozialer Kompetenzen besonders bedeutsam.*
- *Überforderung durch andauernde, im Alltag wirkende Belastungen körperlicher, ökonomischer, psychischer und/oder sozialer Art sind oftmals auslösende Bedingungen zu psychischen Störungen. Daher benötigen Menschen Unterstützung zur Bewältigung belastender Lebenssituationen, und zwar durch geeignete Selbsthilfe-Systeme in ihren Lebensgemeinschaften sowie durch weitreichende und integrierte Netzwerke von psychosozialen Hilfsdiensten auf der Ebene von Gemeinden.*
- *Kompetenzen zur Bewältigung psychischer Störungen sind in der ganzen Bevölkerung zu fördern, vor allem in den gegebenen Lebensgemeinschaften und ihren Basis-Systemen zur Gesundheitshilfe, weiterhin auch bei allen Berufstätigen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesen sowie in den Systemen der professionellen Gesundheitshilfe. Dafür sind entsprechende Bildungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen einzusetzen.“*

Wichtige Zukunftsaufgaben für PsychologInnen liegen darin, Kompetenzen zur Bewältigung psychischer Probleme in der ganzen Bevölkerung zu fördern. Insbesondere sind Alltagsgemeinschaften zu systembezogenen Denk- und Handlungsweisen zu befähigen, damit sie gemeinsame und individuelle psychische Probleme besser überwinden und bewältigen können.

2.4.2 Förderung gesunder Lebensweisen

Der GFA-Strategie nach umfassen gesunde Lebensweisen ein Gesundheitsbewußtsein, selbstbestimmte gesunde Entscheidungen und gesunde alltägliche Handlungsgewohnheiten, wobei als beispielhafte Handlungsbereiche Ernährung, Bewegung und Sexualität hervorgehoben sind. Bewegungsaktivitäten wirken positiv auf die psychische Gesundheit und tragen zu positiven sozialen Erlebnissen bei. Gesunde Sexualität beruht auf positiven Partnerschaftsbeziehungen. Die Förderung gesunder Lebensweisen gilt neben der Verbesserung der psychischen Gesundheit als wichtige Aufgabe zur Verminderung chronischer Erkrankungen.

Aus psychologischer Sicht ist sehr zu begrüßen, daß Gesundheitsbewußtsein und selbstbestimmte gesunde Entscheidungen als vorrangige Faktoren für die Pflege gesunder Handlungsgewohnheiten gelten. Ein angemessenes Gesundheitsbewußtsein setzt sich zusammen: aus dem regelmäßigen positiven Erleben körperlich, psychischer und sozialer Gesundheitserfahrungen, aus einem angemessenen Gesundheitswissen, insbesondere über biopsychosoziale Zusammenhänge bei Gesundheit sowie über vielfältige Selbsthilfemöglichkeiten und professionelle Unterstützungsmöglichkeiten, und schließlich aus einem Selbstvertrauen darauf, die persönliche Gesundheit durch eigene Handlungsweisen maßgeblich beeinflussen zu können („Selbstwirksamkeitsüberzeugung“). Menschen etablieren gesunde Handlungsgewohnheiten nur dann, wenn sie diese in den Rahmen ihrer Alltagsgemeinschaften positiv integrieren können. Von daher muß jede Förderung gesunder Lebensweisen soziale Kontexte in Alltagsgemeinschaften berücksichtigen.

Zu gesunden Handlungsgewohnheiten gehören zur angemessenen Streßbewältigung auch die Entspannung sowie ein gesundes rhythmusbetontes Umgehen mit der Zeit. Dieses kann umfassen: die Koordinierung von Handlungsabläufen mit dem Atemrhythmus, eine Tagesstrukturierung mit rhythmischen Wechseln zwischen gesunder Anstrengung, Bewegungsaktivitäten und Entspannung sowie ein gesunder Rhythmus zwischen Wachen und Schlafen.

Das Tätigkeitsfeld der personenzentrierten Gesundheitsförderung hat sich seit den 80er Jahren stark entfaltet. PsychologInnen unterstützen durch vielfältige personenzentrierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen Menschen in ihren Fähigkeiten, daß sie ihre Gesundheit mit Gesundheitsbewußtsein, Selbstbestimmung, Selbstvertrauen, Selbsthilfe und gesunden Handlungsgewohnheiten eigenverantwortlich erhalten und fördern können. PsychologInnen haben Gesundheitsförderungsmaßnahmen konzeptionell entwickelt, in verschiedensten Arten von Organisationen durchgeführt, Kursleiterschulungen dazu durchgeführt und die Wirkungen der Maßnahmen durch Evaluationsstudien überprüft. Solche Gesundheitstrainings beziehen sich vor allem auf Entspannung, Streßbewältigung, Gewichtsreduzierung, Gehirnfähigkeiten, Raucherentwöhnung und Schmerzbewältigung.

2.4.3 Verminderung des Konsums von Suchtmitteln

Die Verminderung des Konsums von Tabak, Alkohol, Drogen sowie der vielfältigen negativen Auswirkungen für die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit ist seit Jahrzehnten eine wichtige Zielorientierung für vielfältige Aktivitäten der WHO. Ein großes Bündel von Maßnahmenkomplexen kann zur Verminderung des Konsums an Suchtmitteln beitragen: öffentliche Einschränkungen in bezug auf Herstellung, Werbung und Konsum von Suchtmitteln; Maßnahmen der Suchtprävention ab dem Kindesalter; therapeutische Hilfen zur Entwöhnung von Suchtmitteln; präventive Hilfen zur Rückfallprophylaxe nach erlangter Suchtmittel-Abstinenz.

Maßnahmen zur Suchtprävention, die im Kindes- und Jugendalter beginnen, sind für die genannte Zielsetzung besonders bedeutsam. Alle Strategien zur Gesundheitsförderung, die sich auf Familien mit Kindern, auf Kinder und Jugendliche und auf die Settings von Kindergärten und Schulen beziehen, haben in der Regel suchtpreventive Auswirkungen. Die Förderung von positiven Zusammengehörigkeitsgefühlen, von positiven sozialen Beziehungen, von Selbstachtung, von selbstbewußten Kommunikationsfähigkeiten und von Streßbewältigungsfähigkeiten, gelten als wichtige Maßnahmen im Sinne der Suchtprävention.

PsychologInnen tragen im Feld der Suchtprävention zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation suchtpreventiver Gesundheitsförderungsprogramme bei sowie zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Nichtrauchertrainings. Der Bereich der Suchttherapie ist ein relativ gut ausgebautes interdisziplinäres Tätigkeitsfeld, in dem PsychologInnen maßgeblich mitarbeiten.

2.4.4 Präventive und rehabilitative Zielsetzungen

In der GFA-Strategie sind präventive und rehabilitative Zielsetzungen gegenüber Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen sowie gewalt- und unfallbedingten Verletzungen wichtig. Die genannten Zielsetzungen (2.4.1 - 2.4.3) dienen auch der Prävention und Rehabilitation gegenüber Infektionskrankheiten, chronischen Erkrankungen und gewalt- und unfallbedingten Verletzungen.

Verminderung von Infektionskrankheiten

Die Verringerung übertragbarer Krankheiten gilt seit Jahrzehnten als ein Hauptziel der Arbeit der WHO. Sie ist nur über die Kombination von Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Patientenbehandlung zu erreichen. Als Strategien sind hervorgehoben: die Verbesserung und Erhaltung von Grundhygiene, Wasserqualität und Lebensmittelsicherheit; nachhaltige und effiziente Impfprogramme sowie gut organisierte Therapiepläne.

Für Europa ist seit den 80er Jahren vor allem die Verringerung von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen wichtig. Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen dazu sind ein wichtiges Arbeitsfeld im Gesundheitswesen, in dem PsychologInnen maßgeblich mitarbeiten.

Verminderung von chronischen Erkrankungen

Als wichtige Aufgabe gilt die Verminderung von chronischen Erkrankungen, insbesondere von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Diabetesfolgen, chronischen Atemwegserkrankungen, Muskel-, Skelettstörungen. Verlaufsprozesse von chronischen Erkrankungen beginnen meist unerkannt vor der ersten medizinischen Diagnostizierung und können durch Therapie und Rehabilitation bewältigt werden oder aber auch zum Lebensende führen. Präventive und rehabilitative Maßnahmen dienen dazu, Verlaufsprozesse von chronischen Erkrankungen zu verhindern, zu verzögern, zu bremsen, zu mildern und positiv zu bewältigen. Als Maßnahmen zur Rehabilitation chronischer Erkrankungen gelten in der GFA-Strategie u.a. Unterstützung familiärer Bewältigungsmöglichkeiten, Förderung von Selbsthilfefähigkeiten und psychologische Beratungen.

Im Feld der ambulanten Rehabilitation hat die Arbeit von Selbsthilfe-Organisationen für spezifische Krankheitsgruppen einen sehr hohen Stellenwert im Gesundheitswesen. Weiterhin gibt es im Feld der ambulanten Rehabilitation Gruppenmaßnahmen für Menschen mit Herz-Kreislauf-Krankheiten, wobei die Gruppenmaßnahmen meist von interdisziplinären Teams durchgeführt werden.

In der stationären Rehabilitation bzw. in Rehabilitationskliniken gehören seit den 80er Jahren Kurse zur Gesundheitserziehung, die vorwiegend von PsychologInnen konzipiert wurden, zum Standardprogramm. In Rehabilitationskliniken unterstützen PsychologInnen chronisch erkrankte Menschen in ihrer individuellen und familiären Krankheitsbewältigung.

Verminderung gewalt- und unfallbedingter Verletzungen

Zur Verminderung menschlicher Gewalt, vor allem der häuslichen Gewalt gegenüber Frauen und Kindern sowie der sozialen Gewalt gegenüber Minoritäten und Flüchtlingen, sind u.a. sozialer Zusammenhalt im alltäglichen Leben zu fördern, sozioökonomische Benachteiligungen zu überwinden und der Alkoholkonsum zu vermindern. Zur Verminderung von Unfällen ist die Sicherheit im Lebens- und Arbeitsumfeld sowie die Verkehrssicherheit zu erhöhen. Weiterhin ist die Vorsorge gegenüber Natur- und menschengemachten Katastrophen zu verbessern. Opfer von Gewalt, Unfällen und Katastrophen und ihre Familien brauchen bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Leistungen der Hilfe, Pflege und Rehabilitation.

Die Förderung sozialer Aspekte psychischer Gesundheit, besonders der sozio-emotionalen Integration in Alltagsgemeinschaften, gilt als wichtiger vorbeugender Beitrag zur Verminderung von Gewalt und Unfällen.

Opfer von Gewalt leiden vor allem auch unter psychischen Verletzungen. Für die Opfer von Gewalt, Unfällen und Katastrophen und für ihre Familien wird die Bedeutung psychologischer und psychotherapeutischer Rehabilitationshilfen zur Bewältigung der körperlichen und psychischen Verletzungen seit einigen Jahren viel stärker betont. Auch HelferInnen in Gewalt-, Unfall- und Katastrophensituationen leiden durch ihr gefühlsmäßiges Miterleben und brauchen psychologische Unterstützungen zur Bewältigung ihres psychosozialen Erlebens und Handelns. Die Bedeutung der Notfallpsychologie wird als ein wichtiges Arbeitsfeld seit einigen Jahren mehr erkannt.

2.4.5 Förderung von Selbsthilfe und 'Empowerment'

In der Gesundheitsversorgung ist die Selbsthilfe von Menschen für die eigene Gesundheit ein wichtiger Beitrag, wie Forschungsergebnisse eindeutig zeigen (vgl. Faltermaier, Buchbeitrag II,1).

In systemtheoretischer Betrachtung (vgl. Buchbeitrag II,3) läßt sich sagen: Lebendige Systeme vollziehen durch ihre Selbstorganisation nahezu beständig Selbsthilfeprozesse zu mehr Gesundheit; dabei lassen sie sich häufig durch ‚Fremdhilfe‘ zu Selbsthilfeprozesse anregen. Gesundheitshilfe wird in der Regel zu Recht als „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden und besteht aus einer geeigneten Kombination von Selbsthilfe und Fremdhilfe.

Menschen pflegen sehr viel Gesundheitsselbsthilfe, sei es als individuelle Selbsthilfe für die eigene Gesundheit, als Selbsthilfe innerhalb der Familie und in anderen ‚Alltagsgemeinschaften‘ (vgl. Buchbeitrag II,3) sowie in Form von Selbsthilfegruppen (vgl. Matzat 1995, Schmitz, Buchbeitrag III,6). Der Beitrag der Gesundheitsselbsthilfe ist im Rahmen der Gesundheitsversorgung so hoch, daß er im Rahmen der Gesundheitspolitik oft unterschätzt wird. Die Befähigung von Menschen zu individueller, familiärer und gruppenbezogener Gesundheitsselbsthilfe ist somit eine der wichtigsten Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung und -förderung. Selbsthilfegruppen ermöglichen regelmäßigen TeilnehmerInnen das Erleben von positiver sozio-emotionaler Integration, und sie können dadurch auch gegenüber psychischen Störungen vorbeugend oder lindernd wirken.

Die Förderung individueller und sozialer Selbsthilfe sowie die Unterstützung von Selbsthilfe-Organisationen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfegruppen sollte deutlicher, als es bisher in der GFA-Strategie geschieht, als eine primäre Aufgaben der Gesundheitsversorgung betont werden.

Die Förderung von ‚Empowerment‘ bzw. von Partizipationsfähigkeiten ist ein wichtiges gesundheitswissenschaftliches Arbeitsfeld. In Deutschland wird es im Bereich der Gemeindepsychologie gefördert (vgl. Gemeindepsychologie – Rundbrief „Empowerment und Qualitätssicherung“, 1998).

2.4.6 Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen

Daß Menschen für ihre Gesundheit gesundheitsfördernde Lebensbedingungen in ihrer ökologischen und sozialen Umwelt benötigen, wird in der GFA-Strategie an vielen Stellen hervorgehoben. Besonders betont werden die ökologischen Umweltsysteme, die sozialen Systeme der Familien, Schulen, Arbeitswelt, Gesundheits-einrichtungen und Gemeinden sowie die gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Bedingungen in Nationen und in Europa.

Aus systemtheoretischer Perspektive lassen sich Zielsetzungen in bezug auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen folgendermaßen kennzeichnen (vgl. Buchbeitrag II,3):

- Lebensbedingungen werden durch soziale Systeme verschiedener hierarchischer Ebenen gestaltet oder zumindest deutlich beeinflusst;
- Menschen sind agierende und reagierende Teilsysteme in übergeordneten ökologischen und sozialen Systemen;
- die von sozialen Systemen gestalteten Lebensbedingungen sind in den Blick zu nehmen;
- in relevanten sozialen Systemen sind Prozesse der Zielsetzung, Selbstbestimmung, Selbstorganisation, Wechselwirkung und Kooperation zu erkennen und konstruktiv zu handhaben.

2.5 Management für die Gesundheitsförderung

Im Sinne der GFA-Strategie können viele Arten von Organisationen – Gesundheits-, Sozial-, Bildungs-, Wirtschafts-, politische Organisationen u.a. – zur Gesundheit von Menschen beitragen, die der Organisation angehören, in ihr arbeiten und von ihr als Kunden, Klienten oder Patienten betreut werden.

Für viele Organisationen sind zur gesundheitsbezogenen Organisationsentwicklung systemorientierte Beratungsprozesse sinnvoll, die gesundheitsbezogene Bestandsaufnahmen, Zielsetzungsprozesse, Trainingseinheiten und Evaluationsprozesse umfassen können.

Beratungsziele für eine Organisation können dabei sein:

- in ihre Zielperspektiven Gesundheitsförderung und Prävention einschließen und gesundheits-schädigende Zielperspektiven abbauen,
- die aktive Beteiligung vieler Organisationsmitglieder für gesundheitsbezogene Fragen fördern, z.B. durch 'Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit',
- im Organisationssystem gesundheitsbezogene Stärken und Ressourcen sowie auch gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse erkennen,
- systemintegrative und gesundheitsfördernde Kommunikations-, Beziehungs- und Gruppenprozesse fördern,
- die Integration benachteiligter Teilsysteme verbessern,
- organisationsinterne Prozesse der Gesundheitshilfe effektiver gestalten.

2.6 Bildungsarbeit für die Gesundheitsarbeit

2.6.1 Vermittlungspersonen zu gesundheitsfördernden Unterstützungen befähigen

Zahlreiche Arten von Vermittlungspersonen betreuen Menschen und beeinflussen die Gesundheit betreuter Menschen; sie können dabei gesundheitsfördernd wirken. Als Vermittlungspersonen sind in der GFA-Strategie insbesondere Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen und Fachleute für die Gesundheitsarbeit hervorgehoben sowie auch weitere Berufstätige im Bildungsbereich, Fachleute im Sozial- und Gesundheitswesen, Führungskräfte in vielen Arten von Organisationen erwähnt. Ergänzend sind ehrenamtliche HelferInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie im Selbsthilfebereich zu nennen.

Vermittlungspersonen brauchen gute Fähigkeiten zur gesunden Gestaltung der persönlichen Lebensführung sowie viel Wissen und Handlungsfähigkeiten im Sinne der Gesundheitsförderung, damit sie betreute Menschen gesundheitsfördernd beeinflussen können. Sie brauchen gutes Wissen über individual- und sozialpsychologische Gesundheitsfaktoren sowie Handlungskompetenzen für Betreuungs- und Lehraufgaben, für Kommunikationsweisen und Beziehungspflege und schließlich auch für den Umgang mit Systemprozessen in Alltagsgemeinschaften.

Für all die genannten Arten von Vermittlungspersonen ist eine ausgeprägte zielgruppenspezifische Bildungsarbeit zur Befähigung und Weitergabe von Gesundheitsförderungs-Kompetenzen wichtig. Die Bildungsarbeit für Vermittlungspersonen, die die Gesundheit betreuter Menschen beeinflussen, ist eine der wesentlichen Aufgaben für die Gesundheitsförderung. In der GFA-Strategie wird zwar die Bildungsarbeit für Fachleute der Gesundheitsarbeit (vgl. nächstes Kap.) betont, aber nicht für die oben genannten vielen Arten von Vermittlungspersonen.

PsychologInnen arbeiten viel in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Vermittlungspersonen, die andere Menschen betreuen, und vermitteln ihnen Wissens- und Handlungskompetenzen im Sinne der Gesundheitsförderung, vor allem zur Verbesserung der psychischen Gesundheit.

2.6.2 Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Fachkräfte

Die GFA-Strategie enthält viele Herausforderungen an eine qualifizierte professionelle Gesundheitsarbeit, in der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert hat. Als berufsethische Haltungen von Gesundheitsfachkräften werden hervorgehoben: Hochachtung gegenüber betreuten Personen mit Respekt vor ihrer Menschenwürde und ihren individuellen Werthaltungen, Berücksichtigung der sozialen Situation der Patienten in ihren Alltagsgemeinschaften, interdisziplinäre und kollegiale Kooperation sowie Qualitätsmanagement für die eigene Arbeit.

Um die hohen Anforderungen in bezug auf professionelle Gesundheitsarbeit zu erfüllen, wird die Aufgabe betont, Gesundheitsfachleute durch Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Gesundheitsarbeit im Sinne der GFA-Strategie mit besonderer Betonung der Gesundheitsförderung zu befähigen.

Psychologie ist zu einem wichtigen Fach in der Ausbildungen von Fachkräften im Gesundheitswesen geworden, insbesondere als klinische Psychologie im Psychologiestudium, seit den 80er Jahren auch als Gesundheitspsychologie im Psychologiestudium sowie als medizinische Psychologie im Medizinstudium. Das Fach Psychologie ist auch in Ausbildungen für Pflegeberufe vertreten.

Im Bereich von postgradualen Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitsversorgung spielt die Psychologie eine wichtige Rolle: Von Psychologen geleitete Hochschulinstitute ermöglichen Weiterbildungen im Bereich der Gesundheitsförderung (vgl. Kleiber & Gusy, Buchbeitrag II,7); eine spezifische Fortbildung für PsychologInnen in Psychologischer Gesundheitsförderung wird vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen durchgeführt (vgl. Arbeitsgruppe „Fortbildung Gesundheitsförderung“ der Deutschen Psychologen Akademie 1995); Fortbildung ist ein wichtiges Aufgabenfeld in der europäischen Gesundheitspsychologie (vgl. Brücher-Albers, Buchbeitrag II,6); psychologische Kenntnisse werden in einigen gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen vermittelt (vgl. Kolip, Buchbeitrag II,8). Vor allem ist Psychologie ein Hauptbestandteil in vielfältigen psychotherapeutischen Weiterbildungen (vgl. Buchbeitrag II,2; Kap. 3.3), durch die PsychologInnen und andere Gesundheitsfachkräfte seit Jahrzehnten zur Psychotherapie und auch zu gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen für Menschen als Einzelpersonen und in Familien befähigt werden.

3. Psychologische Zukunftsarbeit für die GFA-Strategie

3.1 Die Vision "Gesundheit für alle" als Herausforderung

Die Zukunftsvision „*Gesundheit für alle*“ beinhaltet zwei Blickrichtungen mit riesiger Spannweite:

- Jeder Mensch gilt als Person mit einem individuellen Recht auf Menschenwürde, Gesundheit und personale Selbstbestimmung sowie mit potentiellen Fähigkeiten zu einer selbstbestimmten, gesunden, sozialen und produktiven Lebensgestaltung.
- Die gesamte Menschheit kommt als ein globales soziales System ins Blickfeld. Die Vision bezieht sich auf eine Globalisierungsentwicklung, die zu einer sozial gerechten und gesundheitsbetonten Entwicklung des globalen Systems der ganzen Menschheit beiträgt.

Um „Gesundheit für alle“ schrittweise zu verwirklichen, sind die Prinzipien der GFA-Strategie in sozialen Systemen aller Ebenen umzusetzen. Für diese Verwirklichung ist Einsatz psychologischen Fachwissens und psychologischer Fachkompetenzen notwendig.

Die globale Vision „Gesundheit für alle“ beinhaltet für die Psychologie große Herausforderungen:

- Einerseits gilt es als eine originäre Aufgabe der Psychologie in allen gesellschaftlichen Handlungsfeldern, daß Menschen in ihrer personalen Würde, ihrem Recht auf Gesundheit sowie in ihren Rechten, Aufgaben, Chancen und Fähigkeiten zu personaler Selbstbestimmung geachtet werden und daß diese Achtung vor Personen in konkreten sozialen Handlungszusammenhängen beständig berücksichtigt wird (vgl. Kap. 1.2).
- Andererseits muß die Psychologie ihren Blick künftig stärker auf das Wohl der gesamten Menschheit sowie auf die übergreifenden Zielsetzungen wie Frieden, Unversehrtheit, Menschenwürde, Lebensqualität "für alle" richten.

Als PsychologInnen haben wir die besondere Zukunftschance, das Bewußtsein „*Wir alle leben in Einer Welt*“ bei möglichst vielen Menschen, Gemeinschaften und Organisationen mit psychologischen Methoden zu fördern, zu vertiefen und zu verankern. So fördern wir zugleich das Bewußtsein von Personen und Gemeinschaften sowie eine systemintegrative Weiterentwicklung des Globalsystems der Menschheit. So können wir zu einer wichtigen geistigen Orientierung in der Globalisierungsentwicklung beitragen.

3.2 Neuorientierungen in der Psychologie als Gesundheitswissenschaft

Als Zukunftsaufgaben sind Neuorientierungen in der Psychologie als Gesundheitswissenschaft in mehreren Buchbeiträgen (Bb) angesprochen (Einleitungsbeitrag, Faltermaier, Bb II,1; Krieger & Dlugosch, Bb II,4; Brücher-Albers, Bb II,6; Kolip Bb II,8).

Zunächst geht es um eine positive Integration der Psychologie in das interdisziplinäre Feld der Gesundheitswissenschaften und die Überbrückung bisher bestehender Distanzen (vgl. Bb II, 1; Bb II, 8). Dazu muß einmal die Psychologie als Wissenschaft, stellvertretend insbesondere die Gesundheitspsychologie, mehr auf die Gesundheitswissenschaften zugehen und ihre Betrachtungsweisen, Kenntnisse und Kompetenzen aktiv in die Gesundheitswissenschaften einbringen; ande-

rerseits müssen sich die Gesundheitswissenschaften viel deutlicher für psychologische Betrachtungsweisen, Kenntnisse und Kompetenzen öffnen und ihnen z.B. in gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen mehr Raum geben.

Die Psychologie sollte die GFA-Strategie und die Verwirklichung der Ziele „*Gesundheit für alle*“ viel bewußter und gezielter als Anlaß und Zielsetzung für wissenschaftlichen Aktivitäten nutzen.

Im Bereich der Psychologie sollten Kooperationen zwischen Forschung und Praxis zu einer ausgeprägten Gewohnheit werden und keine Ausnahmen bleiben.. Die praxisbezogene Berufstätigkeit von PsychologInnen mit ihren Anlässen, Prozessen und Effekten sowie aus der Berufstätigkeit entstehende theoretische Hypothesen sind ein wichtiges Feld psychologischer Forschung. Dazu gehört in der Forschungsmethodologie ein Wechsel zu mehr Feld- und Aktionsforschung gegenüber der bisher überwiegenden, experimentell orientierten Laborforschung.

Im Sinne einer positiven Gesundheitsorientierung, die oft als 'salutogenetisch' bezeichnet wird, und für die der Autor das Motto prägt: "mehr an Gesundheit als an Krankheit denken" (vgl. Bb II,2), kann die Psychologie aufgrund originärer kognitionspsychologischer Erkenntnisse (vgl. Bb II,2; Kap. ...) im Rahmen der Gesundheitswissenschaften die Orientierung der 'Gesundheitsförderung' viel deutlicher vertreten. Insbesondere kann die Psychologie deutlicher positive Gesundheitsziele für Menschen als Einzelpersonen und für Alltagsgemeinschaften auf dem Hintergrund entsprechender Forschungsergebnisse definieren und entsprechende Gesundheitsförderungsmaßnahmen entwickeln und erproben. Eine beispielhafte Entwicklung, Durchführung und Evaluation einer positiv orientierten Gesundheitsförderungsmaßnahme zeigen Winfried Krieger & Gabriele Dlugosch (Bb II,4) auf. Die Psychologie kann viel mehr dazu tun, um psychologische Kompetenzen zu einer positiv orientierten Gesundheitsförderung in sozialen Systemen klar, glaubwürdig, kreativ, offensiv und zusammen mit Effektivitätsnachweisen aufzuzeigen;

Die Psychologie sollte eine viel stärkere Aufmerksamkeit auf Systemprozesse in Alltagsgemeinschaften (vgl. Buchbeitrag II, 3, Kapitel 5.3) richten und dazu ihre sozialpsychologischen Kenntnisse zu Gruppen-, Beziehungs- und Kommunikationsprozessen nutzen. Zur Betrachtung von Systemprozessen in Alltagsgemeinschaften sind folgende beispielhaften Fragestellungen wichtig: Welche Systemprozesse fördern oder behindern in Alltagsgemeinschaften Zielsetzungen, zielorientierte Kooperationsprozesse, Selbstbestimmungsprozesse bei Personen und im gesamten System sowie die Integration von randständigen Personen?

Eine stärkere sozialpsychologische Akzentuierung ist in der psychologischen Arbeit sinnvoll; sozialpsychologische Konzeptionen und Maßnahmen sind mehr zu nutzen, beispielsweise: Kommunikationstrainings, Partnerschaftstrainings, familienbezogene Maßnahmen, kommunikationsfördernd orientierte Interventionen in vielen Arten von Organisationen (z.B. Schulen, Arbeitswelt, Krankenhäuser, Gemeinden, usw.), Förderung von Fähigkeiten zu helfenden Kommunikationen und Beziehungen in allen sozialen Systemen sowie sozialpsychologische Inhalte in der Bildungsarbeit für Vermittlungspersonen (vgl. Kap. 3.4).

3.3 Systemorientierte Arbeit mit sozialen Systemen

Wie in der GFA-Strategie immer wieder aufgezeigt wird, leben, lernen und arbeiten Menschen in sozialen Systemen: in Alltagsgemeinschaften, in Organisationen, in Gemeinden, usw.. Diese Realität läßt sich in der psychologischen Arbeit mit Menschen und Gemeinschaften gezielt nutzen; PsychologInnen können ihre Arbeit systemorientiert gezielt auf soziale Systeme beziehen; dies wird in den praxisorientierten Buchbeiträgen konkret und anschaulich dargestellt: von Curd Michael Hockel (Bb III,1) in bezug auf Familien, von Elke Radewald (Bb III,2) in bezug auf Schulen, von Andreas Wenzel (Bb III,3) in bezug auf Betriebe sowie von Martina Abel (Bb III,4) und Thomas Wittek & Klaus Schur (Bb III,5) in bezug auf 'gesunde Städte'.

In jeder psychologischen Arbeit mit einzelnen Personen ist es auch möglich, die Einbindung der betreffenden Personen mit ihnen gemeinsam zu reflektieren und ihnen systembezogene Anregungen für ihr Denken und Handeln zu vermitteln.

Nachfolgend werden noch einmal - quasi als Auswertung der o.g. Buchbeiträge - zukunftsorientierte Arbeitsansätze für die psychologische Arbeit mit bestimmten Arten sozialer Systeme aufgezeigt.

3.3.1 Familien

Psychologen sollten ihre Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation stärker auf Familien beziehen, so wie es in der Arbeit für Kinder und Jugendliche schon üblich ist (vgl. Hockel, Bb III,1). Sozial benachteiligte Familien und Familien mit traumatisch belasteten, chronisch erkrankten, behinderten, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen bedürfen besonderer psychologischer Aufmerksamkeit.

Hausbesuche bei Familien sollten zu einem normalen Setting in der psychologischen Arbeit werden. Kommunikations-, beziehungs- und systemorientierte Interventionen im Sinne der Familien- und Systemtherapie sind besonders geeignet.

Bei solch einer familienorientierten Arbeit sind die Übergänge von Gesundheitsförderung, Krisenintervention und Psychotherapie meist fließend; diese Arbeit ist daher ein Arbeitsfeld wohl für die Gesundheitspsychologie, klinische Psychologie und Psychotherapie.

3.3.2 Beratungsarbeit in Organisationen

Im Sinne der GFA-Strategie können sehr viele Arten von Organisationen - z.B. Gesundheits-, Sozial-, Bildungs-, Wirtschafts- und politische Organisationen - zur Gesundheit von Menschen beitragen, und zwar von Menschen, die der Organisation angehören, die in der Organisation arbeiten und die von der Organisation als Kunden, Klienten oder Patienten betreut werden. Für sehr viele Organisationen sind zugunsten einer gesundheitsbezogenen Organisationsentwicklung systemorientierte Beratungsprozesse sinnvoll, die gesundheitsbezogene Bestandsaufnahmen, Zielsetzungsprozesse, Trainingseinheiten und Evaluationsprozesse umfassen können. PsychologInnen können das Feld gesundheitsorientierter Organisationsberatungen noch weit ausbauen. Gute Ansätze gibt es dazu in der Arbeit für die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Wenzel, Bb III,3) sowie im Feld einer system- und teamorientierten Supervisionsarbeit.

Beratungsziele in bezug auf eine Organisation können sein:

- in ihre Zielperspektiven Gesundheitsförderung und Prävention einschließen und gesundheits-schädigende Zielperspektiven abbauen,
- die aktive Beteiligung vieler Organisationsmitglieder für gesundheitsbezogene Fragen fördern, z.B. durch 'Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit',
- im Organisationssystem gesundheitsbezogene Stärken und Ressourcen sowie auch gesundheitsbeeinträchtigende Einflüsse erkennen,
- systemintegrative und gesundheitsfördernde Kommunikations-, Beziehungs- und Gruppenprozesse fördern,
- die Integration benachteiligter Teilsysteme verbessern,
- organisationsinterne Prozesse der Gesundheitshilfe effektiver gestalten.

Ilona Kickbusch, die langjährig Abteilungen für Gesundheitsförderung bei der Weltgesundheitsorganisation geleitet hat, hebt systemorientierte Organisationsberatungen als zukunftssträchtiges Arbeitsfeld im Sinne der GFA-Strategie hervor; für die Gesundheitsförderung sind „Systemarchitekten“ bzw. „Leute, die beraten können, wie man ein System gestaltet, ausrichtet, umstrukturiert und zu einer lernenden (oder gesunden) Organisation macht“, gefragt. (Kickbusch 1997, S. 124)

3.3.3 Gemeindeorientierte Gesundheitsförderung als Arbeitsfeld

Viele PsychologInnen arbeiten - besonders in freiberuflichen Praxen und Beratungsstellen - in einer gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung mit. Die gezielte Mitarbeit in der gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung und kommunalen Gesundheitsförderung - z.B. als Mitarbeit in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und in regionalen Gesundheitskonferenzen, beispielhaft von Wittek & Schur (Bb III,5) aufgezeigt - und eine gemeindepsychologische Orientierung der psychologischen Arbeit (vgl. Gemeindepsychologie-Rundbrief 1998) ist eine wichtige Zukunftsaufgabe für viele PsychologInnen.

Professionelle gemeindeorientierte Arbeit leisten PsychologInnen in Gesundheitsämtern (vgl. Abel, Bb III,4) und in gemeindepsychologisch orientierten Tätigkeiten in verschiedenen Organisationen (vgl. Wittek & Schur III,5). Martina Abel (Bb III,4) und Thomas Wittek & Klaus Schur (Bb III,5) illustrieren in ihren Beiträgen die gemeindeorientierte Arbeit als Arbeitsfeld für PsychologInnen.

3.4 Bildungsarbeit: Vermittlung von Kompetenzen zur Gesundheitsförderung

Wie oben aufgezeigt (Kap. 2.6), gibt es zahlreiche Arten von Vermittlungspersonen, die die Gesundheit betreuter Menschen beeinflussen und daher viel Wissen und Handlungsfähigkeiten im Sinne der Gesundheitsförderung brauchen: Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, weitere Berufstätige im Bildungsbereich, Fachleute im Sozial- und Gesundheitswesen, Führungskräfte, ehrenamtliche HelferInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich, Selbsthilfegruppen, usw.. Aus-, Weiter- und Fortbildungen mit psychologischen Inhalten dienen dazu, Vermittlungspersonen zu einer gesundheitsförderlichen Arbeit mit anvertrauten Menschen zu befähigen.

Wenn wir PsychologInnen wirklich „Gesundheit für alle“ fördern wollen und bedenken, daß sich die meisten Menschen nur über Vermittlungspersonen erreichen lassen, dann erkennen wir: Die Bildungsarbeit für Vermittlungspersonen in bezug auf Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung sollte zu einem Schwerpunkt unserer gesundheitsbezogenen Arbeit werden.

In mehreren Buchbeiträgen wird von PsychologInnen die Bildungsarbeit in bezug auf gesundheitswissenschaftlich relevante psychologische Inhalte dargestellt: von Carola Brücher-Albers in bezug auf die Gesundheitspsychologie in Europa (Bb II,5), von Dieter Kleiber & Burkhard Gusy (Bb II,7) sowie von Petra Kolip (Bb II,8) in bezug auf ausgewählte gesundheitswissenschaftliche Studiengänge. Diese Beiträge stellen jedoch nur einen exklusiven Ausschnitt aus der erforderlichen Bildungsarbeit dar, nämlich postgraduale Weiterbildungsmöglichkeiten nach einem Grundstudium für einen Bildungs-, Gesundheits- oder Sozialberuf.

3.5 Arbeit für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Wie aus der gesamten GFA-Strategie deutlich wird und oben aufgezeigt ist (Kap. 2.3.5), ist die gesundheits- und sozialorientierte Arbeit für benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine besonders wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe, insbesondere um positive Systemintegrationen in größeren sozialen Systemen (Gemeinden, Regionen, Nationen) zu fördern.

Wie oben aufgezeigt, bestehen zwischen sozial benachteiligten Menschen und Fachleuten der Gesundheits- und Sozialwesens oftmals ausgeprägte sozialpsychologische Barrieren. Die Distanz zwischen sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und PsychologInnen scheint besonders groß zu sein. Dies liegt vermutlich auch daran, daß PsychologInnen in ihrer Arbeit selten konkret auf Menschen 'zugehen', sondern Menschen mehr 'kommen' lassen. Zugehende Gesundheits- und Sozialdienste für sozial benachteiligte Gruppen werden meist von SozialarbeiterInnen und Pflegekräften durchgeführt, jedoch selten unter Mitwirkung von PsychologInnen. Seltener finden sozial benachteiligte Menschen als Klienten Zugang zu Beratungsstellen und Kliniken; dann bekommen sie dort auch von PsychologInnen viel einzel- und paartherapeutische Hilfestellungen.

PsychologInnen sollten in entsprechenden psychologischen Tätigkeitsfeldern aktiven Zugang zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen suchen und – unter Nutzung sozialpsychologischer Kompetenzen – zu ihnen 'Brücken schlagen'. In Forschungsprojekten sollten sie bereit sein, wie 'Streetworker' auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zuzugehen, deren Lebenssituationen unter sozial- und gesundheitspsychologischen Aspekten erforschen und geeignete gesundheitsbezogene Hilfestrategien entwickeln.

3.6 Förderung von Selbsthilfe

Die 'Hilfe zur Selbsthilfe' hat einen hohen Stellenwert in allen Formen psychologischer Arbeit mit Menschen; psychologische Arbeit zielt oftmals bewußt und konkret 'Hilfe zur Selbsthilfe' an.

Andererseits jedoch zeigen PsychologInnen im Arbeitsfeld der Kooperation mit Selbsthilfegruppen bisher noch deutlich Distanz (vgl. Schmitz, Bb III,6), obwohl - auch nach der Änderung der gesetzlichen Grundlagen für Gesundheitsförderung - die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Organisationen für die Unterstützung von Selbsthilfegruppen eine sehr sinnvolle Arbeit ist.

Die Kooperation von PsychologInnen mit Selbsthilfegruppen sowie die Mitarbeit von PsychologInnen in Selbsthilfe-Organisationen und -Kontaktstellen ist ein wichtiges Tätigkeitsfeld, das künftig deutlich mehr ausgebaut werden sollte.

3.7 Supervision und Evaluation: für bessere Qualität in der Gesundheitsarbeit

PsychologInnen können ihre vielfältigen Kompetenzen im Bereich der Supervision und Evaluation für eine bessere Qualität verschiedener Tätigkeitsfelder der Gesundheitsarbeit einsetzen und dadurch zukünftig deutlich mehr zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung beitragen.

3.8 Haltungen in der psychologischen Arbeit

PsychologInnen können in ihrer wissenschaftlichen und praxisbezogenen Arbeit deutlich mehr zugehende Haltungen entfalten und mehr zugehende, initiierende, aktive Handlungsweisen nutzen, um die bisherige Überbetonung reaktiv getönter Verhaltensweisen zu mindern. Solch eine veränderte Orientierung auf zugehende Handlungen könnte in verschiedenen psychologischen Arbeitsfeldern wirksam werden; beispielsweise können PsychologInnen

- in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung mehr von originär psychologischen Fragestellungen zugunsten der psychischen Gesundheit ausgehen als von Vorgaben aus dem überwiegend medizin- und krankheitsorientierten 'Gesundheitswesen',
- in ihrer praxisbezogenen Arbeit mit Hilfsangeboten mehr auf hilfsbedürftige Familien und Menschen zugehen - natürlich mit einer Respektierung eventueller Rückweisungen - und könnten z.B. auch mehr Hausbesuche anbieten und nicht nur abwarten, bis Menschen und Familien als Klienten zu ihnen kommen,
- mehr auf Selbsthilfegruppen, -Kontaktstellen, und -Organisationen mit Kooperationsangeboten zugehen (vgl. Matzat 1995, Schmitz, Bb III,6),
- psychologische Dienstleistungsangebote im weiten Feld der Gesundheitsarbeit aktiver gegenüber potentiellen Adressaten bzw. Organisationen mit entsprechenden 'Marketing'-Kompetenzen aufzeigen und nicht nur abwarten, bis Organisationen selbst nach psychologischen Dienstleistungsangeboten fragen oder Arbeitsplätze für psychologische Dienstleistungen anbieten.

Weiterhin ist es für viele Gesundheits- und Sozialberufe, so auch für viele PsychologInnen wichtig, regelmäßige effektive interdisziplinäre Kooperationen in der Gesundheitsarbeit einzuüben und dafür Konkurrenzhaltungen, die vielleicht oft Ausdruck verminderter beruflicher Selbstsicherheit sind, stärker zu überwinden.

4. Visionen und Arbeit für mehr gesellschaftliche Integration der GFA-Strategie und der Psychologie

Als Herausgeber des Buches setzen wir uns, Maximilian Rieländer und Carola Brücher-Albers, sowohl für eine stärkere Orientierung gesellschaftlicher und politischer Prozesse an der verabschiedeten GFA-Strategie ein als auch für eine stärkere gesellschaftliche Nutzung der spezifischen Potentiale der Psychologie als Wissenschaft und Berufsfeld im Kontext der Gesundheitswissenschaften als Wissenschafts- und Praxisfeld.

Wir arbeiten – u.a. durch unsere aktive Mitarbeit in psychologischen Berufsverbänden in Leitungsfunktionen – für eine zukunftsorientierte berufliche Anwendung von Gesundheitspsychologie in Deutschland und Europa. Wir sehen die Hauptaufgabe der Gesundheitspsychologie, einer neuen psychologischen Disziplin in der Aufbauphase (vgl. Faltermeier, Buchbeitrag II, 1; Brücher-Albers, Buchbeitrag II, 6), darin, an der Verwirklichung der GFA-Strategie wissenschaftlich und praxisbezogen mitzuarbeiten. Die Gesundheitspsychologie sollte im Rahmen der gesamten Psychologie die ‚Speerspitze‘ für die psychologische Arbeit zur Verwirklichung der GFA-Strategie bilden und dazu psychologische Theorien und Handlungsmöglichkeiten aus vielen psychologischen Disziplinen integrieren.

Durch eine deutlich verbesserte gesellschaftliche Integration psychologischer Berufstätigkeit ins interdisziplinäre Feld der Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Wirtschaftsberufe wird die weitere Verwirklichung der GFA-Strategie mit Fortschritten in der primären Gesundheitsfürsorge deutlich erleichtert.

Literatur

Arbeitsgruppe „Fortbildung Gesundheitsförderung“ der Deutschen Psychologen Akademie (1995). Fortbildung „Psychologische Gesundheitsförderung“ für Diplom-PsychologInnen. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

BARKHOLZ, U. & PAULUS, P. (1998). Gesundheitsfördernde Schulen. Gamburg: G.Conrad

Gemeindepsychologie–Rundbrief „Empowerment und Qualitätssicherung“ (1998). Themenheft der Zeitschrift der Gesellschaft für Forschung und Praxis in der Gemeindepsychologie

KAUPERT, A. & RIELÄNDER, M. (1995). Gesundheitsförderung in Schulen. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

KICKBUSCH, I. (1996). How up to date is Health Promotion. In: Geiger, A. & Kreuter, H. (Hg.). Handlungsfeld Gesundheitsförderung. Gamburg: G.Conrad

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

Podiumsgespräch (1995). Psychologen und Krankenkassen zusammen für Gesundheitsförderung. In: Rieländer, M. u.a. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

WHO-EURO (1998). GESUNDHEIT21 – Die Politik zur ‘Gesundheit für alle’ für die Europäische Region der WHO - 21 Ziele für das 21. Jahrhundert. (vgl. Buchbeitrag)