

Entwicklungen der Zielstrategie 'Gesundheit für alle' - und die Mitarbeit von Psychologenverbänden

Maximilian Rieländer

Einleitender Beitrag 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

„Health for all“ bzw. „Gesundheit für alle“ (GFA) ist eine zielorientierte internationale Gesundheitspolitik (GFA-Politik) mit dem übergreifenden Ziel, daß alle Menschen ihr bestmögliches Gesundheitspotential entfalten, um ein sozial, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben zu führen.

Diese Gesundheitspolitik wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als weltweit agierende internationale Organisation sowie vom Regionalbüro der WHO für Europa (WHO-Euro) in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Mitgliedstaaten seit 1977 umgesetzt und in regelmäßigen Abständen von der WHO zusammen mit den Mitgliedstaaten aktualisiert und erneuert.

Die WHO-Euro hat Psychologenverbände als nichtstaatliche Organisationen in Konsultationsprozesse zur Entwicklung und Erneuerung der GFA-Politik einbezogen, vor allem durch zwei Tagungen, von denen hier erstmalig berichtet wird.

Inhalt

1. Entwicklungsprozesse der Zielstrategie „Gesundheit für alle“	2
1.1 Die Anfänge	2
1.2 Aktualisierungs- und Erneuerungsprozesse	2
1.3 Grundlagen der Politik „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“	3
1.3.1 Grundgedanken	3
1.3.2 Politische Perspektiven	4
1.3.3 Zum Gesundheitsverständnis	4
1.3.4 Adressaten und Partner	5
2. Mitarbeit von Psychologenverbänden zur Konzeptionierung der GFA-Politik	6
2.1 Die Tagung der WHO-Euro mit der EFPPA 1984	6
2.1.2 Definition von Zielen	6
2.1.3 Zur Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen	7
2.1.4 Die Bedeutung der Psychologie für die GFA-Politik	8
2.1.5 Neuorientierung der Psychologie	8
2.2 Die Tagung des BDP-Arbeitskreises 'Gesundheitsförderung' zur GFA-Politik 1997	9
2.2.1 Das Vorfeld der Tagung	9
2.2.2 Berufstätigkeit von PsychologInnen für die GFA-Politik	9
2.2.3 Perspektiven der Erneuerung für die GFA-Politik	9
2.2.4 Herausforderungen der GFA-Politik für die psychologische Arbeit	10
2.2.5 Konsequenzen der Tagung für die Konzeptionierung der GFA-Politik	11

1. Entwicklungsprozesse der Zielstrategie „Gesundheit für alle“

1.1 Die Anfänge

Die WHO hat zusammen mit ihren Mitgliedstaaten bei der **Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Jahre 1977**, einer Jahresversammlung mit Regierungsvertretern der Mitgliedstaaten, eine zielorientierte Zukunftsvision beschlossen: Es solle

„in den kommenden Jahrzehnten das wichtigste soziale Ziel der Regierungen und der WHO (sein, daß) alle Bürger der Welt bis zum Jahre 2000 ein gesundheitliches Niveau erreicht haben, das es ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“.
(WHO-Euro 1993, S.1)

Auf der **Konferenz von Alma Ata im Jahr 1978** ist die Zielvision zur Politik „Gesundheit für alle im Jahre 2000“ (GFA-Politik) geworden.

Im Jahre 1980 hat die **WHO-Euro** mit der Konzeptionsentwicklung der Zielstrategie „**Gesundheit für alle im Jahre 2000**“ für die Bevölkerung Europas begonnen. 1984 hat die WHO-Euro zusammen mit den Regierungen ihrer Mitgliedstaaten beim WHO-Regionalkomitee, einer jährlich durchgeführten Versammlung mit Regierungsvertretern ihrer europäischen Mitgliedstaaten, die GFA-Politik in ihrer ersten Fassung mit 38 ausgearbeiteten Zielen beschlossen. *„Eine Mischung aus der Wirklichkeit von heute und den Träumen von morgen“*, das war die Vision der 32 Mitgliedstaaten der europäischen WHO.-Region, als sie 1984 die ersten europäischen Gesundheitsziele verabschiedeten, ein bis dahin noch nie dagewesener Akt der Solidarität und Einheit in Gesundheitsbereich.“ (WHO-Euro 1993, Vorwort)

Die WHO hat im Jahr 1986 in Ottawa eine 1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung durchgeführt und in der **„Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“** Gesundheitsförderung als weitreichendes Handlungsfeld begründet und etabliert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als ein vorrangiges Lebensziel.“

Die Charta umschreibt folgende fünf Bereiche der Gesundheitsförderung:

- die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- die Förderung persönlicher Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen,
- die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen,
- die gesundheitsfördernde Neuorientierung der Gesundheitsdienste,
- die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf kommunaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene.

1.2 Aktualisierungs- und Erneuerungsprozesse

In den Jahren 1989 und 1990 hat Europa große politische Umwälzungen erlebt; das Gefüge der Nationen hat sich in Europa, vor allem in Osteuropa, deutlich verändert. Aus 32 Mitgliedstaaten der WHO-Euro wurden 50 Mitgliedstaaten. Die WHO-Euro hat 1991 zusammen mit ihren 50 Mitgliedstaaten die GFA-Politik unter dem Titel „Gesundheit für alle“ unter weitgehender Beibehaltung der 38 Ziele turnusgemäß aktualisiert. (vgl. WHO-Euro, 1993).

Die gesellschaftlichen Trends, in denen Gesundheit geschaffen oder verhindert wird, verändern sich seit einigen Jahren durch die als 'Globalisierung' gekennzeichnete weltweite Entwicklung besonders stark. Auf diese Entwicklung hat die WHO mit einem größeren Prozeß der Erneuerung der GFA-Politik geantwortet. Dazu hat die WHO als Gesamtorganisation und für Europa seit 1995 umfangreiche Konsultationsprozesse mit den Regierungen und vielen nichtstaatlichen Organisationen durchgeführt.

Im Rahmen dieses Erneuerungsprozesses hat die WHO-Euro mit ihren Mitgliedstaaten im Juni 1996 in Ljubjana eine Konferenz über die Gesundheitsversorgung durchgeführt und eine Charta zur Reformierung der Gesundheitsversorgung beschlossen (Buchbeitrag I, 1).

Die WHO hat in Jakarta Im Juli 1997 auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung mit dem Titel „*Neue Akteure für eine Neue Ära: Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert*“ eine „**Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert**“ verabschiedet, um für die in der Ottawa-Charta begründete Gesundheitsförderung neue Herausforderungen und neue Aufgaben darzustellen (Buchbeitrag I, 2). Als vorrangig gelten 5 Ziele gelten:

- mehr soziale Verantwortung für Gesundheit,
- mehr öffentliche Investitionen in Gesundheitsförderung,
- Stärkung und Ausweitung von Partnerschaften für Gesundheit,
- Förderung der Kompetenzen in Gemeinden und Befähigung der Menschen als Einzelpersonen,
- Infrastruktur für Gesundheitsförderung.

Die Jakarta-Erklärung enthält auch Antworten auf die 1997 erfolgte große Reduzierung der Gesundheitsförderung in der deutschen Gesundheitspolitik.

Die WHO als globale Organisation mit ihren Mitgliedstaaten bei der **Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998** eine WELTGESUNDHEITSERKLÄRUNG (Buchbeitrag I, 3) und die Erneuerung der Zielstrategie unter dem Titel „**Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert**“ (Buchbeitrag I, 4) verabschiedet. Die WHO-Euro hat mit ihren Mitgliedsstaaten **im September 1998** die neue Strategie unter dem Titel „**GESUNDHEIT21 - die Politik 'Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO - 21 Ziele für das 21. Jahrhundert**“ beschlossen (Buchbeiträge I, 5 + 6).

1.3 Grundlagen der Politik „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“

Hier seien einige Grundlagen der erneuerten GFA-Politik dargestellt.

1.3.1 Grundgedanken

Gesundheit gilt als **ein fundamentales Menschenrecht**: Menschen haben das Recht, sich eines bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen und dadurch ein Gesundheitspotential zu erleben, um ein sozial, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen zu können. Die übergreifenden Zielperspektiven beruhen auf der Betonung hochwertiger ethischer Grundlagen im Sinne der Zielsetzungen der UNO sowie auch im Sinne aller großen Religionen.

„Gesundheit für alle“, wörtlich genommen, ist eine **anregende Zukunftsvision**. Sie zielt auf eine von sozialen und gesundheitsbezogenen Kriterien getragene Globalisierung, die bessere Bedingungen für eine Weiterentwicklung der gesamten Menschheit unter Beachtung fundamentaler Menschenrechte ermöglicht.

Die GFA-Politik ist ein Aufruf an die Regierungen und an alle politisch und wirtschaftlich mitgestaltenden Organisationen, die Gesundheit der Bevölkerung zu einem wesentlichen Focus sozialer, wirtschaftlicher und politischer Entwicklungen zu machen, **Gesundheit als Motor der sozialen Entwicklung** zu begreifen und dazu Chancengleichheit und Solidarität in sozialen Systemen und zwischen ihren Teilsystemen zu fördern. Für soziale Entwicklungen und auch für wirtschaftliche Entwicklungen ist das Ausmaß der Gesundheit in der Bevölkerung entscheidend. **Investitionen in Gesundheit** und in eine nach wissenschaftlichen Kriterien effektive Gesundheitsförderung **sind kostensparende Investitionen** für günstige und soziale und wirtschaftliche Entwicklungen; demgegenüber werden Kosten durch Krankheiten verursacht, die als Nebenwirkungen eines Mangels an bewußter Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge und -förderung gelten können.

1.3.2 Politische Perspektiven

Die 51 europäischen Mitgliedstaaten der WHO haben durch die Verabschiedung der erneuerten GFA-Politik bekundet, die Ziele der „*Gesundheit für alle*“ als einen Auftrag an ihre gesamte Politik zu verstehen und sie als wichtige Orientierung für ihre Gesundheitspolitik anzunehmen. Die GFA-Politik ist also eine **Absichtserklärung der Mitgliedstaaten** bzw. ihrer Regierungen.

Die durch ‘**Globalisierung**’ gekennzeichnete weltweite Entwicklung ist bisher vorrangig von markt-wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst. Negative Auswirkungen sind verschlechterte ökologische Lebensbedingungen (Stichwort ‘Klimawandel’), vermehrte Armut, vermehrte Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit mit großen gesundheitlichen Nachteilen für betroffene Bevölkerungsgruppen. Die sozialen Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen und zwischen verschiedenen Nationen wachsen, Chancenungleichheit nimmt zu. Aus systemtheoretischer Sicht fördert die gegenwärtige wirtschaftsbetonte Globalisierung für das globale System der Menschheit eher desintegriative Entwicklungen als systemintegrative Entwicklungen. Für die Zukunft ist eine Trendwende in der Globalisierungs-Entwicklung ‘notwendig’: Für eine erhöhte Integration des globalen Systems der gesamten Menschheit sind soziale und gesundheitliche Entwicklungen zu fördern.

Mehr Chancengleichheit im Bereich der Gesundheit - dieses Ziel steht im Vordergrund der erneuerten GFA-Politik, vor allem weil die Zahl der von Armut betroffenen Menschen wächst und weil Armut der bedeutendste Negativfaktor für Gesundheit ist. ‘Chancengleichheit fördern’ heißt aus systemtheoretischer Sicht: in übergreifenden sozialen Systemen mehr auf Systemintegration zielen und dazu Gleichgewicht durch positive Verbindungen zwischen den Teilsystemen und vor allem durch gezielte Stärkung benachteiligter Teilsysteme fördern.

1.3.3 Zum Gesundheitsverständnis

Die individuelle Gesundheit wird in der erneuerten GFA-Politik vor allem aus der **Entwicklungsperspektive** und der Sicht auf den gesamten Lebensverlauf von Menschen betrachtet. Für die verschiedenen Entwicklungsphasen werden gesundheitsrelevante körperliche, psychische und soziale Aspekte erläutert. Gesundheit bezieht sich demnach auf: genetische Anlagen, Embryonalphase, Geburt, Kindheit und Jugendzeit, Erwachsenenzeit als eine Hochphase des Lebens mit vielen Teilphasen, Altern, Sterbephase bis hin zum Tod. ‘Gesundheit’ verwirklicht sich in phasenspezifischen Entwicklungsprozessen des Lebensverlaufes und besteht im Erleben und Verwirklichen phasenspezifischer Potentiale.

Als gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheitsentwicklungen im gesamten Lebensverlauf werden neben dem Faktor der wirtschaftliche Stabilität folgende psychologischen Faktoren hervorgehoben: „sozialer Zusammenhalt, die Entwicklung von Problembewältigungsfähigkeiten und die Möglichkeiten einzelner, ihr Umfeld zu beeinflussen, sowie eine Verringerung von Frustrationen und Versagensängsten.“ (WHO-Euro, 1998, 21)

Menschen leben in sozialen Systemen, nämlich in Familien und anderen alltäglichen Gemeinschaften, in denen sie ‘leben, spielen, lernen und arbeiten’, sowie in Gemeinden, Nationen, Wirtschaftssystemen; sie werden in ihrem gesundheitsbezogenen Denken und Handeln zutiefst von den sozialen Systemen beeinflusst. Als gesunde Lebensbedingungen in sozialen Systemen sind in der GFA-Politik folgende sozialpsychologischen Faktoren hervorgehoben: sozialer Zusammenhalt und dadurch vermittelte soziale Sicherheit sowie positive soziale Bedingungen für eine freie Entfaltung körperlicher, psychischer und sozialer Potentiale.

In der GFA-Politik spricht das Motto „**gesunde Entscheidungen erleichtern**“ ein Kernziel der Gesundheitsförderung an. Es zielt sowohl auf individuelle Menschen, die sich gesundheitsbezogen entscheiden und somit auch Ausprägungen ihrer Gesundheit selbst bestimmen können, als auch auf die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensbedingungen in der Umwelt, die erleichternde Wirkungen auf individuelle Gesundheitsentscheidungen haben können. Dementsprechend umfaßt Gesundheitsförderung ökologische, soziale und wirtschaftliche Aufgaben, Lebensbedingungen in ökologischen und sozialen Systemen zugunsten von gesundheitsfördernden Wahlmöglichkeiten zu verbessern.

1.3.4 Adressaten und Partner

Die Regierungen der Mitgliedstaaten sind die ersten Adressaten der GFA-Politik. Weiterhin sind Organisationen auf allen Ebenen – landesweite und kommunale Organisationen in den Bereichen Bildung, Familie, Gesundheit, Sozialwesen, Umwelt und Wirtschaft – als Partner-Organisationen eingeladen, sich mit den GFA-Zielen im Denken und Handeln zu befassen, die Relevanz der GFA-Ziele für ihre eigenen Sozialprozesse und ihre gesellschaftlichen Aufgaben zu reflektieren, die Menschen und ihre Alltagsgemeinschaften über wichtige Aspekte der GFA-Politik zu informieren sowie Möglichkeiten zur aktiven gesellschaftlichen Mitarbeit im Sinne der GFA-Politik zu entdecken und aktiv zu nutzen.

Auch sind alle Alltagsgemeinschaften und Menschen als Bürger der Mitgliedstaaten eingeladen, sich mit der GFA-Politik zu befassen, auch in bezug auf ihre persönlichen Rechte und Verpflichtungen, und ihr gesundheitsbezogenes Denken und Handeln anregen zu lassen.

Die GFA-Politik betont das **Recht auf Partizipation** bzw. auf aktive Mitwirkung zur Verwirklichung der GFA-Politik: „*Das Recht auf Partizipation ... gilt für alle Partner für die Gesundheit, d. h., sämtliche Mitglieder der Gesellschaft, die durch ihren persönlichen Beitrag als Individuum oder in ihrer beruflichen Rolle zur Gesundheitsverbesserung beitragen können.*“ (WHO-Euro 1998, 134)

Mit dem Recht auf Partizipation ist auch die Aufgabe der **Selbstverantwortung** für gesundheitsbezogenes Handeln verbunden. „*Partnerschaft bedeutet, daß alle Partner Verantwortung für die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Politik und ihres Handelns tragen und ihr Teil der Rechenschaftspflicht für die Gesundheit übernehmen müssen.*“ (WHO-Euro 1998, 134)

2. Mitarbeit von Psychologenverbänden zur Konzeptionierung der GFA-Politik

Die WHO-Euro hat Psychologenverbände als nichtstaatliche Organisationen in den Konsultationsprozeß zur Gestaltung der GFA-Politik einbezogen.

2.1 Die Tagung der WHO-Euro mit der EFPPA 1984

Während des Prozesses der Konzeptionsentwicklung zur ersten europäischen GFA-Politik „*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*“ hat die WHO-Euro im Mai 1984 eine Konferenz mit der Europäischen Föderation der Berufsverbände von Psychologen (EFPPA) durchgeführt und mit wichtigen Vertretern der Angewandten Psychologie den Beitrag der Psychologie zur GFA-Politik und verschiedenen Programmen der WHO-Euro erörtert. Die WHO-Euro hat ein Tagungsprotokoll in Form eines unveröffentlichten Manuskripts „*Contribution of Psychology to Programme development in the WHO Regional Office in Europe*“ erstellt. „Diese Konferenz kann zeitlich als der Kristallisationskern der Entwicklung einer Gesundheitspsychologie in Deutschland betrachtet werden“, so wird die Tagung von Curd Michael Hockel kommentiert (Hockel 1994b, Literaturangabe im Buchbeitrag IV,1), der an der Tagung teilgenommen hat und auch bei der unten dargestellten Tagung als Referent mitgewirkt hat.

Nachfolgend werden einige der bei der Tagung erörterten Beiträge der Psychologie zur GFA-Politik wiedergegeben. Diese Beiträge sind weiterhin für die Gegenwart und Zukunft sehr bedeutsam.

2.1.2 Definition von Zielen

Die Psychologie trägt dazu bei, allgemeine Zielsetzungen für Programme zur „Gesundheit für alle“ zu definieren, vor allem dadurch, daß sie durch ihre Forschung allgemeine Muster von Verhalten und Fähigkeiten identifiziert, die mit vielen Aspekten der physischen und psychischen Gesundheit verbunden sind.

Ein wichtiges Fähigkeitsmuster ist beispielsweise die soziale Kompetenz, d.h. im sozialen Feld erwünschte Auswirkungen erzielen, zuhören, Konversation führen, Einstellungen und Gefühle genau ausdrücken. Soziale Kompetenz mindert die Risiken für einen weiten Bereich psychischer Gesundheitsprobleme, für Alkohol- und Drogen-Mißbrauch und für gewalttätiges Verhalten. Soziale Kompetenz läßt sich mit zugehörigen Verhaltensweisen konkret umschreiben, operational definieren, zuverlässig erfassen und bewerten sowie mit bewährten Methoden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen trainieren; sie wirkt sich auf weite Bereiche des Gesundheitsverhaltens aus.

Mit physischer und psychischer Gesundheit sind z.B. auch weitere individuelle Muster verbunden:

- positive Selbsteinschätzung: den eigenen Wert positiv beurteilen;
- emotionsbezogene Fähigkeiten: Emotionen genau wahrnehmen, attribuieren und benennen und angemessen ausdrücken;
- Selbstkontrolle: das eigene Verhalten in bezug auf gesetzte Ziele steuern, zu erwartende Belohnungen und Bestrafungen berücksichtigen, Befriedigungen aufschieben können;
- wahrgenommene Kontrolle: Verantwortung und Kontrolle in bezug auf bedeutende Lebensaspekte wahrnehmen;
- Problemlösefähigkeiten: Probleme im eigenen Leben identifizieren, definieren und analysieren, Lösungswege auswählen und anwenden, Folgen abzuschätzen;
- biologisch und psychosomatisch relevante Fähigkeiten: physische Zustände (z.B. Erregungen und Hunger) bemerken, genau bewerten, wirksam und nichtschädigend regulieren.

2.1.3 Zur Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen

In Gesundheitsförderungsprogrammen mit Jugendlichen und Erwachsenen bestehen wichtige Aufgaben darin, dargestellte Muster zu trainieren und ihre Integration in den Alltag zu fördern, um gesundheitsbezogene Fortschritte zu erreichen.

Der soziale Kontext ist bei Gesundheitsförderungsprogrammen besonders zu berücksichtigen. Unter anderem ist zu beachten, daß sich Gesundheitsförderungsprogramme an Personen richten, die sie besonders benötigen, und daß diese einen Zugang zu ihnen finden.

Gesundheitsförderungsprogramme sind möglichst in normale alltägliche Aktivitäten wie Bildung, Arbeit und Freizeit zu integrieren. Besonders geeignet ist es, Gesundheitserziehung und -trainings in andere Aktivitäten einzubinden, bei denen die Zielpersonen aktiv mitmachen. Beispiele dazu sind: berufstätigen Menschen während ihrer Arbeitszeit Trainings anbieten, Peergruppen zur Unterstützung eines Programmes mobilisieren, physische Umweltbedingungen zwecks Verstärkung des Nichtrauchens und Verminderung des Rauchens ändern. Peergruppen und ihre Normen spielen eine besonders wichtige Rolle für individuelle Werthaltungen und Verhaltensweisen von Individuen; Gruppendiskussionen in Peergruppen sind für die Veränderung individueller Werthaltungen und Verhaltensweisen besonders effektiv.

Gesundheitsförderungsprogramme wurden schon in verschiedene Alltagssettings integriert: vor allem in Familien, auch in Kindergärten, Schulen und anderen Erziehungseinrichtungen, in Schulen u.a. Da Familienerfahrungen die Entwicklungen von Kindern sehr beeinflussen, z.B. Entwicklungen in bezug auf Intelligenz, Bildungsmöglichkeiten, Delinquenz, verschiedene psychische Störungen; ist das Setting der Familie besonders geeignet, um erwünschte Veränderungen bei Kindern zu erzielen. Die Auswirkungen solcher Programme in verschiedenen Settings sind zu überprüfen.

Für das Ziel, Menschen zu gesundheitsförderlichen Veränderungen von Lebensweisen anzuregen und zu motivieren, sind sie zu ermutigen, Selbstverantwortung für ihre eigenen Handlungen zu übernehmen. Es ist nicht sinnvoll, individuelle Verantwortungen für Gesundheit zu vermindern und durch gesellschaftliche Verantwortungen zu ersetzen. Geeignete Zuweisungen von Verantwortung sind wichtig, um Hypothesen darüber aufzustellen, wie sich erwünschte Gesundheitsergebnisse erreichen lassen und wo Interventionen am ehesten erfolgreich sind.

Effektive Gesundheitsförderungsprogramme müssen auf einem klaren Verständnis von Faktoren für die Entwicklung von spezifischen Lebensstile, für Veränderungen von Lebensstilen und für die Beziehungen zwischen Lebensstilen und Gesundheit beruhen. Das Verständnis solcher Faktoren in bezug auf Lebensstile ist ein zentraler Beitrag der Psychologie. Weiterhin besteht die Aufgabe, für die Evaluation solcher Programme Meßmethoden für Lebensstile zu entwickeln, und zwar möglichst zuverlässige und gültige Meßmethoden, die Lebensstil-Vergleiche zwischen verschiedenen Teilen Europas ermöglichen.

Die Psychologie bietet zur Gestaltung von Gesundheitsförderungsprogrammen vielfältige Fachkompetenzen: in bezug auf die Informationsinhalte von Programmen und ihre Präsentation, auf Anregungen und zu trainierenden Fähigkeiten sowie auf geeignete Zeitstrukturierungen. Die Psychologie kennt viele bewährte Interventionsmethoden, um bei Individuen und Gruppen positives Gesundheitsverhalten zu fördern und negatives Gesundheitsverhalten zu vermindern. Psychologen bringen für alle Bereiche, die durch Gesundheitsziele angesprochen werden, bedeutsame Fähigkeiten zur Bewertung und Messung in bezug auf Forschungsansätze und Programm-Evaluationen mit.

Zur Förderung von Lebensqualität können Psychologen auch dadurch beitragen, daß sie Individuen und Gruppen befähigen, Lebensziele zu erkennen und zu definieren und Wege zu ihrer Verwirklichung zu planen. Die Ziele und Bedürfnisse verschiedener Gruppen können mit der Gesellschaft in Konflikt kommen; Sozialpsychologen stellen Modelle und Methoden zur Verfügung, um solche Konflikte zu einer größeren Zufriedenheit zu bewältigen. Menschen sind oft im Leben enttäuscht, weil sie nicht ihr volles Potential verwirklichen können; Psychologen helfen dazu, alternative Ziele zu erkennen, die mehr den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechen.

2.1.4 Die Bedeutung der Psychologie für die GFA-Politik

Die Psychologie ist für die Konzeptionierung und Verwirklichung der GFA-Politik sehr bedeutsam. Die Psychologie befaßt sich mit der Grundlagenforschung und der Ausarbeitung genereller Theorien und Prinzipien, von denen viele von zentraler Bedeutung für die GFA-Politik sind. Psychologie ist weiterhin ein Berufsfeld zur Anwendung von psychologischen Prinzipien und Methoden in einem weiten Bereich praktischer Probleme; Psychologen sind Fachleute für in der GFA-Politik zu verwirklichenden Methoden zur Veränderung und Beibehaltung von Verhaltensweisen. Mit dem einzigartigen Vorteil, eine wissenschaftliche Disziplin und ein Berufsfeld zu sein, ist die Psychologie sehr geeignet, die Interaktion zwischen Theorie und Praxis zu fördern.

Für die Bewältigung von Gesundheitsproblemen kann die Psychologie aufgrund ihrer Fachgebiete und Berufsfelder eine Vielfalt von verschiedenen Zugängen, Ergebnissen und Perspektiven zur Verfügung stellen. Sie kann vor allem innovatives Denken für eine allgemeine Bewegung zur „Gesundheit für alle“ fördern. Die Psychologie hat in den Gesundheitsdiensten vieler Länder einen bedeutenden Einfluß und kann in ihrer Erneuerung eine große Rolle spielen.

Die Psychologie ist als akademische Forschung und als berufliches Anwendungsfeld in nahezu jedem europäischen Land gut etabliert. Seit der Gründung der EFPPA existiert ein Konzept von internationalen Kooperationen.

2.1.5 Neuorientierung der Psychologie

Für bessere Beiträge der Psychologie zur Verwirklichung der GFA-Politik werden Neuorientierungen im Berufsfeld der Psychologie für erforderlich gehalten, zum Beispiel:

- **Neue Aufgaben für klinische Psychologen:**
Klinische Psychologen sollen nicht nur im Feld psychischer Störungen mit Einzelpersonen oder Kleingruppen arbeiten, sondern sich stärker in der primären Gesundheitsversorgung, in der Prävention körperlicher Erkrankungen sowie in der Gesundheitsförderung einsetzen. Maßnahmen, mit denen sich viele Menschen erreichen lassen, sind durch die Gestaltung direkter öffentlichkeitsbezogener Maßnahmen sowie durch die Aus- und Fortbildung für andere Gesundheitsberufe und für Laienhelfer zu fördern.
- **Neue Aufgaben für Pädagogische Psychologen:**
Kinder und Jugendliche brauchen neben Informationen über gesunde Lebensweisen auch Unterstützungen zur Entwicklung notwendiger emotionaler, kognitiver und verhaltensmäßiger Fähigkeiten und Gewohnheiten.
- **Neue Aufgaben für ABO-Psychologen:**
Arbeitsplätzen sind im Sinne der Streß-Reduzierung zu gestalten.
In Betrieben sind Programmen zur Gesundheitsförderung einzuführen.

2.2 Die Tagung des BDP-Arbeitskreises ‘Gesundheitsförderung’ zur GFA-Politik 1997

2.2.1 Das Vorfeld der Tagung

Im Rahmen des Konsultationsprozesses für die erneuerte GFA-Politik hat der BDP – genauer: der Arbeitskreis ‘Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention’ der Sektion Klinische Psychologie des BDP – in Zusammenarbeit mit dem WHO-Euro-Mitarbeiter Rüdiger Krech im Oktober 1997 eine vom Autor organisierte Tagung zum Thema „*Gesundheit für alle*“ in Europa - Ziele der Weltgesundheitsorganisation - Beiträge deutscher PsychologInnen“ durchgeführt. Durch die Tagung wurde angezielt, die Unterstützung der GFA-Politik durch die konkrete Arbeit von PsychologInnen darzustellen (die Referate sind als Beiträge in diesem Buch wiedergegeben) und die Erneuerung der GFA-Politik anhand eines von der WHO-Euro im Tagungsvorfeld zur Verfügung gestellten Entwurfes gemeinsam zu erörtern.

Aus dem Vorfeld der Tagung: Im Sommer 1994 hat ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen dem BDP und der WHO-Euro begonnen, vorwiegend vom Autor als dem BDP-Vertreter für Gesundheitspsychologie und dem WHO-Euro-Mitarbeiter Rüdiger Krech durchgeführt. Rüdiger Krech hat bei der Tagung des BDP-Arbeitskreises im Oktober 1994 durch ein Referat sowie durch die Leitung eines Podiumsgesprächs von PsychologInnen mit Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen mitgewirkt. (vgl. Rieländer u.a. 1995).

2.2.2 Berufstätigkeit von PsychologInnen für die GFA-Politik

Bei der Tagung diente der erste Tag zur Bestandsaufnahme der Berufstätigkeit von PsychologInnen für die GFA-Politik. 8 PsychologInnen referierten, wie sie durch ihre Arbeit im Feld der Gesundheitsförderung die GFA-Ziele unterstützen, wobei – im Sinne des von der WHO geförderten ‘Setting’-Ansatzes – die Gesundheitsförderung für soziale Systeme im Vordergrund stand. Dabei leiteten sie auch Empfehlungen für die erneuerte Zielstrategie ab (Die folgenden Buchbeiträge beruhen auf Referaten bei dieser Tagung: II, 2 (Rieländer); II, 6 (Brücher-Albers); II, 7 (Gusy & Kleiber); III, 1 (Hockel); III, 2 (Radewald); III, 5 (Abel) und III, 6 (Wittek & Schur)).

2.2.3 Perspektiven der Erneuerung für die GFA-Politik

Der zweite Tag diente der Erörterung des Erneuerungsprozesses der GFA-Politik und der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven durch die erneuerte GFA-Politik.

Zunächst stellte Rüdiger Krech den Prozeß der Erneuerung der Zielstrategie „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ und wesentliche Zielsetzungen der erneuerten Strategie vor. Die WHO stützt ihre Arbeit auf weitreichende Zukunftsperspektiven, auf die Ableitung von konkretisierenden Zielen mit festgelegten Zeitperspektiven und auf Rechenschaftsberichte über Gesundheitsentwicklungen.

In der europäischen Gesundheitspolitik sind für politisches und soziales Handeln erneuerte Orientierungen notwendig:

- Orientierungen auf Grundwerte wie Chancengleichheit, Solidarität und Tragfähigkeit;
- soziale und ökonomische Orientierungen auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit und gesunden Lebensbedingungen;
- Orientierungen auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen;
- Orientierungen an wissenschaftlichen Ergebnissen.

Ohne solche Erneuerungen würden die Gesundheitsgefahren steigen: größere Ausbreitung von Infektionskrankheiten, weiteres Aufbrechen von Familienstrukturen, eventuell auch mehr Gewaltreaktionen; weiterhin würde das Gesundheitswesen seine Verantwortung für Gesundheit als Gemeingut zugunsten einer Profitorientierung aufgeben, Zugänge zu Gesundheitsleistungen würden beschränkt, Unterschiede im Gesundheitszustand unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen würden zunehmen.

Das WHO-Regionalbüro sieht seine Hauptaufgabe darin, zum Erneuerungsprozeß der europäischen Gesundheitspolitik durch eine Konsensbildung mit den europäischen Nationen über erneuerte Zielvorgaben für die „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ beizutragen. Eine aktive Verwirklichung der Strategie „Gesundheit für alle“ und eine entsprechende Ausrichtung der gesellschaftlichen Bedingungen auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit ist Aufgabe aller europäischen Nationen, aller nationalen und internationalen politischen Sektoren sowie aller Organisationen, die im Bereich öffentlicher Gesundheit arbeiten.

Als wichtige Aufgaben im Erneuerungsprozeß stellte Rüdiger Krech dar:

- Politisches Handeln sollte sich an einem positiven umfassenden Gesundheitsverständnis der WHO orientieren:
 - **„Gesundheit ist ein Grundrecht aller Menschen.“**
 - **„Gesundheit ist ein Resultat positiver sozialer und ökonomischer Entwicklung, Ernährung, Erziehung und Kultur.“**
 - **„Gesundheit ist ein entscheidender Motor für Entwicklung.“**
Die Arbeit für Gesundheit ist eine Investition, während Krankheit Kosten verursacht.
- Gesundheitsförderung sollte ein wichtiges Handlungsprinzip für viele politische Sektoren sein, nicht nur für einen krankheitsorientierten Gesundheitssektor.
- Wichtig ist auch eine primäre Gesundheitsversorgung durch gemeindeorientierte Gesundheitsdienste mit einer Ausrichtung auf die Grundversorgung.
- „Gesundheit für alle“ als Leitziel erfordert das Streben zu Chancengleichheit und Solidarität in der Gesundheitspolitik; denn Gesundheit ist in höchstem Maße von sozialen Unterschieden abhängig.
- Der strategische Weg besteht aus einer Folge von klaren Zukunftsvisionen, der Ableitung konkretisierender Zielvorgaben mit bestimmten Zeitperspektiven und aus der Verpflichtung, Rechenschaft über zielbezogene Handlungen, Ergebnisse und Hindernisse zu leisten.

2.2.4 Herausforderungen der GFA-Politik für die psychologische Arbeit

Wie in der Diskussion mit Rüdiger Krech deutlich wurde, beinhaltet die Mitarbeit an gesundheitsorientierten Erneuerungsprozessen viele Herausforderungen an die Psychologie und die Berufstätigkeit von PsychologInnen:

- Die Sorge für gesunde Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen, die Sorge für gesundheitsförderliche Bedingungen in den Familien und in den Schulen, die Unterstützung der Familien und der Schulen sind besonders wichtige Aufgaben. Dazu gehört gegenwärtig auch die spezielle Sorge für Kinder und Jugendliche, die aus dem sozialen Netz herausfallen.
- Der enorme Anstieg älterer Menschen - von gegenwärtig 20% SeniorInnen über 60 Jahre auf ca. 30% in 30 Jahren - erfordert stärkere, auch psychologisch fundierte Auseinandersetzungen mit 'gesundem Altern', z.B. mit Produktivitätsmöglichkeiten älterer Menschen, mit psychologischen Bewältigungsmöglichkeiten von chronischen Erkrankungen und Behinderungen, mit

Maßnahmen für eine möglichst lange Erhaltung selbständiger Lebensführung, mit Fragen einer sinnerfüllten Lebensgestaltung, auch in der Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod.

- Die starke Bevorzugung marktwirtschaftlicher Orientierungen in der Gesellschaft und Politik hat zur Zunahme vieler gesellschaftlich bedingter psychosozialer Störungen geführt: mehr Gewalt schon im Kindes- und Jugendalter, mehr mentaler Streß mit Versagensängsten und Ängsten vor Arbeitslosigkeit, mehr 'Entwurzelung' durch erzwungene Wechsel von Lebenswelten.
- PsychologInnen sollten mit ihren Kompetenzen gesundheitsorientierte Zukunft stärker aktiv, initiativ, kreativ und offensiv mitgestalten; sie sollten sich dazu selbst Ziele setzen und Schritte zur Zielverwirklichung planen. Jedoch wirken bei PsychologInnen bisher auch bremsende Reaktionshaltungen: Reaktionen auf Menschen, die zu ihnen kommen, auf wahrgenommene Störungen, auf die Vorgaben eines krankheits- und medizinorientierten Gesundheitswesens'.
- PsychologInnen können zugunsten gesundheitsorientierter Erneuerungsprozesse in der Gesellschaft in vielen gesellschaftlichen Bereichen, nicht nur im Gesundheitswesen, neue Arbeitsfelder entdecken und kreativ gestalten.
- PsychologInnen können ihre Kenntnisse über Kommunikations- und Beziehungsprozesse und über soziale Kompetenzen mehr nutzen und somit aktiver zur Verbesserung von Kommunikations- und Beziehungsprozessen in vielen sozialen Systemen beitragen.
- In den vielen Tätigkeitsfeldern einer weit gefächerten Gesundheitsförderung ist für effektive Arbeitsergebnisse interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Anerkennung berufsspezifischer Kompetenzen und Beiträge notwendig. Leider wirken im Gesundheitswesen vielfältige Konkurrenzhaltungen zwischen den Gesundheitsberufen behindernd. PsychologInnen können reflektieren, wie weit sie interdisziplinäre Kooperationen aktiv fördern, wie sehr sie sich als 'Opfer' von Konkurrenzhaltungen erleben, auch ob sie Konkurrenzhaltungen verstärken.
- Da die WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ in der Gesellschaft zu wenig bekannt ist, sind Informationsaktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit für die WHO-Strategie wichtig; PsychologInnen könnten dazu einen Beitrag leisten.
- Die aktive Mitarbeit von PsychologInnen an gesundheitsorientierten Erneuerungsprozessen ist allerdings durch die randständige gesellschaftliche Position des Berufsstandes erschwert. Nach Aussagen von Rüdiger Krech haben die Psychologen in Gesundheitsfragen in der Öffentlichkeit noch nicht die Beachtung gefunden, die sie verdient haben.

2.2.5 Konsequenzen der Tagung für die Konzeptionierung der GFA-Politik

Nach telefonischen Auskünften hat Rüdiger Krech Anregungen aus der Tagung in die weiteren Erörterungen zur Konzeptionierung der GFA-Politik eingebracht. Dadurch sind dann psychologische Aspekte zur Bedeutung der Familienerfahrungen für die Entwicklung in der Kindheit und Jugendzeit sowie zur Bedeutung von Arbeitsplatz-Unsicherheit bzw. Angst vor Arbeitslosigkeit und Arbeitsunzufriedenheit stärker in der erneuerten GFA-Politik berücksichtigt.