

Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Maximilian Rieländer & Martina Abel

Veröffentlicht in:

*„Psychologische Berufsfelder zur Förderung von Gesundheit –
Neue Chancen entdecken“*

herausgegeben von Maximilian Rieländer und Julia Scharnhorst,
im Deutschen Psychologen Verlag Bonn 2005

Die Unterstützung der Arbeit von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen könnte für PsychologInnen eine wichtige gesellschaftliche Zukunftsaufgabe sein, die bisher oft vernachlässigt wurde.

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen Selbsthilfegruppen gemäß dem seit 2000 gültigen GKV-Reformgesetz unterstützen.

Informationen und Möglichkeiten zur Unterstützung der Selbsthilfearbeit werden hier dargestellt.

Gliederung

1.	Definition und Typen von Selbsthilfegruppen	2
1.1	Anonymous-Gruppen	2
1.2	Selbsthilfeorganisationen	3
1.3	Selbsthilfegruppen im engeren Sinne	4
1.4	Selbsthilfekontaktstellen	5
2.	Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen	5
3.	Selbsthilfeförderung als Tätigkeitsfeld für PsychologInnen	6
	Literatur	7

1. Definition und Typen von Selbsthilfegruppen

(Dieses Kapitel ist weitgehend eine gekürzte Wiedergabe aus: Matzat, 1995.)

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen definiert als Fachorganisation für Selbsthilfegruppen-Unterstützung „Selbsthilfegruppen“ folgendermaßen:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende, darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.“ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.) 1987, S. 5; diese Definition ist weitgehend übernommen in: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000, S. 5)

Zur Orientierung über die Selbsthilfegruppen-Landschaft wird nachfolgend eine Typologie dargestellt.

1.1 Anonymous-Gruppen

Sie alle gehen zurück auf ihren prominentesten und verbreitetsten Vertreter, die Anonymen Alkoholiker (AA). Gegründet wurden sie 1935 in Akron, Ohio; in Deutschland entstanden die ersten Gruppen ab 1953. Inzwischen gibt es sie in jeder größeren Stadt, und zwar überall auf der Welt.

Die Domäne des Anonymous-Konzepts liegt bei süchtigem Verhalten. Es gibt z.B. die OA (Overeaters Anonymous) für Essgestörte (Fettsüchtige, Magersüchtige und BulimikerInnen), die NA (Narcotics Anonymous), die AS (Anonyme Spieler) sowie auch die EA (Emotions Anonymous) für Menschen mit emotionalen (seelischen) Problemen und etliche Angehörigen-Gruppen.

Alle Gruppen des Anonymous-Typs sind offen, d.h.: Wer immer möchte, kann, wann immer er das Bedürfnis hat, an „Meetings“ teilnehmen. Er/sie muss lediglich den ernstesten Wunsch nach „Gene-sung“ haben und sich zu seiner Sucht bekennen. („Ich heiße X und bin Alkoholiker“). Von Mitgliedschaft in einer Anonymous-Gruppe zu sprechen ist eigentlich sinnlos. Es gibt keine Formalitäten wie Beitritt, Beitrag, Vorstandsämter oder ähnliches.

Die Kommunikationsstruktur von Anonymous-Gruppen zeigt eher eine Serie von Monologen als Dialoge oder Gruppengespräche. Man berichtet aus seinem Leben, von seiner Suchtkarriere, seinem Scheitern, dem „Tiefpunkt“ und von seinen Versuchen, damit fertig zu werden und sein Leben wieder in Ordnung zu bringen. Dann („keine Fragen, keine Ratschläge, jeder über sich selbst“) spricht der oder die Nächste. Therapeutische Prozesse ereignen sich dabei durch Identifikation und Resonanz, durch Lernen an den Erfolgen und Misserfolgen der anderen, durch die Relativierung des eigenen Leidens im sozialen Vergleich und anderes mehr.

Diese Gruppen wirken auch Überich-stabilisierend. Eine besondere Rolle spielen dabei besonders lange teilnehmende Gruppenmitglieder, die allein durch ihr Beispiel („Ich habe es geschafft, also kannst Du es auch schaffen“) ermutigen und anspornen. Sie sprechen noch nach jahrelanger Abstinenz davon, wie ihnen die Gruppe „das Leben gerettet“ hat und es noch immer tut. Besonders solche Veteranen der Bewegung übernehmen gerne die Funktion eines „Sponsors“, eine Art persönliche Patenschaft für einen Neuling.

In allen Anonymous-Gruppen spielen die „zwölf Schritte“ und „Traditionen“, aufgeschrieben im „Blauen Buch“ der AA und bei den anderen Gruppen angepasst an ihre jeweilige Störung, eine große Rolle. Das „Programm“ mag in gewissem Umfang den idealisierten Therapeuten ersetzen, als Orientierungspunkt und Autorität dienen, als Hort von Erfahrung und Weisheit, als Element der Stabilität bei der häufig wechselnden Teilnehmerschaft.

Die Programmatik enthält ein „spirituelles Element“ – auch dies ein Spezifikum der Anonymous-Gruppen – nämlich den Hinweis auf eine „höhere Macht“, allerdings „wie jeder sie versteht“. Es geht also nicht um sektenartige Vorschriften, sondern um den Einbezug sittlich-moralischer Kräfte, vielleicht als intuitive Reaktion auf Persönlichkeitsdefizite mancher Suchtkranken. Ganz sicher spiegelt sich hier die frühe Herkunft der AA aus dem typisch amerikanischen Milieu kleiner christlicher Gemeinschaften wider, wo das öffentliche Bekennen vor der versammelten Gemeinde üblich ist und die Umkehr, den Neubeginn des Einzelnen markiert, der dann seinerseits der Unterstützung der anderen Gemeindeglieder sicher sein kann.

Anonymous-Gruppen, so schreibt es ihnen das Programm vor, halten sich fern von öffentlichen Debatten. Die AA starten eben keine Kampagnen gegen die Werbung für Alkoholika! Sie halten Distanz zu professionellen Helfern; nicht ganz zu Unrecht verweisen sie auf ihr eigenes Expertentum und ihre eigenen Erfolge. Und sie verlangen nicht nach öffentlicher Förderung; die finanzielle Unabhängigkeit gehört ebenfalls zu ihren Geboten. Aus all diesen Gründen spielen sie in der öffentlichen Debatte über Selbsthilfegruppen und deren Förderung und fachlicher Unterstützung eine vergleichsweise geringe Rolle.

1.2 Selbsthilfeorganisationen

Bei Selbsthilfeorganisationen

„handelt es sich um Organisationen mit überregionaler Interessenvertretung, meist größeren Mitgliederzahlen, formalisierten Arbeits- und Verwaltungsabläufen, bestimmten Rechtsformen (zumeist eingetragener Verein), stärkeren Kontakten zu professionellen Systemen (z.B. Behörden, Sozialleistungsträgern, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, Leistungserbringern im Gesundheitswesen). Als Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen sind zum Beispiel zu nennen: Interessenvertretung im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich, Herausgabe von Medien zur Information und Unterstützung der Betroffenen sowie der ihnen angeschlossenen Selbsthilfegruppen und -organisationen, Durchführung von Kongressen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Selbsthilfeorganisationen nicht nur für die eigenen Mitglieder, sondern weit über den Mitgliederbestand hinaus Beratungs- und Informationsleistungen erbringen. Sie untergliedern sich im Allgemeinen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene. Der Verbreitungsgrad einer chronischen Erkrankung oder Behinderung führt allerdings zu unterschiedlichen Strukturen, so dass nicht immer Landes- und Ortsebene eigenständig ausgebildete Strukturen aufweisen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben der Selbsthilfeorganisationen. Aufgaben, die bei zahlenmäßig großen Verbänden die örtlichen Selbsthilfegruppen übernehmen (z.B. die Beratung der Betroffenen oder die Information von Ärzten), werden bei kleinen Verbänden häufig unmittelbar von der Bundesebene übernommen.

Die meisten Selbsthilfeorganisationen sind auf Bundesebene in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH), Düsseldorf, und im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband „Der PARITÄTISCHE“ – Gesamtverband e.V., Frankfurt, zusammengeschlossen.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000, S. 5f.)

Weit verbreitet ist bei Selbsthilfeorganisationen die Tendenz, den Mitgliedern und anderen Betroffenen Dienstleistungen anzubieten: von der Rechtsberatung bis zur Warmwassergymnastik, von der Beratung über Hilfsmittel bis zur gemeinsamen Freizeitgestaltung. Solche Angebote werden gerne in Anspruch genommen, auch von vielen, die nicht Mitglied im Verband sind und sich nicht aktiv an seiner Arbeit beteiligen. Diese Betroffenen können auch in einer passiven „Patientenhaltung“ verharren, welche dem Selbsthilfegedanken eigentlich nicht entspricht. Die Serviceleistungen der Selbsthilfeorganisationen werden von ihnen ähnlich genutzt wie die von Wohlfahrtsverbänden oder öffentlichen Einrichtungen (was wiederum die Entwicklung und Verfestigung analoger Strukturen begünstigt).

Der Bedeutung psychologischer Aspekte von Erkrankung und Krankheitsverarbeitung stehen die Selbsthilfeorganisationen und ihre örtlichen Gruppierungen oft ambivalent gegenüber. Vielfach sind Ärzte in Vorständen oder medizinischen Beiräten einflussreich vertreten. Eine organomedizinische Orientierung herrscht in vielen Verbänden vor und gerade keine Ärztefeindlichkeit oder Expertenkritik. Der Beschäftigung vieler Betroffener mit alternativen Heilmethoden wird vorsichtig Raum gegeben. Beiträge über psychologische/psychosomatische Zusammenhänge tauchen in Verbandszeitschriften nur vereinzelt auf.

In Aktivitäten vor Ort gibt es ebenfalls diese Ambivalenz: Neben von der Leitung organisierten Freizeitangeboten und Vorträgen von Fachleuten aus Medizin, Pflege, Hilfsmittelindustrie, Sozial- und Versicherungswesen tut man sich mit (Gesprächs-) Gruppenarbeit zur Bearbeitung emotionaler und sozialer Ursachen und/oder Folgen der Krankheiten recht schwer. Verständlicherweise richtet ein Mensch, der von einer schweren und vielleicht chronischen körperlichen Erkrankung betroffen ist, sein Interesse zunächst auf weitere medizinische Behandlungsmöglichkeiten und sucht hierzu Informationen (das bessere Medikament, den qualifizierteren Spezialisten). Aufgabe von Selbsthilfeszusammenschlüssen sollte es aber (auch) sein, die eigenen Kompetenzen zu stimulieren und in der Gruppe mit denen von anderen zusammenzuführen und zu kombinieren. Hier liegen noch enorme Potentiale brach.

Die Hilfe von psychologischen bzw. Gruppenexperten wird eher selten gesucht. Deren Sichtweise wird offenbar als fremd für die eigene persönliche Orientierung erlebt (gerade auch bei Leitungspersonen). Im Management der Verbände werden verständlicherweise andere Qualitäten gebraucht als für intime Kleingruppenarbeit. Die verschiedenen Leitungsebenen sind mehr männlich orientiert, während die Selbsthilfegruppenbewegung insgesamt „ausgesprochen weiblich“ ist, der Anteil der Frauen in den Gruppen vor Ort ist deutlich höher als der von Männern.

1.3 Selbsthilfegruppen im engeren Sinne

Darunter sind Gruppen zu verstehen, die auf Initiative von Betroffenen vor Ort entstehen, in der Regel klein und informell bleiben (z.B. ohne Vereinsstatus) und oft nur begrenzte Lebensdauer haben. Sie konzentrieren sich auf die seelische Bewältigung von Krankheiten oder besonders belastenden Lebenssituationen und bauen dabei ganz wesentlich auf den Austausch persönlicher Erfahrungen, auf die direkte Kommunikation unter den Gruppenmitgliedern, auf Vertrauen, Solidarität und wechselseitige Hilfe (vgl. Moeller, 1978/1995).

Solche Gruppen sind meist „halboffen“; d.h. ihre Teilnehmerschaft ist klar definiert (nach der Anfangsphase), neue Mitglieder können nicht – wie bei den Anonymous-Gruppen oder den örtlichen Gruppen der Selbsthilfeorganisationen – jederzeit dazustoßen. Insbesondere nach dem Ausscheiden alter Teilnehmer werden aber gelegentlich neue aufgenommen. Diese Gruppen treffen sich oft in einem Setting, das dem der professionellen Therapiegruppe stark ähnelt: einmal pro Woche für 1½ - 2 Stunden mit etwa 6 - 12 Teilnehmern in einem neutralen Raum. Themen sind beispielsweise Ängste („Panikattacken“, Phobien, Schüchternheit etc.), Depressionen, Einsamkeit und Isolation, Partnerschafts- bzw. Familienkonflikte, Verlust und Trauerreaktion, psychosomatische und funktionelle Störungen („die Ärzte finden nichts“), Essstörungen, aber auch „Mobbing“, Arbeitsplatzverlust, Prüfungsschwierigkeiten und Studienprobleme.

Viele dieser Menschen könnten von ihrer Problematik her genauso gut Psychotherapeuten aufsuchen; sie unterscheiden sich kaum von der Klientel einer psychosomatisch/psychotherapeutischen Ambulanz. Manche haben es früher auch getan, manche tun es noch parallel. Die Selbsthilfegruppe fungiert dann als eine Nachsorgemöglichkeit oder als eine Ergänzung zu einer professionellen Einzeltherapie.

1.4 Selbsthilfekontaktstellen

„Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal. Träger sind in der Regel Vereine, Kommunen oder Wohlfahrtsverbände. Sie stellen themen- bzw. indikationsübergreifend Dienstleistungsangebote bereit, die auf die Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfeaktivitäten abzielen.

Eine Hauptzielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen sind Bürger, die noch nicht Teilnehmer bzw. Mitglieder von Selbsthilfegruppen sind, sondern sich informieren und beraten lassen möchten. Die Motivation zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist ein wesentlicher Arbeitsbereich für Selbsthilfekontaktstellen. Auf Wunsch unterstützen sie aktive Betroffene bei der Gruppengründung.

Bestehenden Selbsthilfegruppen bieten sie infrastrukturelle Hilfen wie z.B. Räume, Beratung und supervisorische Begleitung in schwierigen Gruppensituationen oder bei Problemen an. Selbsthilfekontaktstellen stärken die Kooperation und Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen und Professionellen (insbesondere Ärzten).

Durch Öffentlichkeitsarbeit (beispielsweise die Durchführung von Selbsthilfetagen) tragen Selbsthilfekontaktstellen zur größeren Bekanntheit und Akzeptanz von Selbsthilfegruppen bei. Selbsthilfekontaktstellen sind Agenturen zur Stärkung der Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote wahr und verfolgen rehabilitative und präventive Zielsetzungen. Selbsthilfekontaktstellen verbessern die Infrastruktur für die Entstehung und Entwicklung von Selbsthilfegruppen.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000, S. 6)

Selbsthilfekontaktstellen entwickeln sich zu professionellen Beratungsstellen (ähnlich wie Erziehungs-, Sucht- und Drogenberatung etc.) Sie fungieren als „Drehscheibe“ zwischen dem professionellen Versorgungssystem und dem Selbsthilfesystem. Eine Vernetzung mit ihnen empfiehlt sich für alle im psychosozialen Bereich Tätigen.

2. Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen

Seit dem im Jahr 2000 gültigen GKV-Reformgesetz sollen gesetzliche Krankenkassen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention (= Sekundär- bzw. Tertiärprävention) oder die Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben (§ 20 Abs. 4 SGB V). Für diese Aufgaben sollen die Krankenkassen pro Versicherten pro Jahr einen Betrag von 0,50 Euro ausgeben.

Die Krankenkassen haben einheitliche Grundsätze zur Selbsthilfeförderung verabschiedet (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000), und zwar in Kooperation mit wesentlichen Dachverbänden der Selbsthilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen).

Die Krankenkassen sind bereit, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen finanziell zu unterstützen, wobei sie ihre finanziellen Unterstützungen nur als Ergänzung zu den bisherigen finanziellen Unterstützungen im Selbsthilfebereich durch öffentliche Mittel des Bundes, der Länder und Gemeinden verstehen. Die Unterstützung gilt nur für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe bzw. für die Selbsthilfe zur Bewältigung körperlicher und psychischer Erkrankungen. Die finanzielle Unterstützung soll 0,50 Euro pro versicherte Person und Jahr betragen und kann projektbezogen und pauschal gegeben werden. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen können projektbezogene Unterstützungen beantragen und erhalten für

- *„Information, Aufklärung und Beratung der Betroffenen, ihrer Angehörigen oder anderer Interessierter“*
- *„Qualifizierungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit der Selbsthilfearbeit stehen“*
- *„Öffentlichkeitsarbeit und Durchführung von Veranstaltungen und Aktionen (z.B. Broschüren, Informationsmedien, Kongresse, Workshops, Seminare, Selbsthilfetage)“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2000, S. 11)*

Wenn Selbsthilfegruppen also Fortbildungsmaßnahmen mit PsychologInnen (Vorträge, Workshops, Seminare) durchführen wollen, können sie dafür finanzielle Unterstützung von Krankenkassen erhalten. Dementsprechend ist es für PsychologInnen sinnvoll, den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen entsprechende Angebote zu machen.

Die Praxis der finanziellen Unterstützung ist bisher bei den einzelnen Krankenkassen und in den einzelnen Regionen recht unterschiedlich; es gibt pauschale Förderungen und Projektförderungen. Die finanzielle Unterstützung hat nach bisherigen Schätzungen im Jahre 2000 noch längst nicht den gesetzlichen Sollwert erreicht (vgl. NAKOS-Info März 2001). Bisher ist es nur in wenigen Bundesländern bzw. Kommunen gelungen, die Gelder der verschiedenen Kassen in einem Pool zusammenzuführen und von einer Stelle, die diese Gelder zentral bewirtschaftet, z.B. eine Selbsthilfekontaktstelle auf Landesebene, nach Antragstellungen dann an einzelne Gruppen zu verteilen.

Zusätzliche berufliche Möglichkeiten für einzelne Berufsgruppen ergeben sich im Bereich der Selbsthilfeförderung dann, wenn die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen durch Krankenkassen sich deutlich mehr dem gesetzlichen Sollwert annähert.

3. Selbsthilfeförderung als Tätigkeitsfeld für PsychologInnen

Im Bereich der Selbsthilfeförderung können PsychologInnen – neben anderen Gesundheitsberufen, Pädagogen, Sozialwissenschaftlern u.a. – vorwiegend über Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen berufstätig sein, und zwar in folgenden Einsatzbereichen:

- Leitung von Selbsthilfekontaktstellen
- Geschäftsführung und fachliche Mitarbeit in Selbsthilfeorganisationen
- Vorträge und Workshops für einzelne Selbsthilfegruppen
- Expertenfunktion für bestimmte Themenstellungen (z.B. psychische Probleme, Psychosomatik) mit daraus resultierenden Aufgaben z.B. Referententätigkeit, Pressearbeit, Veröffentlichungen, Informations- und Beratungsaufgaben
- Gruppenberatung (in Ausnahmefällen, vor allem in Startphasen, besonders für Gruppen zu psychischen Störungen)
- Supervision
- Schulung von Multiplikatoren zum Thema Selbsthilfe
- Forschungstätigkeiten zum Thema Selbsthilfe

PsychologInnen können in Kooperationsgesprächen mit LeiterInnen von Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen ihre freiberuflichen (meist nebenberuflichen) Angebote zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen darstellen. Teilweise lassen sich auch für spezifische Unterstützungsprojekte finanzielle Mittel beantragen.

Literatur

ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN (2000). Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000

Im Internet: www.vdak.de/download/sh-grundsätze.pdf

DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN e.V. (Hrsg) (1987). Selbsthilfegruppen-Unterstützung - Ein Orientierungsrahmen. Gießen

MATZAT, J. (1995). Die Unterstützung von Selbsthilfegruppen - eine interdisziplinäre Aufgabe der Gesundheitsförderung. In: Rieländer, M.; Hertel, L. & Kaupert, A. (Hrsg.), Psychologische Gesundheitsförderung als zukunftsorientiertes Berufsfeld. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

MOELLER, M. L. (1978). Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek: Rowohlt (Neuaufgabe 1995).

MOELLER, M. L. (1981). Anders Helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart: Klett-Cotta (Neuaufgabe: Frankfurt 1992).

SCHMITZ, J. (1999). Selbsthilfegruppen und Psychologen – Schwierigkeiten auf dem Weg zur Partnerschaft. In Rieländer, M. & Brücher-Albers, C. (Hrsg.): Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. . Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.