

	<u>INHALT</u>	<u>Seite</u>
<b>Vorwort</b>		<b>2</b>
<b>Nachrichten von den Mitgliedern</b>		<b>3</b>
<b>Informationen aus Politik und Organisationen</b>		<b>4</b>
<b>Wichtige Neuerscheinungen</b>		<b>27</b>
<b>Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH</b>		<b>27</b>
<b>Tagungsberichte</b>		<b>30</b>
<b>Termine und Tagungsankündigungen</b>		<b>35</b>
<b>Stellenanzeige</b>		<b>55</b>
<b>Erneut in eigener Sache: Erneuerung von Mitglieder Daten</b>		<b>55</b>

## **Vorwort**

### **Liebe Mitglieder des GNMH,**

Der erste Newsletter in 2011 für alle zur Information und Identitätsstiftung. Es scheint immer etwas schwierig diesen Rundbrief zu erstellen – das Gefühl eines Mangels an Information – schleicht sich ein – und dann ist doch am Ende wieder einiges zu berichten wie unten zu sehen ist. Es gibt da immer wieder einige sehr engagierte GNMH-Mitglieder, die etwas zu liefern haben. Anderes schweigen eher und man weiß dann nicht, ob die Aktivitäten einfach akzeptiert werden oder auch nur noch randständig interessieren. Ein wenig Rückmeldung täte Not. Das bezieht sich auch auf unser nächstes Treffen und Tagung in Mainz vom 31.8.-1.9.2011. Eine Reihe von Mitgliedern engagiert sich wahrnehmbar als ReferentIn; viele Interessenten werden zu unserem Treffen dazu kommen. Das Netzwerk selbst ist ansonsten noch sehr zurückhaltend, was einen möglichen Besuch des GNMH-Treffens und die Tagung anbelangt. Aber es ist ja noch Zeit für Anmeldung und vielleicht motiviert das Tagungsprogramm, das in diesem Newsletter nochmals abgedruckt ist.

Insgesamt ist das Thema Prävention und Gesundheitsförderung national und international lebendig und zeigt deutliche Trends (siehe Tagungsberichte). Selbst die Politik meldet sich mit der Forderung nach mehr Prävention und entsprechenden gesetzlichen Initiativen zurück.

Gute Lektüre und Freude beim Auffinden doch einiger wertvoller Schätze

Marburg im Juni 2011

Bernd Röhrle

## Nachrichten von den Mitgliedern

### Eberhard Göpel

#### Netzwerk für Gesundheitsförderung D/A/CH in Wien gegründet



**Fachpersonen und Organisationen der Gesundheitsförderung aus Deutschland (D), Österreich (A) und der Schweiz (CH) haben Anfang April 2011 in Wien das „Netzwerk für Gesundheitsförderung D/A/CH“ ins Leben gerufen. Das Netzwerk will den fachlichen Austausch und die fachliche Weiterentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Raum fördern sowie insbesondere eine wirkungsvolle Integration von Wissenschaft, Praxis und Politik der Gesundheitsförderung unterstützen.**

Vor 25 Jahren, im Jahre 1986, hat die Weltgesundheitsorganisation mit der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung einen Paradigmenwechsel der öffentlichen Gesundheit begründet. Die Zielsetzung der Ottawa Charta, allen Menschen ein höheres Maß an Einfluss auf die Bedingungen ihrer Gesundheit zu ermöglichen, macht das neu gegründete Netzwerk zum Ausgangs- und Zielpunkt seiner Aktivitäten.

Das Netzwerk wird von den Beiträgen und Ressourcen seiner Mitglieder getragen. Bereits in der Entwicklungsphase haben die Hochschule Magdeburg-Stendal (Fachbereich Gesundheits- und Sozialwesen), die Hochschule für Soziale Arbeit der FH Nordwestschweiz in Olten und der Fonds Gesundes Österreich Aufbauarbeit geleistet. In den sechs Wochen vor der Gründung hatten rund 230 Fachpersonen an einer Online-Befragung teilgenommen und damit entscheidend mitgeholfen, die künftigen Netzwerktätigkeiten zu gewichten.

Weitere Informationen gibt es hier:

- Deutschland: Prof. Dr. Eberhard Göpel, Hochschule Magdeburg-Stendal, Tel.:
  - 0049(0)391-8864304 E-Mail: [eberhard.goepel@hs-magdeburg.de](mailto:eberhard.goepel@hs-magdeburg.de)
- Schweiz: Prof. Felix Wettstein, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Tel.
  - 0041(0)62 311 96 58, E-Mail: [felix.wettstein@fhnw.ch](mailto:felix.wettstein@fhnw.ch)
- Österreich: Dr. Rainer Christ, Fonds Gesundes Österreich, Tel.
  - (0043) -1-8950400-21, E-Mail: [rainer.christ@goeg.at](mailto:rainer.christ@goeg.at)

## Informationen aus Politik und Organisationen

### Bundesministerium für Bildung und Forschung

## **Die Forschungsbörse im Wissenschaftsjahr 2011 – Forschung für unsere Gesundheit**

**Sie sind als Wissenschaftler in der Gesundheitsforschung tätig und wollen Schülern die Faszination Ihres Fachs vermitteln? Die Forschungsbörse macht das möglich.**

Die Gesundheitsforschung ist das Thema des Wissenschaftsjahres 2011. Mit dem Motto „Forschung für unsere Gesundheit“ wendet es sich vor allem an junge Menschen und möchte diese zur Auseinandersetzung über die Herausforderungen und die Perspektiven der Gesundheitsforschung einladen.

Wichtig für den Dialog mit dem wissenschaftlichen Nachwuchs ist dabei der persönliche Kontakt mit der Forschung. Die Forschungsbörse der Wissenschaftsjahre bietet dafür die Plattform. Über die Website [www.forschungsboerse.de](http://www.forschungsboerse.de) vermittelt das Wissenschaftsjahr Forscher, Expertinnen und Praktiker unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen an die Schulen.

Über 100 Wissenschaftler der Energieforschung machen bereits im Wissenschaftsjahr Energie mit und bieten Termine für Schulklassen der Sekundarstufe II an. Im Wissenschaftsjahr 2011 – Forschung für unsere Gesundheit wird die Forschungsbörse erweitert und sucht Sie: Wissenschaftlerinnen, Forscher und Experten für persönliche Begegnungen mit Schulklassen. Zeigen Sie Kindern und Jugendlichen, woran sie forschen und warum Forschung wichtig ist. Vor Ort, in ihrer Region – im Klassenzimmer oder an Ihrem Arbeitsplatz.

### **Forscherinnen und Forscher in die Schulen**

Mitmachen kann, wer in Hochschulen, Forschungseinrichtungen oder Unternehmen im Bereich der Gesundheitsforschung tätig ist. Wir suchen Mediziner, Biologen, Ernährungswissenschaftler und Chemiker, aber auch Ingenieure, Soziologen, Philosophen und Betriebswirte, die Schulklassen ihre Projekte präsentieren und ihre Begeisterung für ihren Forschungsbereich vermitteln wollen. Zeigen Sie

Schülerinnen und Schülern, wie vielseitig und abwechslungsreich Wissenschaft und Forschung für unsere Gesundheit sein kann.

### **Wir stellen Ihre Gesundheitsforschung vor – [www.forschungsboerse.de](http://www.forschungsboerse.de)**

Wir machen Ihr Engagement auf [www.forschungsboerse.de](http://www.forschungsboerse.de) sichtbar. In der Forschungsbörse präsentieren wir Sie, Ihre Arbeit und Ihre Institution. Mit einem Portraitfoto und einem persönlichen Eintrag werben Sie für Ihre Disziplin und laden Schülerinnen und Schüler zum Gespräch ein. Über die Website können Schulklassen Sie persönlich in den Unterricht einladen.

**Ihnen gefällt die Idee?** Anmelden können Sie sich unter [www.forschungsboerse.de](http://www.forschungsboerse.de) oder direkt beim:

Büro Wissenschaftsjahre – PT-DLR e.V.

Alexandra Therése Gottschalk

Carnotstraße 5 | 10587 Berlin

Tel.: +49 30 67055782

[forschungsboerse@dlr.de](mailto:forschungsboerse@dlr.de)

#### SIE SIND LEHRER UND IHNEN GEFÄHLT DIE IDEE?

Dann nutzen Sie die **Forschungsbörse**: Kontaktieren Sie gemeinsam mit Ihrer Schulklasse Forscher in Ihrer Region und laden Sie Experten aus den Bereichen der Gesundheits- und Energieforschung in den Unterricht ein. Unser Newsletter wird Sie über Forscher und Forscherinnen in Ihrer Region informieren. Melden Sie sich auf [www.forschung-fuer-unsere-gesundheit.de](http://www.forschung-fuer-unsere-gesundheit.de) an.

#### SIE SIND GESUNDHEITSFORSCHER UND WOLLEN BEI DER FORSCHUNGSBÖRSE MITMACHEN?

Dann kontaktieren Sie uns! Anmelden können Sie sich unter [www.forschungsboerse.de](http://www.forschungsboerse.de) oder direkt beim.

Büro Wissenschaftsjahre – PT-DLR e.V.  
Alexandra Therese Gotschalk  
Carnotstraße 5 | 10587 Berlin  
Tel.: +49 30 67055709  
[forschungsboerse@dlr.de](mailto:forschungsboerse@dlr.de)

#### LUST AUF MEHR?

Im Wissenschaftsjahr Gesundheitsforschung gibt es zahlreiche weitere Angebote für Schülerinnen und Schüler: Die Schulkino-wochen zeigen Filme rund um das Thema Gesundheitsforschung, das Ausstellungsschiff MS Wissenschaft ist auch in diesem Jahr unterwegs und legt mit Exponaten zum Thema des Wissenschaftsjahres in 35 Städten an. Und zum ersten Mal laden neun deutsche Science Center mit einer interaktiven Ausstellung ein, den Körper und die Sinne in ungewöhnlichen Zusammenhängen zu erfahren. Ein Quiz für Kinder „Die Gesundheitsforscher“ sowie alle weiteren Informationen finden Sie auf der Website des Wissenschaftsjahres Gesundheitsforschung.



### SPD Fraktion

Deutscher Bundestag Drucksache 17/5384 17. Wahlperiode 06. 04. 2011  
<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/053/1705384.pdf>

#### **Antrag**

**der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim), Bärbel Bas, Dr. Karl Lauterbach, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Ute Kumpf, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Ewald Schurer, Dr. Marlies Volkmer, Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD**

**Potenziale der Prävention erkennen und nutzen – Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Angesichts veränderter Rahmenbedingungen in den sozialen Sicherungssystemen gewinnt die Notwendigkeit der Vermeidung von Krankheits- und Krankheitsfolgekosten an Bedeutung. Herausforderungen wie eine zunehmende Dominanz chronischer Erkrankungen, der Anstieg psychischer Krankheiten sowie die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und sozialer Lage können durch eine verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung besser gemeistert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft werden Prävention und Gesundheitsförderung immer

mehr zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Um die sozialen Sicherungssysteme langfristig zu stabilisieren, ist es dringend erforderlich, die Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen, die Vorbeugung von Krankheiten, die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Hilfebedürftigkeit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung sowie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern.

Bisherige Bemühungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zeigen vielfältige Probleme, die einer erfolgreichen Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen entgegenstehen. Es existieren viele gute Ansätze, welche jedoch meist nur lückenhaft verbreitet und nur selten in die bestehenden Regelsysteme integriert sind. Als wesentliche Schwachstellen gelten die fehlende Berücksichtigung von Schnittstellen zu anderen Sektoren und die fehlende Vernetzung der im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Akteure. Die Präventionslandschaft ist fragmentiert, ihre Ziel(gruppen)-orientierung uneinheitlich, nicht aufeinander abgestimmt und ineffektiv. Eine eher als aktionistisch zu bewertende Reihe von Modellprogrammen sorgt kaum für Nachhaltigkeit. Ein flächendeckendes Angebot an wirksamen Präventionsleistungen kann so nicht entstehen. Insbesondere im Bereich der lebensweltorientierten Prävention sowie in der Primärforschung, die den Nutzen von Prävention nachweisen kann, besteht bei den Trägern und in Wissenschaft und Forschung ein großer Nachholbedarf.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung verweist auf die Bedeutung von Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsselbsthilfe und der Präventivmedizin (health in all policies). Sie zeigt die Notwendigkeit auf, Maßnahmen von Prävention und Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen und Gesundheitskompetenzen zu fördern. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, braucht es neben einer stärkeren Unterstützung einzelner Präventionsprogramme eine ganzheitliche, nachhaltige und qualitätsorientierte Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Wir brauchen eine Prävention und eine Gesundheitsförderung, die systematisch in die bestehende Gesundheitsversorgung eingebunden und deren Finanzierung ausreichend und langfristig gesichert sind. Wichtig dabei bleibt, die über die letzten Jahre geschaffenen Strukturen zu sichern, auszubauen und im Sinne der Qualitätssicherungs- und Wirkungskontrollen zu optimieren. Den Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Zum einen muss die Wertschätzung von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung im Bereich der Gesundheitspolitik massiv erhöht werden und zum anderen sollen Insellösungen, Schnittstellenproblematiken und mangelnde Qualitätssicherung bekämpft werden. Das gilt auch für den Bereich Kuren und Rehabilitation. Denn für eine effektive Prävention und Gesundheitsförderung müssen alle gesundheitsbezogenen Maßnahmen wie auch Rehabilitation und Pflege ineinandergreifen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen benennt in seinem Gutachten 2009 diverse Beispiele, in denen sich die ungleiche soziale Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen zeigt. Es fängt bei der geringen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch sozial benachteiligte Kinder an und endet bei der signifikant niedrigeren Lebenserwartung und der geringeren Anzahl der gesund verbrachten Jahre insbesondere bei Männern mit einem niedrigen sozialen Status. Der 13. Kinder- und Jugendbericht bestätigt Erkenntnisse der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts, wonach das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen in diesen Bevölkerungsgruppen besonders groß ist. Das Augenmerk muss daher noch stärker als bisher auf die Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko gerichtet werden. Es gilt zudem, die Kinder- und Jugendhilfe mit den verschiedenen Akteuren des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens enger zu verzahnen, um gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter zu fördern (siehe auch den Antrag der Fraktion der SPD „Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen fördern“ auf Bundestagsdrucksache 17/3178).

2050 wird voraussichtlich jeder dritte Bundesbürger bzw. jede dritte Bundesbürgerin älter als 60 Jahre sein. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung wird von derzeit 42,9 Jahren auf voraussichtlich 48 Jahre im Jahr 2050 ansteigen. Erfreulicherweise geht die erhöhte Lebenserwartung auch mit ei-

ner Zunahme an gesunden Jahren einher. Eine deutliche Zunahme von älteren sowie von hochbetagten Menschen wird jedoch besondere Anforderungen an das deutsche Gesundheitswesen stellen. Inwiefern der medizinische Fortschritt und die Entwicklung neuer Medikamente mit einer erhöhten Medikalisierung und damit mit steigenden Kosten einhergehen, kann bislang nur schwer vorausgesagt werden. An den prognostizierten realen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen bis 2060 werden der Anstieg aufgrund des medizinischen Fortschritts zu drei Vierteln und der demografische Wandel zu einem Viertel verantwortlich gemacht. Die Potenziale der Prävention müssen daher erkannt und genutzt werden, um die kommenden Belastungen zu minimieren. Mit einer verbesserten Prävention über die gesamte Lebensspanne können auf Dauer nachhaltige Einsparungen im Gesundheitswesen erreicht werden.

Ziele für eine gute Gesundheit im höheren Lebensalter sind die Vermeidung von Erkrankungen, Multimorbidität, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Hilfebedürftigkeit. Präventive Maßnahmen und Projekte können auf die Gesundheits- und Alltagskompetenz, die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die gesundheitliche Verfassung älterer Menschen positiv Einfluss nehmen. Auch für pflegebedürftige Menschen können die Präventions- und Rehabilitationspotenziale verbessert werden. Eine verbesserte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen ist dringend erforderlich. Präventive Gesundheitsdienste können insbesondere in einem frühen Stadium der Erkrankung das Gesundheitsmanagement deutlich verbessern und die Kosten für die nachfolgende Gesundheitsversorgung, Pflege und Betreuung beträchtlich senken.

Menschen aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten können in besonderem Maße von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren, da sie eine höhere Anzahl von gesundheitlichen Risikofaktoren aufweisen als bildungsnahe Bevölkerungsgruppen. Um sie besser als bisher für präventive Maßnahmen erreichen zu können, kommt der Zielgruppenorientierung in der Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung zu. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede in den Lebenslagen führen zu unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken, die bei Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig eine verstärkte Aufmerksamkeit erhalten sollten. Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich stärker als bisher an den Lebenswelten der Menschen orientieren und verstärkt settingbezogene Ansätze einbeziehen. Die Niedrigschwelligkeit der Maßnahmen, eine ziel- und zielgruppenorientierte Ansprache, die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie verlässliche Ansprechpartner vor Ort sind hierfür von besonderer Bedeutung.

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist ein gutes Beispiel für die Wirksamkeit von Maßnahmen nach dem Settingansatz. Vor allem in großen Unternehmen profitieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Unternehmen als Ganzes von den Maßnahmen. Auch das Kooperationsgebot für die Träger von Unfall- und Krankenversicherungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren hat sich als wirksam erwiesen. Diese Erfolge dienen als Anreiz, die betriebliche Gesundheitsförderung kontinuierlich weiterzuentwickeln und ihre erfolgreichen (Setting-)Ansätze auch in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung anzuwenden. Defizite hat die betriebliche Gesundheitsförderung dort, wo sie kleine und mittlere Unternehmen anspricht. Neben den strukturellen Ursachen in den Unternehmen gilt es auch die bestehenden Angebote und Anreize der Träger besser auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter abzustimmen. Best-Practice und konkrete Erfolgsmodelle können dabei helfen, betriebliche Gesundheitsförderung auch für kleine und mittlere Unternehmen attraktiv und durchführbar zu gestalten.

Die Kompetenzen der in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Einrichtungen müssen zu einem „Nationalen Institut für Prävention“ gebündelt und ausgebaut werden. Ein solches Institut soll in seiner Funktion verbindliche Strukturen und Rahmenvorgaben schaffen, qualifizierte Beratungsangebote für die Akteure anbieten und die Entwicklung sowie Umsetzung einer systematischen Primärpräventionsforschung ermöglichen. Hierzu müssen die Rollen der einzelnen Einrichtungen neu überdacht und neu geordnet werden.

Die Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention muss gebündelt werden. Immer knapper werdende finanzielle Ressourcen dürfen von den verschiedenen Trägern nicht in Parallelstrukturen oder gegensätzlichen Ansätzen verwendet werden. In Österreich und der Schweiz wurden gute

Erfahrungen mit Stiftungslösungen gemacht. Darauf aufbauend, müssen die Ausgaben aller Sozialversicherungszweige, des Bundes, der Länder und aller anderen Träger von Leistungen zur Gesundheitsförderung in einer Stiftung zusammengeführt werden. Aufgabe der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung muss es sein, zu koordinieren und auch selbst operativ tätig zu werden. Projekte mit einer nachgewiesenen „Guten Praxis“ müssen vorangetrieben werden und flächendeckenden Einsatz finden. Dem vorherrschenden Etikettenschwindel zwischen theoretischen Projektvorhaben und praktischer inhaltlicher Umsetzung muss durch eine fundierte wissenschaftliche Basis vorgebeugt werden, die zur stetigen Qualitätsentwicklung und -sicherung beiträgt. Gemeinsam durch die Akteure erarbeitete, nationale Präventionsziele müssen die Grundlage für die Strategien und Aktivitäten in diesem Sektor bilden. Das Nationale Institut für Prävention kann hierfür eine wichtige Rolle einnehmen. Darüber hinaus muss die Forschung in der Prävention und Gesundheitsförderung deutlich stärker gefördert werden.

Präventive und gesundheitsförderliche Intervention müssen als gesamtgesellschaftliche ressortübergreifende Aufgabe in der Bundes-, Länder- und Kommunalpolitik erkannt werden und als vierte Säule des Gesundheitswesens neben Kuration, Pflege und Rehabilitation als eine eigenständige Säule im Gesundheitswesen etabliert und legitimiert werden. Dazu braucht es einen verbindlichen strukturellen wie gesetzlichen Gesamtrahmen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. eine umfassende Präventionsstrategie für den Bund zu entwickeln, die

- a) Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Reha etabliert;
- b) nationale Präventionsziele definiert, an denen sich die Strategien und Aktivitäten der unterschiedlichsten Akteure ausrichten können;
- c) die beteiligten Ministerien in interministerieller Abstimmung eng in die Ausgestaltung der Präventionsstrategie einbezieht und die betroffenen Ressorts verpflichtet, die Gesetzgebung des Bundes hinsichtlich deren Auswirkungen auf die nationalen Präventionsziele zu bewerten;
- d) die Prävention von Sucht einbezieht;
- e) die jeweiligen spezifischen Bedarfe der Generationen geschlechterspezifisch vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft berücksichtigt;

2. einen Entwurf für ein Präventionsgesetz und damit einen gesetzlichen Rahmen für eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung vorzulegen, welcher

- a) die Terminologie für sämtliche gesetzliche Regelungen wie die Sozialgesetzbücher einheitlich regelt und dabei den aktuellen wissenschaftlichen Stand berücksichtigt;
- b) die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und Kommunen in diesem Bereich vorgibt und Zuständigkeiten eindeutig klärt;
- c) den Erfahrungsaustausch und die Vernetzung sicherstellt und ausbaut;
- d) den Ausgabenrichtwert nach § 20 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in seiner jetzigen Form aufhebt und für die Ausgaben der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung einen Mindestausgabenrichtwert von 10 Euro pro Versichertem festlegt, dessen Unterschreitung sanktioniert werden kann;
- e) Leistungen in Settings mit niedrighschwelligigen Maßnahmen und einer zielund zielgruppenorientierten Ansprache besonders fördert, damit die gesundheitliche Situation der Versicherten in ihrer Lebenswelt mit der individuellen gesundheitlichen Belastung durch das Lebensumfeld ermittelt und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation entwickelt werden können;
- f) die Krankenkassen verpflichtet, auch für nichtbetriebliche Settingmaßnahmen einen Mindestausgabenrichtwert einzuhalten und die in diesem Bereich eingesetzten Mittel mindestens zu verdreifachen;
- g) eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung als neue gemeinsame Organisationseinheit der Sozialversicherung, des Bundes und der Länder errichtet und finanziell unterstützt;
- h) die gesetzliche Krankenversicherung, die private Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung sowie die Länder als Stifter für eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gewinnt;



- i) die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung ermächtigt, die Ziele sowohl für die Verhaltensprävention als auch für die Settingmaßnahmen vorgeben, koordinieren und kontrollieren zu können, an gesundheitlicher Aufklärung mitzuwirken, innovative Modellprojekte durchzuführen und Qualitätsstandards (Definition, Verfahren und Qualitätskontrolle) setzen zu können;
- j) die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung damit beauftragt, die Präventionsmaßnahmen aller Träger zu koordinieren, anzuregen, die Umsetzung zu begleiten und als Ansprechpartnerin für Betriebe, Kindertageseinrichtungen, Schulen und Sportvereine zu dienen, wobei auf die bestehende Infrastruktur zurückgegriffen werden sollte. Dabei könnten auch die Mehrgenerationenhäuser als Orte für Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort in Frage kommen, wenn sie dafür geeignet sind;
- k) ein der Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung untergeordnetes Nationales Institut für Prävention einrichtet, das Richtlinien für die Schaffung verbindlicher Strukturen und Rahmenvorgaben erarbeitet, qualifizierte Beratungsangebote für die Akteure anbietet, Standards für Qualitätssicherung und Evaluierung entwickelt und die Einhaltung nationaler Präventionsziele überwacht;
- l) Wissenschaft und Forschung in den Bereichen Public Health, Gesundheitsökonomie, Gerontologie und medizinische Soziologie stärkt und insbesondere die Primärforschung fördert;
- m) die betriebliche Gesundheitsförderung für kleine und mittlere Unternehmen mit kooperativen Ansätzen, wie etwa die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga), fördert;
- n) die Organisationen des Sports beim Aufbau und der Durchführung von bewegungsorientierten Präventionsprogrammen einbezieht;
- o) Disease-Management-Programme ausbaut;
- p) Raucherentwöhnung für betriebliche Gesundheitsförderung über die Krankenkassen stärker fördert und die Prävention von Sucht zu einem Schwerpunkt macht;
- q) den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in den Kommunen als ersten lokalen und regionalen Ansprechpartner für kleine und mittlere Betriebe, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Vereine und andere Akteure stärkt und die Kommunen darin unterstützt, durch eine ausreichende Finanzierung die Handlungsfähigkeit des ÖGD zu verbessern;
- r) eine verbesserte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen erreicht sowie das geriatrische Assessment und den präventiven Hausbesuch als Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung begreift;
- s) eine kontinuierliche Berichterstattung zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Prävention jeweils einmal pro Legislaturperiode, erstmals drei Jahre nach seinem Inkrafttreten regelt.

Berlin, den 6. April 2011

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

## **Fraktion der Grünen**

**Deutscher Bundestag Drucksache 17/5529 17. Wahlperiode 13. 04. 2011**

<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/055/1705529.pdf>

### **Antrag**

**der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Fritz Kuhn, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, Katja Dörner, Beate Müller-Gemmeke, Kai Gehring, Ekin Deligöz, Ulrike Höfken, Cornelia Behm, Katrin Göring-Eckardt, Winfried Hermann, Sven-Christian Kindler, Dr. Hermann Ott, Brigitte Pothmer, Tabea Rößner, Christine Scheel, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Daniela Wagner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung schaffen – Gesamtkonzept für nationale Strategie vorlegen**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Prävention und Gesundheitsförderung haben nicht den Stellenwert, den sie verdienen, denn die großen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung können mit einer rein kurativen Ausrichtung

des Gesundheitssystems nicht gelöst werden. Ein überwiegend auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtetes Versorgungssystem kann die zentralen Herausforderungen der Zukunft nicht lösen. Eine steigende Lebenserwartung und der daraus resultierende Versorgungsbedarf, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen bedürfen einer deutlichen Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung. Für Prävention und Gesundheitsförderung wird in Deutschland nur ein Bruchteil der Gesundheitsausgaben aufgewendet. Zudem ist die Finanzierung der Primärprävention in weiten Teilen projektgebunden, eher auf kurze Zeiträume angelegt und oft nicht nachhaltig. Prävention und Gesundheitsförderung sind bislang jedoch kein gesundheitspolitischer Schwerpunkt der Bundesregierung und einem Präventionsgesetz hat sie eine Absage erteilt, obwohl nach wie vor kein ordnungspolitischer Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung existiert.

Der Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung ist groß. Dringenden Handlungsbedarf gibt es bei der Prävention von chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herz-Kreislaufsystems und psychischen Erkrankungen. Rund 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben bereits psychische Probleme und ebenso viele haben Übergewicht. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse, aber auch sich verändernde Belastungen am Arbeitsplatz erfordern Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen werden als Zielgruppe von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten bislang kaum erreicht. Wesentlich für den Erhalt der psychischen und körperlichen Gesundheit im Alter ist die Integration in ein soziales Netzwerk. Mangelnde soziale Unterstützung stellt im Alter insbesondere bei sozial Benachteiligten eine wesentliche Barriere für körperliche Aktivität und die Inanspruchnahme präventiver Versorgungsangebote dar.

Eine zentrale Herausforderung ist es, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Statistisch gesehen haben einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, Arbeitslose, Alleinerziehende und ihre Kinder sowie Menschen mit Migrationsgeschichte signifikant höhere Gesundheitsrisiken. Ursachen dieser sozialen Ungleichheit sind größere Gesundheitsbelastungen durch schlechtere Lebensbedingungen von Geburt an, durch geringere Bildung, geringes Einkommen, belastende Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, geringe Erholungsmöglichkeiten, schlechte Wohnverhältnisse, fehlende soziale Teilhabe.

Gesundheitsförderung zielt auf die Ressourcen der Menschen ab und soll sie befähigen, selbstbestimmt und bewusst mit ihrer Gesundheit umzugehen. Das unterscheidet die Gesundheitsförderung von einer Zeigefingermentalität, mit der den Menschen ein gesundes Leben vorgeschrieben wird. Das in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung formulierte Leitbild einer politikfeldübergreifenden Gesundheitsförderung, die die Menschen in ihren Lebenswelten anspricht, ist noch nicht erreicht. Kinder, Jugendliche, Ältere und sozial Benachteiligte können am besten durch lebensweltbezogene Maßnahmen und nach dem „Settingansatz“ in ihrem direkten Lebensumfeld beeinflusst werden. Dazu ist eine professions- und sektorübergreifende Zusammenarbeit von der kommunalen über die Länder- bis zur Bundesebene erforderlich.

Die Länder benennen Gesundheitsförderung zwar durchgehend als kommunale Aufgabe, aufgrund der Finanznot der Kommunen und der Länder stehen aber zumeist keine hinreichenden Mittel und Unterstützungsstrukturen für eine wirkungsvolle Umsetzung zur Verfügung. Die Netzwerke settingorientierter Gesundheitsförderung zum Beispiel in Schulen, Altersheimen oder Krankenhäusern müssen in ihrer Arbeit zum großen Teil ohne staatliche Unterstützung auskommen. Zu oft hängt es deshalb vom Engagement Einzelner oder der Dynamik in der Kommune ab, inwieweit Gesundheitsförderung und eine entsprechende Kooperation der Akteure stattfinden.

Es braucht neben gut evaluierten Modellprojekten mit einer begrenzten Laufzeit insbesondere langfristige Angebote, die bewährte Angebote in die Fläche bringen. Zudem müssen eine kontinuierliche Qualitätssicherung und Evaluation durchgeführt werden. Um diesen Paradigmenwechsel einzuleiten, ist es notwendig, mit einem Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung die Grundlage für eine gesundheitsfördernde Gesamtstrategie zu schaffen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung vorlegen

1. ein Gesetz für Prävention und Gesundheitsförderung vorzulegen, das den Bereich der nichtmedizinischen Primärprävention und der Gesundheitsförderung umfasst. Es soll sowohl die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure verbindlich regeln als auch eine verlässliche und klare Finanzierung für die Prävention und Gesundheitsförderung schaffen und diese auf eine breitere Finanzierungsbasis unter Einbeziehung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stellen.

Insbesondere wird die Bundesregierung aufgefordert:

- a) zügig einen Bund-Länder-Arbeitskreis einzurichten, der Empfehlungen für den neuen ordnungspolitischen Rahmen zur besseren Steuerung und Koordination der Prävention und Gesundheitsförderung im Bund und in den Ländern und Kommunen macht. Dabei soll sichergestellt werden, dass an bereits etablierte und bewährte Koordinierungsstrukturen für Prävention und Gesundheitsförderung angeknüpft wird;
- b) auf Grundlage der Empfehlungen des Bund-Länder-Arbeitskreises in einem Gesetz die Leistungen, Träger und jeweiligen Verantwortungsbereiche von Bund, Ländern und Kommunen für Primärprävention und Gesundheitsförderung festzuschreiben und dabei sicherzustellen, dass sich an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Primärprävention und deren Qualitätsentwicklung Bund, Länder und Kommunen beteiligen;
- c) Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe in den Sozialgesetzbüchern zu verankern und alle Sozialversicherungsträger sowie die private Kranken- und Pflegeversicherung an der Finanzierung nach dem Verhältnis der Versicherten zu beteiligen. Das Finanzvolumen dieser gesamtgesellschaftlich orientierten Primärprävention soll in der Startphase 500 Mio. Euro betragen und in den Folgejahren jeweils um 10 Prozent angehoben werden. Mit dem Gesetz soll ein Konzept für eine regional gesteuerte Mittelvergabe vorgelegt werden. Mindestens die Hälfte der eingesetzten Mittel soll für lebensweltbezogene Maßnahmen bereitgestellt werden;
- d) für den Aufbau einer Bundes- und je einer Landeskoordinierungsstelle für Prävention und Gesundheitsförderung auf bereits etablierte Strukturen zurückzugreifen wie etwa die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung, die Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung und [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de);
- e) ein Nationales Kompetenzzentrum für Qualität und Qualitätssicherung für nichtmedizinische Prävention und Gesundheitsförderung einzurichten, das Kriterien für Qualitätsentwicklung und Evaluation festlegt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sollte für den Aufbau genutzt werden und regelmäßige bundesweite und repräsentative Erhebungen durchführen, die evaluieren, mit welchen Programmen und Kooperationspartnern welche Zielgruppen am besten erreicht werden;
- f) die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder kontinuierlich zur Planung und Bewertung von Instrumenten und Maßnahmen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu nutzen;
- g) kurzfristig in einem ersten Schritt § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) weiterzuentwickeln, dort zur gezielteren Finanzierung den Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung in Settings auf 50 Prozent zu erhöhen und davon jeweils die Hälfte für die betriebliche Gesundheitsförderung und die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung vorzusehen. Lebensweltbezogene Maßnahmen sollen weitgehend in örtlichen bzw. regionalen Kooperationen gebündelt werden und mit den Kommunen abgestimmt werden. Für die betriebliche Gesundheitsförderung sollen feste regionale Arbeitsgemeinschaften unter Einbeziehung der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften etabliert werden.

Nationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln

2. unter Einbeziehung bereits bestehender beteiligungsorientierter Organisationen und Vereinigungen auf der Bundes- und Landesebene eine nationale und politikfeldübergreifende Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Gesundheit und soziale Lage zu entwickeln, die folgende Ziele verfolgt:

- a) Ein Prozess zur Reorganisation von Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention von Kindern und Jugendlichen wird initiiert, der die Schnittstellen, Übergänge und Versorgungsbrüche zwischen den unterschiedlichen verantwortlichen Systemen überwindet bzw. deutlich reduziert. Die Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe werden genutzt, um Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention als flächendeckende integrierte Regelangebote besser zu verankern. Dabei werden Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention als fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe sowie als Teil gesundheitlicher Bildung in der Kinder- und Jugendarbeit etabliert.
- b) Die Reichweite der betrieblichen Gesundheitsförderung wird durch Ausweitung der Angebote für ältere und weibliche Beschäftigte erhöht. Die Voraussetzungen für betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben werden verbessert. Der Fokus der betrieblichen Gesundheitsförderung wird stärker als bisher auf die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ausgerichtet. Die EU-Rahmenvereinbarung über arbeitsbedingten Stress wird in einer nationalen Strategie umgesetzt, die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Betriebe einbezieht.
- c) Arbeitsförderung, Prävention und Gesundheitsförderung werden besser miteinander verzahnt. Als ersten Schritt hierfür werden in einer Rahmenvereinbarung der Hauptakteure der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsförderung die Leitlinien im Bereich der Prävention, Kooperationsformen, Schnittstellen und abgestimmte Erstattungsrichtlinien für die Teilnahme von Arbeitslosen an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen vereinbart.
- d) Bereits zum Beginn von Arbeitslosigkeit werden systematisch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur psychosozialen Stabilisierung unterbreitet. Im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements wird eine ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser sichergestellt.
- e) Auf Grundlage der Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. wird ein Handlungsprogramm zur Prävention im Alter aufgelegt. Dabei wird ein Konzept für die bessere Erreichbarkeit von älteren, noch nicht pflegebedürftigen Menschen entwickelt. Zudem wird eine Interventionsstudie für ein präventives Hausbesuchsprogramm für Menschen über 75 Jahre durchgeführt. Sie liefert Aufschluss über eine sinnvolle Ziel- und Zielgruppenbestimmung, notwendige Qualifikation der Durchführenden, Programmstruktur und Kosten eines Hausbesuchsprogramms.
- f) Qualitätskriterien für eine kultursensible und geschlechtersensible Gesundheitsförderung und Prävention werden auf Basis der Erkenntnisse der Gesundheitsberichterstattung und -forschung entwickelt. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung werden kultur-, geschlechter- und migrationsspezifisch ausgerichtet und halten sprachliche und kulturelle Barrieren klein.

Berlin, den 12. April 2011

**Renate Künast, Jürgen Trittin und Fraktion**

### **Begründung**

Zu Abschnitt II Nummer 1

Prävention und Gesundheitsförderung sollten vor allem Menschen erreichen, die ein besonders hohes Risiko haben, schwer zu erkranken oder einen Unfall zu erleiden. Der aktuelle Präventionsbericht des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen 2010 zeigt, dass wir vom Leitziel der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit noch weit entfernt sind. Rund 81 Prozent der Präventionsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V wurden für

die individuelle Prävention der Versicherten ausgegeben. Diese bezuschussten Kursangebote werden von Arbeitslosen und Migrantinnen und Migranten kaum wahrgenommen. Der Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenkassen 2010 zeigt: lebensweltbezogene Aktivitäten nach dem „Settingansatz“ wurden nur mit 6 Prozent des Gesamtvolumens von 311 Mio. Euro gefördert, auf die betriebliche Gesundheitsförderung entfielen nur knapp 13 Prozent.

Die Zukunft der Prävention und Gesundheitsförderung wird mit den Bürgerinnen und Bürgern in den Kommunen gestaltet. Gesundheitliche Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die am besten gemeinsam durch die Krankenkassen und durch Bund, Länder und Kommunen bewältigt

werden kann. Durch die Abstimmung einer gemeinsamen Strategie in einem Bund-Länder-Arbeitskreis lässt sich gewährleisten, dass es vom Bund und allen Bundesländern eine gemeinsame Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention gibt. Eine gesetzliche Regelung in Form eines Präventionsgesetzes scheiterte bislang am Widerstand von CDU/CSU und FDP, die den Status quo beibehalten oder allenfalls Aktionspläne verabschieden wollen.

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn die vorhandenen Kooperations-, Beratungs- und Entscheidungsstrukturen in Bund, Ländern, Kreisen und Städten gemeinsam an einem Strang ziehen und es einen Ort für Steuerung und Koordination der einzelnen Projekte gibt. Ein gelungener Ansatz hierfür findet sich in Nordrhein-Westfalen (NRW) mit der gesetzlichen Verankerung der kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Einrichtung der Landesgesundheitskonferenz NRW. So versammeln die regionalen Gesundheitskonferenzen alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen an einem Tisch, entwickeln die zehn vorrangigen Gesundheitsziele des Landes Nordrhein-Westfalen weiter und koordinieren deren Umsetzung. Nur durch eine breitere Finanzierungsbasis, die Beteiligung aller Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine regional gesteuerte Mittelvergabe kann eine Dauerförderung für gute Projekte erreicht werden. Diese können dann eine sichere Arbeitsgrundlage und Kontinuität gewährleisten. Für die finanzielle Beteiligung der Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist das Verhältnis der Versicherten zu berücksichtigen, denn diese profitieren je nach Zahl ihrer Versicherten mehr oder weniger davon, wenn diese gesünder sind und weniger erkranken. Prävention und Gesundheitsförderung erfüllen einen gesamtgesellschaftlichen Anspruch. Deshalb sollte ein Teil durch Steuermittel finanziert werden.

Durch den Aufbau von Planungs- und Beteiligungsstrukturen auf kommunaler Ebene werden die Prävention und Gesundheitsförderung auf eine verlässliche Grundlage gestellt. Auch für die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung direkt in den Regelsystemen braucht es eine koordinierte Abstimmung und Finanzierung durch Bund, Länder und Kommunen. Bereits im Curriculum der Kindertagesstätten und Schulen kann Gesundheitsförderung dann fester Bestandteil werden und Gesundheitsförderung von Anfang an sicherstellen.

Voraussetzung für eine sinnvolle Ziel- und Zielgruppenbestimmung ist eine entwickelte und kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung, aus der gesundheitsgefährdende Einflüsse und vermeidbare Gesundheitsrisiken ableitbar sind. Dort, wo schon umfassendes und aufbereitetes Datenmaterial für Regionen und Zielgruppen vorliegt, müssen daraus die notwendigen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Es existieren zahlreiche Ansätze der Qualitätsentwicklung. Ziel muss es sein, bestehende Ansätze aufeinander abzustimmen. Dabei müssen neben harten Faktoren, wie einem effizienten Mitteleinsatz, auch „weiche“ Indikatoren, wie

beispielsweise Partizipation, Empowerment, interkulturelle Kompetenz, Geschlechtergerechtigkeit, Bedeutung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, berücksichtigt werden.

Nach wie vor wird ein Großteil der Ausgaben für Prävention nach § 20 SGB V für individuelle Prävention für Kursangebote zur Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung ausgegeben. Personengruppen mit besonders hohen Gesundheitsrisiken nehmen diese Angebote nur in geringem Maß in Anspruch. Kinder, Jugendliche, Ältere und sozial Benachteiligte werden am Besten in ihrem Lebensumfeld erreicht. Solange die gesetzlichen Krankenkassen Anreize haben, die Präventionsprogramme vor allem auch als Wettbewerbsinstrument zu nutzen, und solange Prävention ausschließlich eine Aufgabe der Krankenkassen bleibt, werden Prävention und Gesundheitsförderung nicht den Stellenwert erhalten, den sie einnehmen müssen. Deshalb soll kurzfristig der Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung in Settings auf 50 Prozent erhöht werden.

Zu Abschnitt II Nummer 2

In den letzten zwei Jahren wurden drei Berichte und Gutachten veröffentlicht, die sich im Regierungsauftrag mit der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen befassten. Die Berichte kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass chronische Erkrankungen und psychische Störungen zunehmen. Zugleich zeigen alle Studien, dass sich die Gesundheitsrisiken bereits bei Kindern und Jugendlichen auf die 20 Prozent konzentrieren, die aus sozial benachteiligten Familien

oder Familien mit Migrationshintergrund kommen. Gerade Migrantinnen und Migranten sind angesichts spezifischer Hindernisse, wie etwa Fremdsprachigkeit oder der fehlenden Vertrautheit mit den Verhältnissen im deutschen Gesundheitssystem, beim Zugang zu Informationen, Beratung und Therapien oftmals benachteiligt. Die individuellen Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen können einen Teil der rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland aufgrund hoher Zugangsbarrieren nicht erreichen.

Insbesondere der 13. Kinder- und Jugendbericht (Bundestagsdrucksache 16/ 12860) zeigt deutlich, dass es bislang zu wenig flächendeckende integrierte Regelangebote der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention gibt und die Potentiale der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Bereich bisher noch zu wenig ausgeschöpft werden. Zentral kritisiert er zudem die aus der verteilten Verantwortung resultierenden Versorgungseinbrüche für Kinder und Jugendliche beispielsweise an der Schnittstelle zwischen den Systemen der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Behindertenhilfe.

Immer mehr Menschen fehlen am Arbeitsplatz, weil sie unter Depressionen und anderen psychischen Krankheiten leiden. Allein im vergangenen Jahr stieg die Anzahl der Fehltage aufgrund von psychischen Erkrankungen um 13,5 Prozent, wie aus einer Studie der DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse hervorgeht. Insgesamt machten diese Leiden ein Achtel des gesamten Krankenstandes aus. Sie spielen damit eine fast doppelt so große Rolle wie noch 1998.

Arbeitslosigkeit, aber auch schon die Angst vor Arbeitslosigkeit, erhöhen das Risiko zu erkranken enorm. Mit dem Eintritt und der Dauer der Arbeitslosigkeit nehmen die individuellen Gesundheitsressourcen und die Fähigkeit zur psychischen Bewältigung von Krisensituationen bei den meisten Erwerbslosen erheblich ab. Psychische Erkrankungen und Suchtprobleme nehmen bei individuell vorhandenem Risiko erheblich zu. Eine Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes bestätigte, dass Arbeitssuchende je nach Alter bis zu 2,2-mal so häufig erkranken wie Erwerbstätige. In der Gruppe der 55 bis 59-Jährigen ist der Krankenstand der Arbeitslosen mit 15,2 Prozent mehr als doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Erwerbstätigen mit 6,9 Prozent. Der BKK-Gesundheitsreport 2010 belegt zudem, dass arbeitslose Versicherte sich gegenüber pflichtversicherten Beschäftigten doppelt so oft einer Krankenhausbehandlung unterziehen müssen und gegenüber diesen sogar die zweieinhalbfache Zeit im Krankenhaus verbringen. Gerade Arbeitslose werden von den individuellen Angeboten der Primärprävention der Krankenkassen kaum erreicht.

Ein Handlungsprogramm zur Prävention Älterer sollte den Verbleib in der eigenen Wohnung, die Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung und auch des bürgerschaftlichen Engagements Älterer im Blick haben. Das Programm soll vor allem ältere Menschen nach kritischen Lebensereignissen, sozial benachteiligte ältere Menschen, ältere Migrantinnen und Migranten, mobil eingeschränkte Menschen und ältere Menschen mit Behinderungen berücksichtigen und sich mit dem Problem der sozialen Isolation auseinandersetzen. Mit der Berücksichtigung älterer Menschen als Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung betreten die meisten Kommunen „Neuland“. Dabei ergeben sich in der Lebenswelt Kommune vielfältige Bezugspunkte für seniorenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: örtliche Altenhilfestrukturen, Quartiersstützpunkte, Mehrgenerationenhäuser, Seniorentreffs, Sportverbände und weitere Einrichtungen. Vor allem mobil eingeschränkte Ältere brauchen mehr zugehende Angebote. Eine Möglichkeit sind präventive Hausbesuche. Diese dienen der Erhaltung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbstständigen Menschen unter anderem durch eine umfassende Erhebung des gesundheitlichen Zustands und Unterstützungsbedarfes inklusive der Bewertung der Wohnverhältnisse und anschließende wiederholte risikoorientierte, qualifizierte, individuelle Beratung. Es gibt aber noch viele offene Fragen bezüglich der Zielgruppen, Leistungsinhalte und Durchführenden. Eine Interventionsstudie kann hier Aufschluss geben. Parallel können Modellvorhaben stattfinden.

Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich mehr als bisher an Prinzipien kultursensibler Arbeit orientieren und insbesondere auch kulturelle Mittlerpersonen sowie Migrantenorganisationen einbeziehen. Die Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen die geschlechtsspezifischen Unterschiede berücksichtigen. Nur so können die Angebote zielgruppengerecht entwickelt und ausgebaut werden.

## CDU/ CSU

**BERLIN.** Unionsfraktions-Vize Johannes Singhammer hat sich für einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen ausgesprochen. Das müsse künftig stärker präventiv ausgerichtet werden, heißt es in einem der "Ärzte Zeitung" vorliegenden Positionspapier des CSU-Abgeordneten.

Prävention wie Gesundheitsförderung seien wichtige, "bislang jedoch vernachlässigte Handlungsfelder". Nur fünf Prozent aller Gesundheitsausgaben entfielen auf die vorbeugende Gesundheitssicherung.

Zudem fehle es an einer "großen Vision für eine neue Ära der Prävention" wie auch an der Mobilisierung der öffentlichen Meinung in Medien und Gesellschaft.

Ein nationales Präventionsgesetz wie es SPD und Grüne fordern, sei nicht "zwingend erforderlich", um der Prävention mehr Gewicht zu verschaffen, betont Singhammer.

"Damit würde nur neue Bürokratie und Zentralismus geschaffen." Notwendig sei eine "auf Eigeninitiative, Flexibilität und regionale Besonderheiten gründende Präventionspolitik".

Koordinierung und Initialzündung einer Präventionspolitik könnten in die Hände einer zu gründenden "nationalen Präventionskonferenz" oder in einen "Präventionsausschuss" gelegt werden.

Da es sich bei der Prävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handele, die nicht allein den gesetzlichen Krankenkassen aufgebürdet werden könne, müssten in dem Gremium alle "maßgeblichen Akteure" über Strategie und Finanzierung von Prävention mitentscheiden: Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger.

Inhalte und Ziele einer Präventionspolitik sollten in einem "Aktionsprogramm" festgelegt werden. Nötig sei zudem, so Singhammer, das Thema Prävention in den Medien stärker zu thematisieren.

Denkbar seien etwa 20 Sekunden lange TV-Spots zu ausgewählten Gesundheitsthemen - vergleichbar dem früheren "7. Sinn" zur Verkehrserziehung.

Bei Experten stieß das CSU-Papier auf Kritik. Fernsehspots wie der "7. Sinn" seien zwar "eine nette Idee", sagte die Präsidentin des Kneipp-Bundes und frühere SPD-Gesundheits-Staatssekretärin Marion Caspers-Merk der "Ärzte Zeitung".

Es sei aber fraglich "ob Belehrung über das richtige Gesundheitsverhalten der richtige Ansatz" sei. Gesundheit gehöre in Kommunen, Kitas, Schulen und Betriebe.

"Nur so können auch langfristig benachteiligte Zielgruppen erreicht werden." Auch ein Präventionsausschuss bringe wenig, da dort wohl nur geredet werde.

**Quelle: Ärzte Zeitung, 21.04.2011**

## Deutsches Jugendinstitut

Die Stadt München hat befristet auf drei Jahre eine Stelle zur Koordination des Münchner Netzwerks für Familien mit psychisch erkrankten Müttern/Vätern eingerichtet. Die Koordination ist beim Deutschen Jugendinstitut e.V. München angesiedelt. Im Rahmen des Projekts hat vor wenigen Wochen eine Datenerhebung zur Versorgungssituation und zum Hilfebedarf be-

treffener Familien begonnen. Diese drei Monate dauernde Erhebung fragt nach der Lebenssituation der Familien der Klientinnen und Klienten der Münchner sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und des Frauentherapiezentrum. Durch die vollzählige Beteiligung aller SpDis und die unterschiedlichen thematischen Felder der Befragung (Basisdaten zu KlientInnen mit und ohne Kinder, Situation der Familie, Versorgung der Kinder, von den KlientInnen gewünschte Hilfeangebote und Kooperation der Hilfesysteme) werden detailliertere Informationen zu dem Hilfebedarf in der ambulanten Versorgung von Familien mit psychisch erkrankten Müttern/Vätern erwartet.

Weitere Informationen zum Projekt unter: [http://www.dji.de/muenchner\\_netzwerk](http://www.dji.de/muenchner_netzwerk)

Ansprechpartner:

Dipl. Soz. Dipl. Psych. Birgit Gunder

Koordination Münchner Netzwerk für Familien mit psychisch erkrankten Müttern/Vätern

Deutsche Jugendinstitut e.V., München, Email: [gunder@dji.de](mailto:gunder@dji.de)

### **AOK Bayern**

hat eine Möglichkeit geschaffen, **Beratungsgespräche für Kinder psychisch kranker Eltern** abzurechnen: <http://www.kvb.de/de/praxis/fachinformationen/psychotherapeuten/vertraege-projekte/kinder-kranker-eltern/therapeuteninfo.html>

---

28.03.2011

### **AOK Bayern und KVB machen sich für Kinder kranker Eltern stark**

Gemeinsame Presseinformation der AOK Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

AOK Bayern und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) bieten Familien mit einem schwer erkrankten Elternteil ab sofort professionelle Hilfe für das Gespräch mit den Kindern über die Krankheit an. Denn die Diagnose einer schwerwiegenden Krankheit verändert nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern auch das deren Angehöriger – insbesondere der Kinder – massiv. Deshalb haben die KVB und Bayerns mitgliederstärkste Krankenkasse ein gemeinsames Beratungsprojekt zur Unterstützung von Kindern kranker Eltern gestartet.

Leiden Mutter oder Vater unter einer Krankheit wie etwa einer schweren psychischen Störung, Krebs, Multiple Sklerose, Epilepsie oder Aids, können die Eltern unverbindlich zwei Beratungstermine bei einem Fachexperten wahrnehmen. „Wenn man eine schlimme Diagnose bekommen hat, steht man erst einmal unter Schock. In einer solchen Situation fällt es vielen Menschen schwer, die richtigen Worte zu finden, um den Angehörigen – und besonders den eigenen Kindern – zu erklären, was los ist“, so Dr. Ilka Enger, zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVB. „Aber Kinder spüren natürlich, dass etwas nicht in Ordnung ist. Wenn man darüber nicht offen spricht, kann das beim Kind zu tiefer Verunsicherung, zu Angstzuständen oder sogar zu psychischen Störungen führen. Dem wollen wir mit dem Beratungsprojekt für Kinder kranker Eltern vorbeugen“, so Enger.

Die professionelle Beratung unterstützt die Eltern bei der Vorbereitung und der Durchführung eines offenen, kindgerechten Gesprächs über die schwerwiegende Krankheit von Mutter oder Vater. Eine kurzer Info-Flyer und eine umfassende Broschüre geben erste Impulse für den richtigen, kindge-



rechten Umgang mit dem Thema Krankheit. In zwei Beratungsterminen werden dann konkrete, auf die jeweilige familiäre Situation zugeschnittene Gesprächskonzepte entwickelt. Sollte sich daraus weiterer Beratungsbedarf ergeben oder sollten beim Kind bereits erste Verhaltensauffälligkeiten als Reaktion auf die belastende familiäre Situation auftreten, sind bis zu sechs weitere Beratungstermine vorgesehen.

„Ziel ist neben der Entlastung der erkrankten Eltern vor allem die Prävention von psychischen Störungen bei deren Kindern“, erläutert Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, das Engagement seiner Krankenkasse. Eine schwerwiegende Diagnose könne das familiäre Gleichgewicht völlig durcheinander bringen. Mit den richtigen Worten aufgeklärt, könnten Kinder hingegen die schwierige Situation besser verstehen und lernen, damit umzugehen, ohne schweren emotionalen Schaden zu nehmen. Eine gute Eltern-Kind-Beziehung sei unter allen Umständen – und besonders in Zeiten schwerer Krankheit – von großer Bedeutung. Das Beratungsprojekt helfe, die familiäre Situation auszugleichen und damit Körper und Seele gerade der Jüngsten gesund zu erhalten.

Weitere Informationen zum Beratungsprojekt Kinder kranker Eltern sind im Internet unter der Adresse [www.kvb.de/kinderkrankere/altern](http://www.kvb.de/kinderkrankere/altern) zu finden.

## **Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung**

### **mit neuem Vorstand**



**Die Mitgliederversammlung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) hat am 13. April 2011 in Berlin für die nächsten drei Jahre einen neuen Vorstand gewählt. Dabei wurden viele Vorstandsmitglieder in ihrem Amt bestätigt, es gab aber auch einige Veränderungen.**

Alte und neue Präsidentin ist Helga Kühn-Mengel. Sie wird unterstützt von der Vizepräsidentin Dr. Justina Engelbrecht, die ebenfalls dem vorherigen Vorstand angehörte, dem Vizepräsidenten Thomas Ballast, der neu in den Vorstand gewählt wurde, und dem Schatzmeister Christoph Nachtigäller, der ebenfalls im Amt bestätigt wurde.

Beisitzer sind Thomas Altgeld, Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer, Helmut Bretkopf, Prof. Dr. Eberhard Göpel, Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer und Marion Rink.

Die Vorstandsmitglieder kommen aus den Bereichen Praxis, Wissenschaft/Forschung und Politik und repräsentieren nicht nur die Breite der BVPg-Mitgliedsorganisationen, sondern auch die thematische Vielfalt der Prävention und Gesundheitsförderung. Damit ist die BVPg gut aufgestellt, auch in den nächsten drei Jahren erfolgreich Prävention und Gesundheitsförderung nach vorne zu bringen.

## Aus den Ländern und Kommunen

### Netzwerk Prävention

<http://www.heidelberg.de/servlet/PB/menu/1178769/index.html>

Prävention ist in Heidelberg ein wichtiger Bestandteil des Engagements für ein familienfreundliches Heidelberg. Deshalb haben Stadt und Polizeidirektion ein abgestimmtes Präventionsprogramm entwickelt. Zur Fachtagung "Jugend ohne Wert(e)" der Polizeidirektion Heidelberg Ende April 2008 ist die gemeinsame Broschüre "Netzwerk Prävention – Heidelbergs Investition in die Zukunft" erschienen.



### Frühzeitige und enge Kooperation

Für Heidelberg gilt: Möglichst früh, am Anfang einer Abwärtsspirale, muss notwendiger Handlungsbedarf erkannt und entsprechend interveniert werden. Dies gelingt nur in sehr frühzeitiger und enger Kooperation zwischen pädagogischen Fachkräften in Kindertagesstätten, Schulen und Jugendhäusern, mit der Polizei, Ärzten, Beratungsstellen, Vereinen und allen anderen, die Angebote für Kinder und Jugendliche vorhalten. Hier können die Fachkräfte vor Ort problematische Entwicklungen erkennen und gemeinsam notwendige und geeignete Maßnahmen ergreifen.

Im Netzwerk mit vielen Partnern werden vielschichtige Probleme und Themen aufgegriffen: der Umgang mit aggressivem Verhalten in Kindertagesstätten und Schulen, Verbesserung des Schulklimas, Fragen zur Berufsorientierung, Suchtprobleme oder Sanktionen für Fehlverhalten an der Schule. Alle Partner, die sich in diesem Netzwerk engagieren, investieren in die Zukunft. Sie bieten Kindern, Jugendlichen und Eltern frühzeitig Orientierung und Hilfe an, damit aus jungen Menschen eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeiten werden.

### Inhalt der Broschüre

- Betreuung und Bildung
- Präventives Netzwerk
- Begleitkonzept für Haupt- und Förderschulen
- Jugend- und Schulsozialarbeit
- Polizeiliche Prävention
- Gewaltprävention für Jungs/ für Mädchen
- Offene Kinder- und Jugendarbeit
- Hilfen zur Erziehung
- Umfassendes Register von Anlauf- und Beratungsstellen

Die Broschüre richtet sich an interessierte Eltern und Multiplikatoren im Bereich Erziehung. Sie ist kostenlos erhältlich im Kinder- und Jugendamt der Stadt Heidelberg, Telefon 06221 58-31500, E-Mail: [jugendamt@heidelberg.de](mailto:jugendamt@heidelberg.de) .

[Broschüre "Netzwerk Prävention" \(PDF-Datei 877 KB\)](#)



## Heidelberger Präventionszentrum (HPZ)

<http://www.h-p-z.de/hpz/index.asp>

### *Herzlich willkommen beim HPZ!*

Das Heidelberger Präventionszentrum ist ein privates Institut (GmbH), das Fortbildungen, Seminare und Präventionsprogramme zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen anbietet. Unsere Programme zielen auf die Prävention von aggressivem Verhalten und Essstörungen bei Kindern. Der Fokus unserer Seminare liegt zum einen auf der Personal- und Organisationsentwicklung und zum anderen auf der Unterstützung von Erziehungs- und Lehrkräften.

Gegründet wurde das HPZ am 12.11.2001 von Prof. Dr. med. Manfred Cierpka, Dr. phil. Andreas Schick und Dipl.-Psych. Axel Dewald. Das HPZ sollte in erster Linie ein professionelles „Dach“ für die Implementierung der *Faustlos*-Curricula bilden. Die Fortbildungsangebote zu den *Faustlos*-Curricula wurden jedoch bald erweitert um flankierende Maßnahmen (z.B. *HPZ-Elternschule*), die *Kieselschule* (ein Programm zur nonverbalen und musikalischen Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen), Programme zur primären Prävention von Essstörungen (*PriMa*, *TOPP*) und Ende 2009 um spezielle Seminare für Lehr- und Erziehungskräfte und Seminare zur Organisations- und Personalentwicklung.

Diese Angebotspalette soll sukzessive weiter ausgebaut werden, wobei es im Kern jeweils um **Prävention** und die **Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen** von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gehen soll und wird.

---

### Aus den Verbänden

#### Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Pressemitteilung

Spielsucht wird zunehmen

---

Psychotherapeuten kritisieren Glücksspielstaatsvertrag

Die Zahl der Spielsüchtigen wird sprunghaft ansteigen. Mit dieser düsteren Prognose reagiert die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT) auf die Entscheidung der Ministerpräsidentenkonferenz

am 6. April in Berlin, den Glücksspielmarkt zu „liberalisieren“. „Anstatt die ohnehin undurchsichtige Glücksspielszene durch vernünftige Regelungen einzudämmen, wird der Markt für private Anbieter geöffnet“, kritisiert der Verband. Die Ministerpräsidenten haben die große Chance vertan, die grassierende Spielsucht in Deutschland wirkungsvoll zu bekämpfen.

Alle Experten sind sich einig, dass Glücksspiele ein enormes Suchtpotenzial aufweisen. Die Drogenbeauftragte

der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, geht von rund 400.000 Spielsüchtigen

bundesweit aus. Mit der Spielsucht sind großes individuelles Leid, soziale Isolation, gravierende

wirtschaftliche Probleme und nicht selten ein Abrutschen in die Kriminalität verbunden. Um Suchtgefahren wirksam zu vermeiden, muss der Zugang zu Glücksspielen aller Art eingeschränkt

werden, fordert die DGVT. Ein Vergleich mit der Schweiz beispielsweise zeigt, dass sich bei entsprechenden gesetzlichen Vorgaben die Inanspruchnahme von Glücksspielen deutlich reduzieren

lässt. Aus diesen Gründen ist es absolut unverständlich, dass die Ministerpräsidenten einer Öffnung des Glücksspielmarktes zugestimmt haben.

Psychotherapeuten können spielsüchtigen Patienten zwar helfen, im Vordergrund muss aber die Prävention stehen: Das Ziel muss immer sein, diese schwere Störung gar nicht erst entstehen zu lassen. Offenbar ist aber die Aussicht auf viele Millionen Steuereinnahmen durch die Glücksspiele so attraktiv, dass übersehen wurde, die Gegenrechnung aufzumachen: Die Therapiekosten für die Spielsüchtigen werden enorm ansteigen und den Sozialstaat entsprechend belasten.

## Verbände International



<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/23/305/reading-list%3A-mental-health-promotion-in-schools/>

## International research and reviews

### **Empowering adolescents with life skills education in schools - school mental health program: does it work?**

Srikala, B., & Kishore, KK. (2010, October). Indian Journal of Psychiatry. 52(4), 344-9.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21267369>

LSE integrated into the school mental health program using available resources of schools and teachers is seen as an effective way of empowering adolescents.

### **Feasibility and preliminary outcomes of a school-based mindfulness intervention for urban youth**

Mendelson T, Greenberg MT, Dariotis JK, Gould LF, Rhoades BL, & Leaf PJ. (2010, October). Journal of Abnormal Child Psychology, 38(7), 985-94.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20440550>

Findings suggest the intervention was attractive to students, teachers, and school administrators and that it had a positive impact on problematic responses to stress including rumination, intrusive thoughts, and emotional arousal.

### **The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms**

Manassis K, Wilansky-Traynor P, Farzan N, Kleiman V, Parker K, Sanford M. (2010, October). Depression & Anxiety, 27(10), 945-52.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20602433>

Findings suggest that children with internalizing symptoms may benefit from both school-based CBT and structured activity programs. Replication, longer follow-up, and further studies of therapeutic elements in child CBT are indicated.

### **School-based prevention of depression: a 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyondblue schools research initiative**

Sawyer MG, Harchak TF, Spence SH, Bond L, Graetz B, Kay D, Patton G, &, Sheffield J. (2010, September). *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 297-304. Epub 2010 Apr 21.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20708570>

There was little evidence that a multicomponent universal intervention delivered over a 3-year period reduced levels of depressive symptoms among participating students. Implementing universal interventions to improve student mental health is difficult in school settings that commonly have a crowded agenda of educational and health-related programs. Successful implementation will require programs which are perceived by teachers and students as relevant to educational and learning goals, and which can be effectively delivered in conjunction with other school programs.

### **Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: a universal evaluation of the fun friends program**

Kristine M Pahl and Paula M Barrett. (2010, July). *Advances in School Mental Health Promotion*, 3(3), 14-25.

At 12 month follow up, improvements were found on anxiety, behavioural inhibition and social-emotional competence for children in the intervention group.

### **Evidence-based programs in school settings: barriers and recent advances**

Powers JD, Bowen NK, Bowen GL. (2010, July). *Journal of Evidence Based Social Work*, 7(4), 313-31.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20799130>

This study examined implementation requirements and the availability of program information of 51 school-based intervention programs. Analyses revealed implementation obstacles such as high start-up costs, challenging training and staffing requirements, and a lack of easily accessible information about programs.

### **Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents**

Calear AL, & Christensen H. (2010, 7 June). *Medical Journal of Australia*, 192(11 Suppl):S12-4.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528700>

Our findings provide early support for the effectiveness of internet-based programs for child and adolescent anxiety and depression. More extensive and rigorous research is needed to further establish the conditions through which effectiveness is enhanced, as well as to develop additional programs to address gaps in the field.

### **Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression**

Calear AL, & Christensen H. (2010, June). *Journal of Adolescence*, 33(3), 429-38. Epub 2009 Jul 31.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19647310>

A large proportion of the programs identified were based on cognitive behavioural therapy (CBT), and delivered by a mental health professional or graduate student over 8-12 sessions. Indicated programs, which targeted students exhibiting elevated levels of depression, were found to be the most effective, with effect sizes for all programs ranging from 0.21 to 1.40. Teacher program leaders and the employment of attention control conditions were associated with fewer significant effects.

### **Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial**

Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, & Cvetkovski S. (2010, June). *BMC Psychiatry*, 24, 10, 51.

**Full Article** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908569/?tool=pubmed>

Mental Health First Aid training has positive effects on teachers' mental health knowledge, attitudes, confidence and some aspects of their behaviour.

### **Ethnic density in school classes and adolescent mental health**

Gieling, M., et al. (2010, June). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 639-646.

**Full Article** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874053/?tool=pubmed>

The data revealed that ethnic minority students report higher levels of externalising problem behaviour, but only in classes with a minority of ethnic minority students and not in classes with a culturally diverse composition. This points towards a possible beneficial effect of a more culturally diverse environment for minority students. Majority students appeared to be insensitive for the ethnic density effect. Future studies should investigate the role of the ethnic composition of the school class more in-depth.

### **Can preschool improve child health outcomes? A systematic review**

D'Onise K, Lynch JW, Sawyer MG, & McDermott RA. (2010, May). *Social Science and Medicine*, 70(9),1423-40. Epub 2010 Feb 12.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20199834>

The review found generally null effects of preschool interventions across a range of health outcomes, however there was some evidence for obesity reduction, greater social competence, improved mental health and crime prevention. We conclude that the great potential for early childhood interventions to improve population health across a range of health outcomes, as anticipated by policy makers worldwide, currently rests on a rather flimsy evidence base.

### **Schools as a setting for promoting positive mental health: better practices and perspectives**

(2010). Canada: Joint Consortium for School Health.

**Full Report** [http://eng.jcsh-cces.ca/upload/PMH\\_Better\\_Practices\\_ISBN\\_incl\\_Aug\\_6.pdf](http://eng.jcsh-cces.ca/upload/PMH_Better_Practices_ISBN_incl_Aug_6.pdf)

The first section presents a succinct review of relevant research documents and articles that address key insights related to positive mental health perspectives and practices within a school health context. The next section documents perspectives, and the final section outlines convergent better practices emerging from the literature review and key informant interview findings.

### **Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization**

Allison S, Roeger L, & Reinfeld-Kirkman N. (2009, December). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(12),1163-70.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20001416>

Adults commonly reported experiencing bullying while at school and these reports were associated with lower health-related quality of life in adulthood. School bullying needs further investigation as a preventable cause of mental health problems across the lifespan.

### **School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18**

Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, & Tirilis D. (2009). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/14651858.CD007651

**Full Review** <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab007651.html>

There is good evidence that school-based physical activity interventions are effective in increasing duration of physical activity, reducing blood cholesterol and time spent watching television and increasing aerobic capacity. These interventions are not effective in increasing the percentage of children and adolescents who are physically active during leisure time, or in reducing systolic and diastolic blood pressure, body mass index, and pulse rate. At a minimum, a combination of printed educational materials and changes to the school curriculum that promote physical activity result in positive effects for four of the nine outcomes.

### **Increasing the resilience of young people at risk: a literature review**

Roberts, F. (2009). Randwick: NSW Centre for the Advancement of Adolescent Health, The Children's Hospital at Westmead, Westmead and Centre for Clinical Governance Research, University of

NSW.

**Abstract** [http://www.caah.chw.edu.au/policy/CAAH\\_policy\\_literature\\_report.pdf](http://www.caah.chw.edu.au/policy/CAAH_policy_literature_report.pdf)

A very thorough review with a list of key recommendations including school based initiatives as well as population wide.

### **Effects of a social development intervention in childhood 15 years later**

Hawkins, JD., Kosterman, R., Catalano, RF., Hill, KG., & Abbott, RD. (2008, December). Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine, 162(12), 1133-1141.

**Abstract** <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/162/12/1133>

A universal intervention for urban elementary schoolchildren, which focused on classroom management and instruction, children's social competence, and parenting practices, positively affected mental health, sexual health, and educational and economic achievement 15 years after the intervention ended.

### **Promoting children's social and emotional wellbeing in primary education**

(2008, March). London: NICE.

**Full Guidelines** <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11948/40117/40117.pdf>

This guidance is for teachers and school governors, and for staff in local authority children's services, primary care and child and adolescent mental health services. They recommend: local authorities should ensure primary schools provide an emotionally secure environment that prevents bullying and provides help and support for children (and their families) who may have problems; schools should have a programme to help develop all children's emotional and social wellbeing. It should be integrated it into all aspects of the curriculum and staff should be trained to deliver it effectively; schools should also plan activities to help children develop social and emotional skills and wellbeing, and to help parents develop their parenting skills; and schools and local authorities should make sure teachers and other staff are trained adequately to identify and support.

### **Promoting children's social and emotional wellbeing in primary education.**

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008, March). NICE public health guidance 12. London: N.I.C.E.

**Guidance Document** <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH012Guidance.pdf>

Guidance on promoting the health and wellbeing of children in primary education.

### **Preventing depression in young people. what does the evidence tell us and how can we use it to inform school-based mental health initiatives?**

Burns, J., et al. (2008, April). Advances in School Mental Health Promotion, 1(2), 5-16.

This paper examines the current literature on depression prevention, drawing on evidence from a variety of disciplines including education, psychology, psychiatric epidemiology and public health, and presents a school based intervention model developed by Beyond Blue.

### **Enhancing the effectiveness and sustainability of school-based mental health programs: maximizing program participation, knowledge uptake and ongoing evaluation using internet-based resources**

Santor, DA., & Bagnell, A. (2008, April). Advances in School Mental Health Promotion, 1(2), 17-28.

In this paper they review how challenges affect the effectiveness of school-based mental health programs and how they can be addressed, while maximizing the sustainability of those young people.

### **Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools**

Adi, Y., et al. (2007, December). Report 1. Universal approaches which do not focus on violence and bullying. U.K.: Health Sciences Research Institute, Warwick Medical School.

**Full Review** <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/MentalWellbeingWarwickUniReview1.pdf>

This review was undertaken to support the development of the NICE guidance on promoting the wellbeing of children in primary education.

### **Literature review: resilience in children and young people**

The Bridge Childcare Development. (2007, June). London: The Bridge Childcare Development.

**Full Report** <http://www.actionforchildren.org.uk/uploads/media/36/1582.pdf>

Evidence so far suggests that in order to develop resilience we need: multi-faceted programmes that consider factors across child, family and community arenas; programmes that address risks, assets and resilience processes; and targets that include the development of secure relationships and wider supportive relationships, self-esteem and mastery, and provision of positive nursery and school or community experiences.

### **Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: a systematic review**

Neil, A. L., & Christensen, H. (2007). Medical Journal of Australia, 186(6), 305-308.

**Full Article** [http://www.mja.com.au/public/issues/186\\_06\\_190307/nei10799\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/186_06_190307/nei10799_fm.html)

A large proportion of Australian-based programs reported positive outcomes either immediately or at follow-up. The effect sizes for controlled trials varied from small (0.18) to moderate (0.83). About 80% of indicated anxiety programs and 50% of depression programs were associated with reductions in, respectively, anxiety and depression symptoms. Results for universal programs were similar, with improvements associated with 60% of programs for anxiety and 58% of those for depression. Effectiveness persisted for at least 6 months for some programs. Programs such as FRIENDS, which included booster sessions, reported positive outcomes at 12 months. Although the effect size and trial quality were variable, our findings provide strong support for mental health prevention and early intervention programs. Both indicated and universal approaches appear to produce short- to mid-term small to moderate reductions in anxiety and depression in schools.

### **A systematic review of school-based interventions to prevent bullying**

Vreeman, R. C., & Carroll, A. E. (2007, January). Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161(1), 78-88.

**Abstract** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17199071?dopt=Abstract>

Many school-based interventions directly reduce bullying, with better results for interventions that involve multiple disciplines. Curricular changes less often affect bullying behaviors. Outcomes indirectly related to bullying are not consistently improved by these interventions.

### **The effectiveness of universal school-based programs for the prevention of violent and aggressive behavior: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services**

Hahn R, et al. (2007, August). Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Task Force on Community Preventive Services. MMWR, 56(RR07), 1-12.

**Abstract** <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5607a1.htm>

The results of this review provide strong evidence that universal school-based programs decrease rates of violence and aggressive behavior among school-aged children. Program effects were demonstrated at all grade levels.

### **The effectiveness of school-based anti-bullying programs: a meta-analytic review**

Ferguson, C., San Minguel, C., Kilburn, J., & Sanchez, P. (2007). Criminal Justice Review, 32(4), 401-414.

**Abstract** <http://cjr.sagepub.com/content/32/4/401.abstract>

Results suggested a significant effect for anti-bullying programs ( $r = .12$ ). However, this result seemed to be slightly influenced by publication bias and did not meet the adopted threshold for "practical significance." The effect for programs targeted specifically at at-risk youth was slightly better, but overall, anti-bullying programs produce little discernible effect on youth participants.



### **Anti-bullying programs: a survey of evaluation activities in public schools**

Smith, D., Ryan, W., & Bradley Cousins, J. (2007, June) *Studies in Educational Evaluation*, 33(2), 120-134.

**Abstract** [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6V9B-4NKKM7V-3&\\_user=10&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&view=c&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=5a42bef54ff440d212425ec241e91d10](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V9B-4NKKM7V-3&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=5a42bef54ff440d212425ec241e91d10)

Results showed that few schools evaluated their antibullying programs and that the rigour of these evaluations was generally low. Schools that evaluated their programs received more external funding for programs and provided more antibullying program activities on average than those that did not evaluate their programs.

### **Best practice guidelines for mental health programs: child & youth**

C.A.M.H. (2007). Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

#### **Web Resource**

[http://www.camh.net/About\\_CAMH/Health\\_Promotion/Community\\_Health\\_Promotion/Best\\_Practice\\_MHYouth/index.html](http://www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion/Community_Health_Promotion/Best_Practice_MHYouth/index.html)

This web resource provides the health and social service provider ("practitioner") with current evidence-based approaches in the application of mental health promotion concepts and principles for children and youth. It is envisioned that these guidelines will support both the inclusion and the sustainability of mental health promotion concepts. This resource is intended to support practitioners in incorporating best practice approaches to mental health promotion interventions directed toward children (7-12 years of age) and youth (13-19 years of age).

### **It's good to talk! a multidimensional qualitative study of the effectiveness of emotional literacy work in schools**

Coppock, V. (2006, 21 December). *Children & Society*, 21(6), 405-419.

**Abstract** <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1099-0860.2006.00072.x/full>

A multi-dimensional qualitative study was designed to explore the views of children, young people, parents/carers, headteachers, teachers, project workers and allied professionals regarding the emotional literacy project from their own perspective. The findings contribute to the growing body of research evidence on, and models of best practice in, promoting the emotional well being of children and young people.

### **Beyond blue schools research initiative: report of key findings 2003-2005**

(2007?) Australia: Beyond Blue Initiative.

#### **Full Review**

[http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link\\_id=4.1305&tmp=FileDownload&fid=706](http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=4.1305&tmp=FileDownload&fid=706)

To date, three annual assessments of adolescent's risk and protective factors, and their experience of depressive symptoms have been completed. Risk and protective factors assessed at an individual and school level including problem solving, optimistic thinking style, interpersonal competence and bullying. The intervention had a small but not a significant impact, which is consistent with other universal interventions that have recently reported only limited changes in the mental health problems experienced by participating adolescents.

### **School-based interventions for students with or at risk for depression: a review of the literature**

Hilt-Panahon, A., Kern, L., Divatia, A., & Gresham, F. (2007, October). *Advances in School Mental Health Promotion*, Inaugural Issue, 32-41.

This paper provides a review of research on interventions implemented in school settings to reduce children's depression symptoms. Cognitive behavioural therapies emerged as the intervention with the strongest evidence base for reducing depressive symptoms, showing moderate to large effect sizes. In addition, relaxation training was identified as a promising practice.

**What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach**

Stewart-Brown S. (2006, March). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report)

**Full Report** <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/what-is-the-evidence-on-school-health-promotion-in-improving-health-or-preventing-disease-and-specifically-what-is-the-effectiveness-of-the-health-promoting-schools-approach.pdf>

Reviews of programmes that promoted mental health in schools (including preventing violence and aggression) show that these programmes to be among the most effective ones in promoting health. Of these those most effective were of long duration and high intensity, and involved the whole school.

**What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease, and specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?**

W.H.O. (2006). Geneva: World Health Organisation and Health Evidence Network.

**Full Report** [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/74653/E88185.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf)

The review of evidence covers mental health, aggressive behaviour, healthy eating, physical exercise, substance use, driver education and peer approaches.

**School-based programmes for preventing smoking**

Thomas RE, & Perera R. (2006, April). Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2

**Full Review** <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab001293.html>

The interventions included information-giving, social influence approaches, social skills training, and community interventions. There is little evidence that information alone is effective. The majority of studies drew on a social influences intervention. Although half of the best quality studies in this group found short-term effects on children's smoking behaviour, the highest quality and longest trial (the Hutchinson Smoking Prevention Project) found no long-term effects from 65 lessons over eight years. There was limited evidence for the effects of interventions that included developing generic social competence, and for those with a multi-modal approach that included community initiatives.

---

**Links zu anderen Netzwerknewsletter weltweit**

<http://www.mentalhealth.org.nz/page/157-MindNet>

<http://www.publicmentalhealth.org>

<http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/Mentalhealth/alliances1.htm>

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

<http://himh.org.au/site/index.cfm>

<http://www.lampdirect.org.uk/mentalhealthpromotion>

<http://www.hnehealth.nsw.gov.au/home>

<http://www.mhpconnect.com/#>

<http://www.mhe-sme.org/en/about-mental-health-europe.html>

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>  
<http://wfmh.com/00PromPrevention.htm>

---

### **Wichtige Neuerscheinungen**

**International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice** von Rory C. O'Connor, Stephen Platt und Jacki Gordon von John Wiley & Sons 2011

**Vulnerability to Depression: From Cognitive Neuroscience to Prevention and Treatment** von Rick E. Ingram, Ruth Ann Atchley und Zindel V. Segal von Guilford Pubn (Juni 2011)

**The Bully-Free Workplace: Stop Jerks, Weasels, and Snakes from Killing Your Organization** von Gary Namie und Ruth F. Namie von John Wiley & Sons 2011

**Preventing Workplace Bullying: An Evidence-Based Guide for Managers and Employees** von Carlo Caponecchia und Anne Wyatt von Routledge Chapman & Hall 2011

**Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Gesundheitliche Versorgung und Gesundheitsförderung - eine Frage der sozialen Gerechtigkeit?** von Andrea Wesenauer (Hrsg.) und Sarah Sebinger (Hrsg.) von Mabuse-Verlag (2011)

---

### **Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH**

#### **Hanna Christiansen**

German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales-self-report (CAARS-S) I: Factor structure and normative data. Christiansen, H; Kis, B; Hirsch, O; Philipsen, A; Henneck, M; Panczuk, A; Pietrowsky, R; Hebebrand, J; Schimmelmann, B. G. European Psychiatry. Vol.26(2), Mar 2011, pp. 100-107.

Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern - ein metaanalytisch fundierter Ueberblick. Christiansen, Hanna; Mattejat, Fritz; Roehrle, Bernd. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 458-481

#### **Kevin Dadaczynski**

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (in Press). Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen. Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland. Psychologie in Erziehung und Unterricht.

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2011). Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung. In: W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (S. 158-172). Bern: HansHuber.

Paulus, P. & Dadaczynski, K. (2010). Psychische Gesundheit in der

Ganztagsschule. Expertise im Auftrag des BMG. Lüneburg: Leuphana Universität Lüneburg/ Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG). Verfügbar unter:

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_broschueren/110111\\_Kindergesundheit\\_psychische-Gesundheit\\_Ganztagsschule.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/110111_Kindergesundheit_psychische-Gesundheit_Ganztagsschule.pdf)

### **Cecilia A. Essau**

Comorbidity of substance use disorders among community-based and high-risk adolescents. Essau, Cecilia A. Psychiatry Research. Vol.185(1-2), Jan 2011, pp. 176-184.

Psychometric properties of the Spence Child Anxiety Scale with adolescents from five European countries. Essau, Cecilia A; Sasagawa, Satoko; Anastassiou-Hadjicharalambous, Xenia; Guzman, Beatriz Olaya; Ollendick, Thomas H. Journal of Anxiety Disorders. Vol.25(1), Jan 2011, pp. 19-27.

### **Melanie Gorspott**

**Auryn in Leipzig - vom Projekt zur Beratungsstelle.** Gorspott, Melanie. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 122-132

### **Kurt Hahlweg**

Relationships and embitterment. Hahlweg, Kurt; Baucom, Donald H. Linden, Michael [Ed]; Maercker, Andreas [Ed]. (2011). Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives. (pp. 119-128). xviii, 328 pp. New York, NY, US: Springer-Verlag Publishing; US

Stress reduction at the work-family interface: Positive parenting and self-efficacy as mechanisms of change in Workplace Triple P. Hartung, Doreen; Hahlweg, Kurt. Behavior Modification. Vol.35(1), Jan 2011, pp. 54-77

### **Rainer Hanewinkel:**

Exposure to alcohol advertising and teen drinking. Morgenstern, Matthis; Isensee, Barbara; Sargent, James D; Hanewinkel, Reiner. Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory. Vol.52(2), Feb 2011, pp. 146-151.

### **Albert Lenz**

Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einfuehrung in die Thematik Mattejat, Fritz; Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 13-24

Was staerkt Kinder psychisch kranker Eltern und foerdert ihre Entwicklung? Ueberblick ueber Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung Lenz, Albert; Kuhn, Juliane. PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 269-298

Stressbewaeltigung bei Kindern schizophoren erkrankter Eltern. Kuhn, Juliane; Lenz, Albert; Jungbauer, Johannes. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 299-314

### **Jürgen Matzat**

Selbsthilfegruppen und ihre Auswirkung auf therapeutische Beziehungen . Matzat, Juergen. PSYINDEXplus Literature and Audiovisual Media In: Hoefert, Hans-Wolfgang, Klotter, Chris-

toph. Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Goettingen: Hogrefe (2011). S. 315-327

### **Peter Paulus**

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (in Press). Psychische Gesundheit aus Sicht von Schulleitungen. Erste Ergebnisse einer internationalen Onlinestudie für Deutschland. Psychologie in Erziehung und Unterricht.

Dadaczynski, K. & Paulus, P. (2011). Gesundheitsmanagement in der guten gesunden Schule: Handlungsfelder, Prinzipien und Rolle der Schulleitung. In: W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (S. 158-172). Bern: HansHuber.

Paulus, P. & Dadaczynski, K. (2010). Psychische Gesundheit in der Ganztagschule. Expertise im Auftrag des BMG. Lüneburg: Leuphana Universität Lüneburg/ Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG). Verfügbar unter:  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_broschueren/110111\\_Kindergesundheit\\_psychische-Gesundheit\\_Gantzagsschule.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/110111_Kindergesundheit_psychische-Gesundheit_Gantzagsschule.pdf)

### **Franz Petermann**

Sexual abuse, child abuse, and neglect. Fegert, JA rg M; Petermann, Franz. Kindheit und Entwicklung. Vol.20(2), 2011, pp. 61-63

Behavioural treatment programme contributes to normalization of contingent negative variation in children with migraine. Siniatchkin, Michael; Gerber-von Muller, Gabriele; Darabaneanu, Stephani; Petermann, Franz; Stephani, Ulrich; Gerber, Wolf-Dieter. Cephalgia. Vol.31(5), May 2011, pp. 562-572.

Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? Schulte, Ilva Elena; Petermann, Franz. Journal of Psychosomatic Research. Vol.70(3), Mar 2011, pp. 218-228

Factorial validity of the Movement Assessment Battery for Children-2 Wagner, Matthias Oliver; Kastner, Julia; Petermann, Franz; Bos, Klaus. Research in Developmental Disabilities. Vol.32(2), Mar-Apr 2011, pp. 674-680.

Sensitivity and specificity of the ADHD-Screening for Adults (ADHS-E). Schmidt, Soren; Petermann, Franz. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Vol.59(1), Jan 2011, pp. 73-78.

Program for the enhancement of phonological awareness for first graders. Metz, Dorothee; Fröhlich, Linda Paulina; Rissling, Julia-Katharina; Petermann, Franz. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Vol.59(1), Jan 2011, pp. 65-72.

Cognitive development in preschool-aged children with early stroke. Daseking, Monika; Schlagheck, Wiebke; Petermann, Franz. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Vol.59(1), Jan 2011, pp. 37-46.

Effectiveness of behavioral therapy on attention regulation and executive functioning in children and adolescents with ADHD. Toussaint, Anne; Petermann, Franz; Schmidt, Soren; Petermann, Ulrike; Gerber-von Muller, Gabriele; Sinatchkin, Michael; Gerber, Wolf-Dieter. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Vol.59(1), Jan 2011, pp. 25-36.

Neuropsychological correlates of aggressive and antisocial behavior. Witthoft, Jan; Koglin, Ute; Petermann, Franz. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Vol.59(1), Jan 2011, pp. 11-23

Clinical neuropsychology. Petermann, Franz; Jancke, Lutz. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Vol.59(1), Jan 2011, pp. 7-9

Children of mentally ill parents: The impact of parental psychiatric diagnosis, comorbidity, severity and chronicity on the well-being of children. Wiegand-Grefe, S; Geers, P; Petermann, F; Plass, A. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. Vol.79(1), Jan 2011, pp. 32-40.

Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: A review. Nitkowski, D; Petermann, F. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. Vol.79(1), Jan 2011, pp. 9-20.

Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch kranker Eltern - Ein Ueberblick Wiegand-Grefe, Silke; Geers, Peggy; Petermann, Franz. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 145-170

Kinder psychisch kranker Eltern: Merkmale elterlicher psychiatrischer Erkrankung und Gesundheit der Kinder aus Elternsicht. Children of mentally ill parents: The impact of parental psychiatric diagnosis, comorbidity, severity, and chronicity on the well-being of children. Wiegand-Grefe, S.; Geers, P.; Petermann, F.; Plass, Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. 79(1) 2011, 32-40.

Elterliche Erkrankung und Gesundheit der Kinder Wiegand-Grefe, Silke; Geers, Peggy; Petermann, Franz; Plass, Angela. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 206-234

Krankheitsbewaeltigung in Familien mit psychisch kranken Eltern und Gesundheit der Kinder. Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne; Geers, Peggy; Petermann, Franz; Plass, Angela. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 315-330

### **Bernd Röhrle**

Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern - ein metaanalytisch fundierter Ueberblick. Christiansen, Hanna; Mattejat, Fritz; Roehrle, Bernd. In: Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz, Lenz, Albert. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Goettingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2011). S. 458-481

### **Alf Trojan**

Integration von Selbsthilfefreundlichkeit in das Gesundheitswesen - Entwicklungen und Perspektiven. Integration of self-help associations into the health service system - Developments and perspectives Trojan, A.; Nickel, S.. Das Gesundheitswesen. 73(2) 2011, 67-72.

---

## **Tagungsberichte**



## Kurzbericht zu “Promote Mental health and Well-Being in Workplaces” Berlin 3.-4.03.2011

Mit Unterstützung des „European Commission's Directorate General for Health and Consumers“ und dem Bundesministerium für Gesundheit, in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem „Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities“ und der „Hungarian EU-Presidency“ wurde eine hochrangige Konferenz mit Unterstützung der Betriebskrankenkassen (BKK, Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung [ENWHP]) durchgeführt, die zum Ziel hatte:

- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu einem vor allem in den Betrieben wichtigen Thema zu machen. Die epidemiologischen Zahlen, gefasst auch in Absentismus, Burnout etc., in entstehenden Kosten sind so riesig, dass man von allen Seiten her verstanden hat, dass hier etwas unternommen werden muss (der Verlust am Bruttosozialprodukt wurde mit 2,5% angegeben; Helmuth Brand CAPHRI School Maastrich, Schlegel, BMA). In England betragen in 2009 die Kosten, bedingt durch Angst, Depression und stressbezogenen psychischen Problemen 28,3 Milliarden € Dame Carol Black; National Director for Health and Work, Co-President of the Fit for Work Europe Coalition, United Kingdom). Dabei hat man keinen Zweifel daran, dass die Fallzahlen enorm zugenommen haben (dies trotz widersprüchlicher epidemiologischer Befunde). Finnland berichtet dass sich die Zahl der Depressionen in den letzten 10 Jahren verdoppelt habe.
- Möglichkeiten der betrieblichen und auch überbetrieblichen Prävention und der Gesundheitsförderung aufzuzeigen, wie sie in verschiedenen Mitgliedsländern der EU gefahren werden. Auch aufzuzeigen welche ökonomischen Vorteile entsprechende Programme haben können und bislang schon nachgewiesen wurden (z.B. Knapp, 2011; London School of Economics; verwies auf eine Übersicht: <http://eprints.lse.ac.uk/32311/> (vgl. hierzu auch den entsprechenden IGA-Report 13: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention).

Zentrale Themen waren:

- *“Improving the mental health and well-being of the population – the role of workplaces”*
- *“The world of work in a state of change –opportunities and challenges for mental health*
- *“The role of policies and social security systems in providing support for enterprises”*
- *The case for investing in mental well-being – from a public health and company perspective*
- *Building the mentally healthy work place*
- *Supporting employees with mental health problems*
- *Risk assessment, performance measurement,communication of activities*
- *Governmental Initiatives*
- *Social Partners*
- *Public Sector*
- *Social Security*
- *European and International Initiatives*
- *Review of the thematic conferences under the European Pact for Mental Health and Well-being*

(Präsentationen finden sich unter: [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/events/ev\\_20110303\\_en.htm#fragment1](http://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20110303_en.htm#fragment1))

In fast allen Beiträgen und Diskussionen wurde klar, dass der Erhalt psychischer Gesundheit stark gefährdet ist, zu den inzwischen ganz weit oben rangierenden Gründen für Absentismus, Produktionsausfall, Produktqualitätsbeeinträchtigung und auch Behinderung darstellt und dies auf dem Hintergrund, dass ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften erwartet wird (auch deshalb wollen viele an der Altersgrenze von 67 festhalten). Deutlich gemacht wurde auch, dass Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit nicht allein wegen der besseren Erreichbarkeit der Menschen sinnvoll ist, sondern dass es zu sowohl arbeitsplatzspezifischen individuell orientierten Interventionen kommen muss (u. a. Stressbewältigung, Aufbau von Health Literacy, emotionaler Intelligenz, Ethik, etc.) als auch zu Veränderungen der Arbeitsplätze kommen muss und dies auf dem Hintergrund sich einer rapide verändernden Arbeitswelt (Globalisierung, Intensivierung, Flexibilisierung, Exkludierung, etc.). Immer wieder wurden die klassischen krankmachende Faktoren der Arbeitswelt vorgeführt und dies auch mit Hinweis auf umfassende und europaweite Studien: Überlastung, Gratifikationsdefizite, mangelnde Kontrolle, Unterstützungsdefizite etc.; Z.B. *Dieter Zapf, Universität Frankfurt*). Nicht nur an dieser Stelle wurde klar dass diese Parameter zwar epidemiologisch bedeutsam sind, aber noch keine konkreten Interventionsvorschläge enthalten sind.

Die Antworten auf die Frage, wie all dem begegnet werden kann, wurden durch die Präsentation zahlreicher Projekte beantwortet. Im Wesentlichen wurden folgende Strategien genannt: Monitoring, Training individuelle Kompetenzen, (insbesondere von Managern), Informationsvergabe, Public Relation, Anreize im Rahmen von Wettbewerben. In der  $\square$ D spielt dabei die Initiative des BMA „Qualität der Arbeit“ eine entsprechende Rolle (INQUA). Erkannt wurde dabei, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der Förderung der körperlichen und der psychischen Gesundheit gibt und geben sollte (inzwischen ist angekommen, dass es enge Beziehungen zwischen psychischen Störungen – vor allem Depression – und Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes, Krebs und auch Arthritis gibt). Strukturelle und gesetzliche Änderungen wurden nicht vorgeschlagen. Ansätze eines intersektoralen Zugangs blieben selten. So schlug z.B. Roediger (Director European Union Affairs, Merck Sharp & Dohme (MSD), CSR Europe) vor, im Rahmen eines geplanten Großprojektes die Gesundheitskompetenz gleichzeitig für verschiedene Lebensbereiche zu fördern (Arbeit, politisches Leben, Gemeinde). Dabei wurde allerdings die Bedeutung verhältnispräventiver Maßnahmen vernachlässigt. In England arbeiten National Health Service und Firmen direkt und mit enormen ökonomischen Erfolgen zusammen. In Finnland werden Projekte wie Masto über verschiedene Ministerien hinweg geplant und begleitet.

Und dies auf dem Hintergrund, der auf diesem Gebiet international wahrnehmbaren Stagnation der Bemühungen: Es ist Wissen zu Hauff vorhanden und auch die Zahl der entsprechenden Initiativen und Studien ist beträchtlich:

- **Mensch und Arbeit im Einklang - Move Europe** (<http://www.move-europe.de/>)
- **European Network for Mental Health Promotion** (<http://www.mentalhealthpromotion.net/>)
- **Luxembourg Declaration on Work Place Health Promotion** ([www.enwhp.org/publications.html](http://www.enwhp.org/publications.html))
- **European Agency for Safety and Health at Work**: z. B. European Risk Observatory (<http://osha.europa.eu/en/riskobservatory/enterprise-survey/>); Modelle guter Praxis (<http://osha.europa.eu/en/practical-solutions/useful-links>); How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress ([osha.europa.eu/en/publications/reports/309](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/309))
- **European Pact of Mental Health across Europe** (z. B. [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eu\\_compass/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm))
- Eurofond: Fourth European Working Conditions Survey: Contribution to policy development ([www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/04/en/1/EF1004EN.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/04/en/1/EF1004EN.pdf))



- **UK Report for the Government:** Engaging for Success: enhancing performance through employee engagement ([www.bis.gov.uk/files/file52215.pdf](http://www.bis.gov.uk/files/file52215.pdf))
- **WHO-Europe:** Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/mental-health/publications/2010/mental-health-and-well-being-at-the-workplace-protection-and-inclusion-in-challenging-times>)
- **European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions:** Working conditions in the European Union: Working time and work intensity ([http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef04125\\_de.htm](http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef04125_de.htm))

Trotzdem ist die Bereitschaft, sich auf Umstrukturierungen einzulassen, der Druck auf Veränderungen hin ist noch unzureichend, zu weit ist die Kluft zwischen Ressorts wie Gesundheit und Personalentwicklung, noch zu gering das Wissen und die Bereitschaft in den Betrieben für entsprechende Innovationen (*Lennart Levi, Schweden*). Für die BRD wurde z.B. berichtet, dass sich bislang nur ca. 5000 von über 2 Millionen Betrieben an der Gesundheitsförderung beteiligen (noch wesentlich geringer dürfte der Partizipationsgrad für die Förderung psychischer Gesundheit sein).

Auch rückblickend wurden die viel europäischen Initiativen diskutiert, die in mehr oder weniger großer Harmonisierung im Bereich psychischer Gesundheit, Gesundheit, Arbeit, Wohlbefinden, sozialer Ungleichheit und Exklusion in Europa in den letzten Jahren durchgeführt wurden. Ohne Zweifel passiert viel und man hat den Eindruck: Politik und Betriebe sind angekommen, aber der Weg ist noch weit. Immerhin zu einer gemeinsamen Schlusserklärung ist man auch gekommen (s. o. und [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ev\\_20110303\\_concl\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20110303_concl_en.pdf)).

Autor: Bernd Röhrle

## **EU-Konferenz “Promoting mental health and well-being in workplaces“ am 3. und 4. März in Berlin**

### **---Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen aus Sicht der Konferenzveranstalter**

#### **Gesunde Arbeit — Gesundes Europa:**

Partnerschaften für gesundes Arbeiten und Wachstum

Die Menschen in der Europäischen Union leben heute länger und gesünder als je zuvor. Allerdings stellen der demografische Wandel hin zu einer älter werdenden Bevölkerung, die Zunahme der chronischen, nicht-übertragbaren Erkrankungen und die Zunahme der in vielen Ländern beobachteten sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten sowie der durch den medizinisch-technologischen Fortschritt verursachten Kostendruck die Gesundheitssysteme in den Mitgliedsstaaten vor besondere Herausforderungen.

Eine wichtige Herausforderung besteht in der Zunahme psychischer Beeinträchtigungen. Schätzungen zufolge sind rund 50 Millionen Menschen in der EU von psychischen Problemen betroffen.

Nach einer Eurobarometer-Umfrage von 2010 haben innerhalb eines Jahres 15 Prozent der befragten Bürger professionelle Hilfe wegen eines psychologischen oder emotionalen Problems gesucht, zwei Prozentpunkte mehr als noch vier Jahre zuvor.

Die Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen, die Gesundheitsversorgungskosten dieser Erkrankungen und auch die durch sie verursachten sozialen und wirtschaftlichen Verluste, gerade auch durch Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz, sind hoch.

Mit dem Europäischen Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden haben sich die EU-Mitgliedstaaten und die als Partner einbezogenen Nichtregierungsakteure zu den Zielen eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes zur Förderung psychischer Gesundheit der Menschen bekannt. Daher besteht Konsens, dass die Arbeitswelt ein bedeutender Schlüsselbereich in der Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Störungen ist.

### **Die Ausgangslage**

Die Lebens- und Arbeitsbedingungen haben sich in vielen europäischen Ländern — sowohl in persönlich-individueller als auch in gesellschaftlicher Hinsicht — verändert.

Die Anforderungen an Flexibilität und Mobilität der Menschen sind gewachsen; psychische Belastungen nehmen zu. Auswirkungen zeigen sich deutlich in der Arbeitswelt.

Ursachen hierfür sind v.a.:

1. zunehmende geistige Arbeit und steigende Anforderungen an Qualifikation und beständige Weiterbildung (Trend zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft),
2. fortlaufende Beschleunigung von Fertigungs-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozessen,
3. verstärkter Einsatz neuer Technologien, die permanente Erreichbarkeit ermöglichen, zunehmende Arbeitsunterbrechungen und „Entgrenzung“ der Arbeit,
4. erhöhte Eigenverantwortung der Beschäftigten bei steigender Komplexität der Arbeitsanforderungen,
5. diskontinuierliche Beschäftigungsverhältnisse steigende Mobilitätsanforderungen und steigende berufliche Unsicherheit, etwa im Kontext von zunehmend häufigen Restrukturierungsprozessen,
6. zunehmende Instabilität sozialer Beziehungen.

Diese Entwicklungen sind in allen Mitgliedstaaten zu beobachten. Sie betreffen die Privatwirtschaft wie den Öffentlichen Dienst, wenngleich die Zunahme der Belastungen in manchen Sektoren stärker zu beobachten ist als in anderen.

Diese Veränderungen erfordern eine hohe Anpassungsfähigkeit und Bewältigungskompetenz der Beschäftigten. Arbeitsbedingungen, die mit psychischen Fehlbelastungen verbunden sind, können die psychische Gesundheit der Beschäftigten, aber auch die Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen gefährden.

Den vorliegenden Statistiken vieler EU-Staaten zufolge sind psychische Erkrankungen immer häufiger Ursache für Fehlzeiten in den Unternehmen. Kontinuierlich steigt auch der Anteil psychischer Erkrankungen bei den Ursachen für frühzeitige Berentungen. Die Zahl steigender psychischer Erkrankungen stellt insoweit auch einen gewichtigen sozialen und volkswirtschaftlichen Faktor dar.

Vor diesem Hintergrund gewinnen Prävention und Gesundheitsförderung immer stärker an Bedeutung. Die Gestaltung gesunder Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz bietet die Chance krankmachende Faktoren zu beseitigen sowie Gesundheitsbewusstsein und die gesundheitlichen Kompetenzen der Beschäftigten zu fördern. Als Ergebnis kann eine positive Arbeitsatmosphäre mit hoher Leistungsbereitschaft und geringen Fehlzeiten erzielt werden.

---

### **Kurzbericht zur Tagung „European Debate On Evidence-based Mental Health Promotion and Prevention of Mental Disorders 13.-14.2.2011, Den Haag**

(vgl. <http://www.dataprevproject.net/conference2011/program>)

Zu dieser Konferenz trafen sich Experten (Wissenschaftler und Ministerielle) der EU-Länder auf Bitten der Europäischen Kommission vermittelt über das von ihr getragene Projekt „Dataprev“. Dieses Projekt hat eine Datenbank zu europäischen Präventionsprojekten aufgestellt und Expertisen zu Teilbereichen wie mhp in der Schule, Elternhaus, am Arbeitsplatz, bei älteren Personen, Kosten-Nutzen-Analysen in diesem Bereich zusammengestellt

([http://ec.europa.eu/research/fp6/ssp/dataprev\\_en.htm](http://ec.europa.eu/research/fp6/ssp/dataprev_en.htm)): *„Ziel ist die Vermehrung und Verbreitung der vorliegenden Erkenntnisse über Politik und Praxis zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Krankheit in den EU Mitgliedsstaaten. Zu diesem Zweck wird ein standardisiertes Online-Informationssystem entwickelt, in dem vorhandene Praktiken zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Krankheit erfasst werden, genauer gesagt, Programme für eine verbesserte kognitive und emotionale Entwicklung, die Reduktion von psychischen Erkrankungen und psychiatrischen Symptomen und die Verbesserung der psychischen Gesundheit werden beschrieben.“*

Teil des Projektes war auch die Veranstaltung eines europäischen Kongresses, über den hier berichtet wird. Die Ergebnisse dazu wurden in Plenarveranstaltungen vorgestellt, dort und in Teilgruppen diskutiert.

Fasst man die wesentlichen Ergebnisse dieser Tagung zusammen, so lassen sich folgende Aussagen treffen.

1. MHP und Prävention psychischer Störungen sind in den Europäischen Ländern so aufgestellt, das man von einer gewissen Unabhängigkeit von den USA sprechen kann
2. Das methodische und konzeptionelle Niveau ist hoch (Arbeiten mit RCT auch Cluster-RCT) werden an vielen Orten durchgeführt. Methodischer Pluralismus ist die Orientierung vieler Länder
3. Weltweites und auch Europäisches Problem ist das der Implementation. Hierzu wurden in Diskussionen ausführlich Wege gesucht; solche waren auch als Material für die Politikberatung von der Veranstaltern zusammengestellt worden.
4. In einzelnen Bereich sind Erfolge aber auch noch Grenzen sichtbar. So wurden Kosten-Nutzenanalysen vorgestellt, allerdings noch nicht auf meta-analytischem Niveau, da die Zahl der verwertbaren Studien noch als zu klein angesehen wurde
5. Neue Trends sind ausmachbar: Vorgestellt wurden Projekte und Studien aus dem für MHP nutzbaren Bereichen der Positiven Psychologie (insbesondere Wellbeing); auch Methoden der Achtsamkeitstherapie aus den buddhistisch angehauchten Psychotherapien und Stressbewältigungsprogramme wurden vorgestellt. Die Gefahr verkürzter, Methoden der Verhältnisprävention umfassende Vorgehensweisen, gerieten ins Hintertreffen. Auch widersprüchliche Details wurden kenntlich: so wurde über Dänemark mit den höchsten Rankings im Wohlbefinden bei einer vergleichsweise geringen Lebenserwartung vorgestellt.

Die gesellschaftspolitische Diskussion des Tagungsthemas, das sich aus den Diskussionen der letzten Weltkonferenz ableiten ließ (vgl. Tagungsbereich im Newsletter 2-2010), machte nochmals

deutlich, dass die das Thema sozialer Ungleichheit innerhalb, aber vor allem auch über Nationen, insbesondere auf dem Hintergrund der aktuellen Finanzkrise, ein übergreifendes Thema darstellt, dazu wurden eindruckliche Ergebnisse berichtet: in dem Maße wie privatisiert wurde sank die Lebenserwartung, allerdings moderiert durch das Ausmaß an sozialem Kapital.

Alles in allem eine für die EU ermutigende Konferenz, welche den Anfang einer internationalen Verflechtung vorbereitet.

**Autor: Bernd Röhrle**

## **Termine und Tagungsankündigungen**

Übersicht zu Präventionskongressen allgemein: [http://phpartners.org/conf\\_mtgs.html](http://phpartners.org/conf_mtgs.html)

---

### **14th International Congress of ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry**

11-15 June 2011, Finlandia Hall, Helsinki, Finland

#### **Congress secretariat**

CONGREX / Blue & White Conferences Oy

P.O.Box 81, FI-00371 Helsinki, Finland

Telephone: +358-(0)9-560 7500

Telefax: +358-(0)9-560 75020

E-mail: [escap2011@congrex.fi](mailto:escap2011@congrex.fi)

---

### **3. Workshop Forensische Sozialwissenschaften**

#### **GEWALTPRÄVENTION IM KINDES- UND JUGENDALTER**

##### **Freitag, 22. Juli 2011 Hochschule Heidelberg**

9.15 – 9.30 Uhr

Begrüßung durch Prof. Dr. Jörg M. Winterberg, Rektor  
und Prof. Dr. Carolin Sutter, Dekanin, SRH Hochschule Heidelberg

9.30 – 10.00 Uhr

Einführung in Thematik und Grundlagen der Prävention

Prof. Dr. Denis Köhler, SRH Hochschule Heidelberg

10.00 – 10.45 Uhr

Gewaltprävention durch Medienkompetenz der Eltern

Dipl.-Päd. Katja Köhler, Pinneberg

10.45 – 11.15 Uhr

Pause und Kaffee

Zeit zum persönlichen Erfahrungsaustausch

11.15 – 12.00 Uhr

Prävention von „Zielgerichteter Schulgewalt und Amok“

Dr. Dipl.-Psych. Rebecca Bondü, Ruhr-Universität Bochum

12.00 – 12.45 Uhr

Evaluation des Anti-Aggressivitätstrainings in Rheinland-Pfalz

Dr. Dipl.-Psych. Tina Schmoll, PP, M. A., Justizministerium Rheinland-Pfalz

Anmeldung per Telefax: +49 6221 88-3482

Anmeldung per E-Mail: [janine.stitz@fh-heidelberg.de](mailto:janine.stitz@fh-heidelberg.de)

#### **SRH Hochschule Heidelberg**

Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften

Janine Stitz

Ludwig-Guttman-Straße 6  
69123 Heidelberg

### Fachgruppe Gesundheitspsychologie

**10. Kongress für Gesundheitspsychologie mit dem Thema "Gesundheit im sozialen Wandel"**

**31. August bis zum 2. September 2011 in Berlin**

Keynote Speakers sind

Michael Eid, Berlin

Johannes Siegrist, Düsseldorf

Hannelore Weber, Greifswald

[www.gesundheit2011.de](http://www.gesundheit2011.de)

**Summer School der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs für Doktorandinnen und Doktoranden.** Sie wird am 29./30. August 2011, im Vorfeld des 10. Kongresses für Gesundheitspsychologie, am Deutschen Zentrum für Altersfragen in Berlin stattfinden. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen erhalten die Möglichkeit, ihre Dissertationsprojekte vorzustellen und mit Expertinnen und Experten auf dem Gebiet der Gesundheitspsychologie zu diskutieren. Ein begleitendes Freizeitprogramm wird das gegenseitige Kennenlernen und den informellen Austausch fördern. Als Experten und Expertinnen konnten in diesem Jahr Professor Dr. Michael Eid (Berlin), Professor Dr. Britta Renner (Konstanz) und Professor Dr. Ralf Schwarzer (Berlin) gewonnen werden. Interessierte Doktoranden und Doktorandinnen senden bitte ein maximal dreiseitiges Exposé ihres Dissertationsprojekts bis zum 30. April 2011 an: [christel.salewski@hs-magdeburg.de](mailto:christel.salewski@hs-magdeburg.de) oder an die folgende Adresse:

Prof. Dr. Christel Salewski Hochschule Magdeburg-Stendal Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften Osterburger Straße 25  
D-39576 Stendal.

---

### Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen



Tagung vom 31.8. bis 1.9. 2011

Mainz, Erbbacher-Hof Grebenstraße 24 – 26



1. Tag Vorprogramm (31.8.2011)  
16:00 – 19:00 Uhr (Edith Stein Zimmer)

ÖFFENTLICHES TREFFEN DES GERMAN NETWORK FOR MENTAL HEALTH  
(GNMH)

- Projektvorstellungen „Was im Moment läuft oder geplant ist“
- Kaffee-Pause
- Aktivitäten zur Stärkung der GNMH nach innen und außen
- Gemeinsames Abendessen

2. Tag Hauptprogramm (1.9.2011)

09:00 – 12:15 Uhr Vormittagsveranstaltung (Kardinal Volk Saal)

09:00 Uhr Eintreffen der Teilnehmenden

09:30 Uhr Eröffnung/Grußwort :

*Malu Dreyer (Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit und Frauen,  
Rheinland-Pfalz)*

Block 1: ÜBERSICHTEN

*Chair: Prof. Dr. Bernd Röhrle*

09:45 Uhr „Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen und Zeiten“

*Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München)*

10:30 Uhr „Zur Effektivität von Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen“

*Prof. Dr. Andreas Beelmann, (Friedrich Schiller Universität, Jena)*

11:15 Uhr Pause

11:30 Uhr Podiumsdiskussion zu den Grundsatzreferaten

Moderator: *Prof. Dr. Bernd Röhrle*

12:15 Uhr Mittagspause

14:00 bis 18:00 Parallelveranstaltungen (mit selbst festgelegten Pausen)

Block2: „FRÜHE HILFEN“ – MASSNAHMEN ZUR BINDUNGSSICHERHEIT VON  
KINDERN

*Chair: Ute Ziegenhain*

Guter Start ins Leben

*PD. Dr. Ute Ziegenhain (Universität Ulm)*

Hebammen als Seismografen: Erste Zwischenergebnisse

*Prof. Dr. Beate Schücking, Prof. Dr. Bernd Röhrle, Dr. Hanna Christiansen &  
Dipl.Pflegepäd. Melita Grieshop (Universität Osnabrück, Universität Marburg)*

Frühe Hilfen im Ortenaukreis Erste Ergebnisse und Erfahrungen

*Ullrich Böttinger (Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche,  
Lahr)*

Opstapje: Ergebnisse und Zukunft

*Kristin Heldewig (Regionalkoordinatorin für HIPPY und Opstapje im Bereich Nord; Hamburg)*

Block3: CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER PSYCHISCHEN  
GESUNDHEITS FÖRDERUNG UND PRÄVENTION IM SETTING  
SCHULE

Chair: *Kevin Dadaczynski & Dr. Birgit Nieskens*

Schulische Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern

*Dr. Ludwig Bilz (Technische Universität Dresden)*

Psychische Gesundheit in der Ganztagschule: Möglichkeiten und Herausforderungen  
*Kevin Dadaczynski (Universität Lüneburg)*

Mit MindMatters gute gesunde Schulen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen entwickeln

*Dr. Birgit Nieskens (Universität Lüneburg)*

Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule. Wie Experten in eigener Sache Schülern und Lehrern Mut machen, sich mit psychischer Gesundheit auseinander zu setzen.

*Dr. Manuela Richter-Werling (Irrsinnig menschlich e.V.)*

Diskussionsrunde „Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit – von Projekten zu Programmen und Strukturen)

Block4: KINDER IN PREKÄREN SITUATIONEN

Chair: *Prof. Dr. Meinrad Armbruster*

„Die ELTERN-AG: Ein Elternprogramm für soziale benachteiligte Eltern. Konzept, Erfahrungen aus der Praxis und erste Evaluationsergebnisse.“

*Prof. Dr. Meinrad Armbruster (Hochschule Magdeburg-Stendal)*

*Dr. Birgit Böhm, nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V.)*

Pro Kind

*Kristin Adamaszek (Projektleiterin Pro Kind Bremen)*

Arbeitslos Chancenlos? SUPPORT25 ein Projekt zur Förderung der seelischen Gesundheit arbeitsloser Jugendlicher

*Dr. med. Volker Reissner (Universität Duisburg-Essen)*

Hilfe für Kids

*Frauke Gnagl, Andrea Behacker (Kreisjugendring München-Stadt)*

Block 5: KINDER KRANKER ELTERN

Chair: *Albert Lenz*

Kinder schizophoren erkrankter Eltern Belastungen und Bewältigungsstrategien

*Prof. Dr. Albert Lenz (Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen)*

AURYN in Leipzig – ein systemisch orientierter Ansatz in der Arbeit mit Familien, in denen Eltern psychisch krank sind

*Melanie Gorspott (Kinder-, Jugendund Familienberatungsstelle Leipzig)*

Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder körperlich kranker Eltern  
PD. Dr. *Georg Romer (UKE Hamburg)*

"Kinder psychisch erkrankter Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe  
und Erwachsenenpsychiatrie  
*Elisabeth Schmutz (Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz)*

Block 6: KINDER IN SCHWIERIGEN FAMILIEN UND DESTRUKTIVEN SOZIA-  
LEN NETZEN (GEWALT, KONFLIKTE, VERLUSTE)

Chair: *Rudolf Sanders*

Kinder als Zeugen elterlicher Partnerschaftsgewalt – ins Gleichgewicht kommen, ver-  
arbeiten, sich erholen

*Dorothee Lappehse-Lengler (Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle  
des Bistums Trier)*

„Kinder im Blick“ Programm für Scheidungseltern

*Dr. Mari Krey (LMU München)*

PALME: Ein Trainingsprogramm für alleinerziehende Mütter geleitet von Erziehe-  
rInnen

*Dr. Ralf Schäfer (Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Hein-  
rich-Heine-Universität Düsseldorf)*

Ehetherapie mit Kindern

*Dr. Rudolf Sanders (Kath. Beratungsstelle für Ehe, Familien- und Lebensfragen Hagen  
& Iserlohn)*

Abstracts

Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen und Zeiten“  
*Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München)*

Kinder und Jugendliche werden im gegenwärtigen kulturellen Diskurs immer häufiger zum „Symptomträger“ einer gesellschaftlichen Krisensituation. Die Medien haben sich für ihre besorgten Analysen vor allem die frühe Kindheit und das Schulalter vorgenommen. Dafür gibt es gute Gründe, aber zugleich kommt es zu einer übergeneralisierenden Problemwahrnehmung. Die uns verfügbaren Daten zeigen, dass es etwa 20 % der Heranwachsenden mehr oder weniger massive psychosoziale Probleme haben. Sie geben Anlass zu der Frage, welche Verwirklichungschancen sie benötigen hätten, um gut ins Leben hinein zu kommen. Damit ist Frage nach Bedingungen für eine gelingende Lebensbewältigung gestellt, die für alle Heranwachsenden gefördert werden sollten. Das Jugendalter ist einerseits deutlicher riskanter geworden und andererseits ist aus dem fachlichen und gesellschaftlichen Blickfeld geraten. Erfahrungswelten von Heranwachsenden werden in einer Gesellschaft erheblich komplexer und risikoreicher, der zunehmend einheitliche Ziele und Werte ab-



handen kommen, die von der Pluralisierung der Lebensstile gekennzeichnet ist und in der die gegebenen Lebenschancen höchst unterschiedlich verteilt sind. Der tief greifende soziokulturelle Umbruch, der sich gegenwärtig vollzieht, zeigt gerade bei Heranwachsenden seine "Kostenseite". Die Lebenssituation von Heranwachsenden ist heute durch eine eigentümliche Spannung gekennzeichnet: Einerseits sind die Freiheitsgrade für die Gestaltung der eigenen individuellen Lebensweise sehr hoch. Andererseits werden aber diese "Individualisierungschancen" erkaufte durch die Lockerung von sozialen und kulturellen Bindungen. Der Weg in die moderne Gesellschaft ist, so gesehen, auch ein Weg in eine zunehmende soziale und kulturelle Ungewissheit, in moralische und wertemäßige Widersprüchlichkeit und in eine erhebliche Zukunftsunsicherheit. Deswegen bringen die heutigen Lebensbedingungen auch so viele neue Formen von Belastung mit sich, Risiken des Leidens, des Unbehagens und der Unruhe, die teilweise die Bewältigungskapazität von Jugendlichen überfordern. Sie zahlen, um im Bild zu sprechen, einen "hohen Preis" für die fortgeschrittene Industrialisierung und Urbanisierung, der sich in körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen ausdrückt.

Kontakt: [Keupp@psy.uni-muenchen.de](mailto:Keupp@psy.uni-muenchen.de)

„Zur Effektivität von Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen“

*Prof. Dr. Andreas Beelmann, (Friedrich Schiller Universität, Jena)*

Im Beitrag wird ein Überblick zum Stand der Präventions- und Interventionsforschung bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Dabei werden die Ergebnisse für unterschiedliche Zielgruppen (Hilfen für Kinder und Jugendliche, Eltern, Schulen etc.) und unterschiedliche Problemfelder (Gewalt, Kriminalität, Armut, Depression, Essstörungen) sowie im Hinblick auf allgemeine Durchführungs- und Implementationsfragen diskutiert.

Kontakt: [Andreas.Beelmann@uni-jena.de](mailto:Andreas.Beelmann@uni-jena.de)

Podiumsdiskussion zu den Grundsatzreferaten und anderen Beiträgen  
Moderator: *Prof. Dr. Bernd Röhrle (Philipps-Universität Marburg)*

Es soll vor allem die Frage diskutiert werden, ob heute übliche Hilfen für Kinder und Jugendliche in Praxis und Forschung den sich wandelnden Ansprüchen und Herausforderungen genügen können und ob dies gesuchte gesetzgeberische Initiativen (z.B. zur Herstellung von Schnittstellen zwischen Gesundheit und Sozialem, das neue Kinderschutzgesetz) auch auf dem Hintergrund des wachsenden Kostendrucks tun. Zu prüfen ist auch ob geschaffene rechtliche Rahmenbedingungen die Praxis hinreichend prägen oder sich im Schlepptau gesellschaftlicher und soziokultureller Wandlungsprozesse bewegen (z.B. §17 SGB VIII zur Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und

Scheidung). Auch die Rollen gesellschaftlicher Einrichtungen wie Schulen, Kindertagesstätten gilt es in diesem Spannungsfeld zu reflektieren.

Kontakt: roehrle@staff.uni-marburg.de

Block2: „FRÜHE HILFEN“ – MAßNAHMEN ZUR BINDUNGSSICHERHEIT VON KINDERN

Chair: Ute Ziegenhain (Universität Ulm)

Guter Start ins Leben

*PD. Dr. Ute Ziegenhain (Universität Ulm)*

Nach wie vor entwickeln sich die meisten Kinder positiv beziehungsweise unauffällig und wachsen in einem entwicklungsfördernden familiären Klima auf. Dennoch nehmen die Belastungen von Familien zu und Eltern fühlen sich zunehmend auch überfordert in der Erziehung ihrer Kinder. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn Familien unter sehr schwierigen und belastenden Bedingungen leben. Das Gefährdungsrisiko für Misshandlung und Vernachlässigung steigt dann sprunghaft an, wenn mehrere Risikofaktoren vorliegen, die sich gegenseitig negativ beeinflussen und verstärken. Dabei ist die Gefahr von Vernachlässigung und Misshandlung am größten in den ersten fünf Lebensjahren. Besondere Gefährdungen liegen in eingeschränktem Erziehungsverhalten und eingeschränkten Erziehungskompetenzen von Eltern.

Gleichzeitig liegt in der frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen eine große Chance. Kinderschutz bedeutet, frühe und präventive Angebote für alle Eltern ab Schwangerschaft und Geburt bereitzustellen. Der Unterstützungsbedarf von Eltern reicht von Informationen über die Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern bis hin zu gezielter Unterstützung und Anleitung. Zu letzterem gehören etwa bindungstheoretisch konzeptualisierte Angebote zur Förderung elterlicher Feinfühligkeit. Dabei sind solche Frühen Hilfen häufig eine interdisziplinäre Angelegenheit, die nicht mit einer isolierten Maßnahme und nicht mit den Kompetenzen einer einzelnen fachlichen Disziplin oder Zuständigkeit abgedeckt und gelöst werden kann. Dies bedeutet besondere Anforderungen an Kooperation und Vernetzung zwischen Helfern und Hilfesystemen, insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitshilfe.

Gemeinsam mit den Ländern Baden-Württemberg, Bayern und Thüringen hat das Land Rheinland-Pfalz das Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ zur frühen Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zur Prävention von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im frühen Lebensalter initiiert. Die wissenschaftliche Evaluation wurde im Rahmen des Aktionsprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Nationalen Zentrums „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ gefördert. Im Rahmen des Projektes wurden an unterschiedlichen Modellstandorten interdisziplinäre Kooperati-

onsformen erprobt und Vernetzungsstrukturen entwickelt. Die Ergebnisse des Projektes werden diskutiert.

Kontakt: [ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de](mailto:ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de)

Hebammen als Seismografen: Erste Zwischenergebnisse  
*Prof. Dr. Beate Schücking, Prof. Dr. Bernd Röhrle, Dr. Hanna Christiansen und  
Dipl.Pflegepäd. Melita Grieshop (Universität Osnabrück, Universität Marburg)*  
**Xx§§xxxxxxx e-mails dazu xx**

Kontakt:

Frühe Hilfen im Ortenaukreis – Ein Modell für die Regelversorgung im Flächenlandkreis. Konzept,  
Ergebnisse und Perspektiven  
*Ullrich Böttinger (Psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in  
Lahr/Ortenaukreis)*

Der Ortenaukreis hat in einem gemeinsamen Planungsprozess von verantwortlichen Akteuren der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens ein umfassendes Konzept Frühe Hilfen für Eltern und Kinder in besonderen Belastungssituationen entwickelt. Das bundesweit auf großes Interesse gestoßene präventive Gesamtkonzept wird seit nunmehr zwei Jahren als Teil der Regelversorgung mit einer soliden finanziellen Grundausstattung umgesetzt. Neu eingerichtet wurden fünf Fachstellen Frühe Hilfen sowie ein Präventionspool zur Finanzierung zugehender Hilfen wie Familienhebammen und Frühen Familienhilfen. Besonders mit den Entbindungsklinken findet eine enge Zusammenarbeit bei Früherkennung und früher Hilfeanbahnung statt. In mehr als 350 Fällen wurden die neuen Angebote bereits im ersten Jahr in Anspruch genommen. Sehr viele Familien mit psychosozialen Belastungen werden erheblich früher als bisher erreicht.

Vorgestellt werden das Konzept, die sehr ermutigenden Ergebnisse der bisherigen Umsetzung sowie Perspektiven der Weiterentwicklung und Differenzierung der Angebotsstruktur.

Kontakt: [ullrich.boettinger@ortenaukreis.de](mailto:ullrich.boettinger@ortenaukreis.de)

Opstapje – Schritt für Schritt  
*Kristin Heldewig (Opstapje Deutschland e.V.)*

Ein präventives Spielund Lernprogramm für Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien und deren Eltern. Als Langzeitbegleitung möchte Opstapje die Eltern-Kind-Interaktion mit wöchentlichen Hausbesuchen durch semiprofessionelle Helferinnen unterstützen und stärken bevor Bildungsbenachteiligung wirksam wird.

Das Programm richtet sich vorrangig an bildungsbenachteiligte Familien, an Familien in schwierigen Lebenslagen sowie an Familien mit Migrationshintergrund.

Opstapje dauert 18 Monate (2 x 30 Wochen) und findet im Wesentlichen zu Hause statt. Mit dieser Gehstruktur sollen auch Familien erreicht werden, die andere Angebote der Familienbildung und Erziehungshilfe nicht in Anspruch nehmen.

Opstapje ist in seinen Bemühungen wesentlich auf die Mitarbeit der Familien (in der Regel Mütter) angewiesen; das Programm will vorhandene Kompetenzen und Ressourcen der Familien nutzen und erweitern, sie für die Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisieren sowie ihre Eigenverantwortung und Selbstständigkeit stärken (Empowerment-Ansatz).

Kontakt: [kristin.heldewig@opstapje.de](mailto:kristin.heldewig@opstapje.de)

Block3: CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER PSYCHISCHEN  
GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND KRANKHEITSPRÄVENTION IN PÄ-  
DAGOGISCHEN SETTINGS

Chair: *Kevin Dadaczynski (Universität Lüneburg)*

Schulische Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern  
*Dr. Ludwig Bilz (Technische Universität Dresden)*

Zwanzig Prozent aller deutschen Kinder und Jugendlichen leiden bis zum 18. Lebensjahr unter mindestens einer psychischen Störung. Meistens sind es Angststörungen und Depressionen. Das zentrale Merkmal dieser Erkrankungen ist, dass sie sich im Verborgenen etablieren. Betroffene Schüler ziehen sich zurück, sie vermeiden es – z. B. bei sozialen Ängsten Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und stören so den Unterricht meist kaum. Oft vermitteln sie sogar das Bild eines besonders angepassten Schülers. Gleichzeitig leiden sie unter vielfältigen Beeinträchtigungen, sie haben häufiger schulische Probleme, sie leiden unter Konzentrationsschwierigkeiten und sie sind weniger leistungsfähig. Studien zeigen zudem, dass bereits leichte depressive Symptome im Kindes- und Jugendalter das Erkrankungsrisiko im Erwachsenenalter deutlich erhöhen.

Vorgestellt wird eine Studie, die vor dem Hintergrund einer ansteigenden Verbreitung psychischer Erkrankungen untersucht, welche Rolle Ängste, Depressionen und psychosomatische Beschwerden in der Schule spielen. Die Ergebnisse dieser Studie mit über 4.000 befragten Schülern zeigen u. a. auf, dass verschiedene Aspekte der schulischen Umwelt und der Unterrichtsgestaltung selbst mit dem Auftreten dieser Beschwerden in Verbindung stehen. Es wird diskutiert, wie dieser Zusammenhang aktiv genutzt werden kann, um Schule so zu gestalten, dass sie positiv auf die psychische Entwicklung von Schülern in einer entscheidenden Lebensphase einwirken kann.

Kontakt: [ludwig.bilz@tu-dresden.de](mailto:ludwig.bilz@tu-dresden.de)

Psychische Gesundheit in der Ganztagschule: Möglichkeiten und Herausforderungen  
*Kevin Dadaczynski (Leuphana Universität Lüneburg)*

Spätestens seit Aufkommen des Settingansatzes der Gesundheitsförderung gilt die Schule als ein zentraler Handlungsort für die Realisierung von Maßnahmen der (psychischen) Gesundheitsförderung und Prävention. Den verschiedenen in der Schule umgesetzten Maßnahmen ist dabei gemein, dass sie sich mehrheitlich auf die in Deutschland lange Zeit vorherrschende Halbtagsschule beziehen. Mit dem in den letzten Jahren verstärkt forcierten Ausbau von Ganztagschulen gewinnt jedoch ein neues „Schulmodell“ enorm an Bedeutung. Zu fragen ist, welche Chancen aber auch Herausforderung sich für die psychische Gesundheitsförderung und Prävention aus der Ganztagschulentwicklung ergeben und wie diesen begegnet werden kann. Vor dem Hintergrund einer eher verhältnisorientierten Betrachtung wird der Frage nachgegangen wie die Ganztagschule beschaffen sein muss, damit Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung gestärkt werden können. Hierfür werden auf Basis des Modells der positiven Jugendentwicklung verschiedene Kontextmerkmale benannt und mit den in der Ganztagschule zu bearbeitenden Gestaltungskonzepten in Verbindung gebracht. Schließlich werden die Ziele und die anvisierten Arbeitsergebnisse des derzeit laufenden Modellprojekts „Mit psychischer Gesundheit Ganztagschule entwickeln“ vorgestellt.

Kontakt: dadaczynski@uni.leuphana.de

Mit MindMatters gute gesunde Schulen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen entwickeln

*Dr. Birgit Nieskens (Leuphana Universität Lüneburg, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften)*

Programme für Schulen, die positive Begegnungen und Erlebnisse im Erfahrungsraum Schule ermöglichen und auf den Erwerb von Resilienzfaktoren fokussieren, sind auch geeignet, schulische Leistungen zu verbessern und unterstützen Schulen in ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag. Denn psychische Probleme stehen in engem Zusammenhang zur Schulleistung und sozialen Entwicklung der Betroffenen.

Mit MindMatters wird hier ein umfassendes Programm für Schulen vorgestellt, das im Rahmen des Konzepts der guten gesunden Schule zur Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften beiträgt und damit die Arbeits- und Lernbedingungen gerade auch für verhaltensauffällige, mit psychischen Problemen belastete Schülerinnen und Schüler verbessert.

In dem Vortrag wird aufgezeigt, was Schulen im Rahmen der Schul- und Unterrichtsentwicklung für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen tun können. Zudem werden exemplarisch Un-

terrichtseinheiten vorgestellt, die Schulen einsetzen können, damit Schülerinnen und Schüler psychische Störungen verstehen lernen, Stigmatisierung Betroffener abbauen und die Bedeutung von Hilfe suchendem Verhalten kennen lernen.

Kontakt:

Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule. Wie Experten in eigener Sache Schülern und Lehrern Mut machen, sich mit psychischer Gesundheit auseinander zu setzen.  
*Dr. Manuela Richter-Werling (Irrsinnig menschlich e.V.)*

"Verrückt? Na und!" ist ein von Irrsinnig Menschlich e.V. entwickeltes, ausprobiertes und verbreitetes Aufklärungsprogramm, das an zahlreichen Schulen in Deutschland (45 regionale Gruppen) und international (2 Gruppen) die seelische Fitness von Heranwachsenden und Lehrern fördert und zugleich die folgenschwere Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen bekämpft. 2001 haben wir nach dem Graswurzelprinzip damit angefangen. Das Projekt setzt auf die persönliche Begegnung von Schülern mit Experten in eigener Sache, das sind Menschen, die psychische Erkrankung durchgemacht haben, als Schlüssel zur Veränderung der eigenen Wahrnehmung von psychischen Krisen und zu Ressourcen seelischer Fitness. Auch Lehrer profitieren: Sie erhalten einen tieferen Einblick in den Gesundheitszustand ihrer Klasse und werden befähigt, ihre Schlüsselrolle als Bezugsperson besser auszufüllen. In der Schule etwas über psychische Gesundheit zu erfahren ist nützlich, weil psychische Erkrankung jeden dritten Menschen betrifft, psychische Gesundheitsprobleme von Schülern und Lehrern zunehmen, psychische Krisen von Heranwachsenden häufig erstmals in der Schule erkannt werden und Menschen, die von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind, häufig stigmatisiert, und ausgegrenzt werden. Die Wirksamkeit von „Verrückt? Na und!“ wurde von der Universität Leipzig evaluiert. Die Nachfrage nach dem einfachen und wirksamen Projekt ist national und international ungebrochen.

Kontakt: [www.verrueckt-na-und.de](http://www.verrueckt-na-und.de)

Diskussionsrunde „Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit – von Projekten zu Programmen und Strukturen“

#### Block4: KINDER IN PREKÄREN SITUATIONEN

Chair Prof. Dr. Meinrad Armbruster (Hochschule Magdeburg)

„Die ELTERN-AG: Ein Elternprogramm für soziale benachteiligte Eltern.

Konzept, Erfahrungen aus der Praxis und erste Evaluationsergebnisse.“

*Prof. Dr. Meinrad Armbruster (Hochschule Magdeburg-Stendal)*

*Dr. Birgit Böhm (nexus Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung e.V.)*

Die ELTERN-AG ist ein primärpräventives Elternprogramm für sozial benachteiligte Eltern, die sich in der Familienplanungsphase befinden oder Kinder im Vorschulalter haben. Mit einem aufsuchenden Konzept werden Eltern für die Teilnahme angesprochen, die mindestens eines von verschiedenen Kriterien sozialer Benachteiligung erfüllen. Neben einem niedrigen Bildungsabschluss, Arbeitslosigkeit, Erhalt von finanzieller Hilfe zum Lebensunterhalt, Alleinerziehenden-Status und Migrationshintergrund gehören auch Minderjährigkeit zum Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes und eine schwerwiegende Erkrankung zu diesen Kriterien. Ziele der ELTERN-AG sind die Verbesserung von Erziehungskompetenz und Erziehungsverhalten der Eltern, die Stärkung ihrer Selbsthilfepotentiale und Vernetzungsfähigkeit durch Empowerment sowie die Förderung der Entwicklung ihrer Kinder. ELTERN-AGs werden durch qualifizierte und supervidierte Mentorinnen und Mentoren bei Trägern vor Ort durchgeführt. Die Elterntreffen finden in einer Einführungs- und einer Vertiefungsphase mit je zehn Treffen statt und werden, unterstützt durch ein Übergangsmanagement, in selbst organisierten Treffen fortgeführt. Erste Zwischenergebnisse der seit Mitte 2010 laufenden Evaluation der ELTERN-AG zeigen, dass die ELTERN-AG die Zielgruppe sozial benachteiligter Eltern erreicht. Neben dem Erreichen der Zielgruppe untersucht die Evaluation auch, inwieweit das Programm Erziehungskompetenz und Erziehungsverhalten sowie die soziale Unterstützung und Vernetzung der Eltern fördert. Der Beitrag stellt das Konzept der ELTERN-AG, Erfahrungen aus der Praxis und erste Ergebnisse der Evaluation vor.

Kontakt:

Pro Kind

*Kristin Adamaszek (Projektleiterin Pro Kind Bremen)*

„Pro Kind“ basiert auf einem Hausbesuchsprogramm, das als Modellprojekt Erstgebärenden und ihren Familien in schwierigen Lebenssituationen elternzentrierte Begleitungsangebote bereits früh in der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag des Kindes anbietet. Viele Studien haben gezeigt, dass die Benachteiligung für Kinder, deren Eltern gesellschaftlich bedingte und strukturelle Belastungen erleben, schon während der Schwangerschaft beginnt.

Zentrales Ziel von „Pro Kind“ ist die Förderung der gesunden körperlichen, geistigen und emotionalen Entwicklung der Kinder durch Stärkung der elterlichen kognitiven und emotionalen Erziehungskompetenzen, Pro Kind basiert also auf dem Motto: Die Eltern stärken, damit die Kinder stark sind. Die Eltern werden in ihrem Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse, ihrer Feinfühligkeit für kindliche Signale und ihrer Fähigkeit zum förderlichen Umgang mit ihrem Kind gestärkt. Das Konzept beinhaltet auch die Förderung der Selbstwirksamkeit der Eltern in anderen Bereichen des

Lebens, wie Schule und Beruf, Beziehungsgestaltung, soziales Netz. Zur Umsetzung bietet Pro Kind fundierte Leitfäden mit Arbeitsmaterial für den Einsatz in den Familien und handlungsorientierte Anleitungen zur Förderung der ElternKind – Interaktion. Eine vertrauensvolle Begleitungsbeziehung und ein stärkenund lösungsorientierte Grundhaltung stehen im Vordergrund des Konzepts. Zum Gelingen der hohem fachlichen Anforderungen dieses primärpräventiven und zielgruppenspezifischen Ansatzes bedarf es speziell qualifizierter Fachkräfte der Frühen Hilfen, wie Hebammen, Kinderschwestern, Erzieher und Sozialpädagogen, die ihre Arbeit durch Vernetzung mit anderen Hilfen und Angeboten ergänzen. Besonders wichtig ist hier der professionelle Umgang mit den Möglichkeiten und Grenzen des fachlichen Handelns, insbesondere bei Fragen des Kinderschutzes. Es werden Konzept und Erfahrungen im Modellprojekt Pro Kind vorgestellt und mit ersten Ergebnissen der Begleitforschung ergänzt.

Kontakt:

#### Arbeitslos Chancenlos? SUPPORT25

ein Projekt zur Förderung der seelischen Gesundheit arbeitsloser Jugendlicher  
Volker Reissner (LVR-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindesund Jugendalters, Universität Duisburg-Essen)

Arbeitslose unter 25 Jahren, bei denen sich der Verdacht auf eine psychische Störung ergibt, werden durch die Fallmanager des Essener Arbeitsamtes in eine psychiatrische Beratung vermittelt. Bei Bedarf werden sie motiviert, eine qualifizierte Therapie aufzunehmen. SUPPORT25 ist ein Kooperationsprojekt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindesund Jugendalters der Universität Duisburg-Essen und des JobCenters Essen.

Das Projekt soll hier am Beispiel der Patientin Jana dargestellt werden: Jana ist 21 Jahre alt und hat eine Karriere von Schulund Ausbildungsabbrüchen hinter sich. Sie hat mehrere berufliche Integrationsmaßnahmen abgebrochen. Ihrer Fallmanagerin ist bereits seit längerem ihre deprimierte Grundstimmung und Stimmungs labilität aufgefallen. Sie überweist die Interessierte dem SUPPORT25-Team zu. Nach einer ausführlichen psychiatrischen Diagnostik wird bei Jana die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt. Sie wird über mögliche Therapieoptionen informiert und auf Wunsch bei der Suche eines geeigneten Therapieplatzes unterstützt.

Zentrales Merkmal des Projektes ist die „Vor-Ort-Vernetzung“ der psychiatrischen Liaison-Ambulanz im JobCenter. Die wissenschaftliche Begleitforschung weist eine hohe Prävalenz von psychiatrischen Störungen auf. Das Angebot einer psychiatrischen Beratung für arbeitslose Jugendliche führt zu einer Verbesserung des psychischen Befindens sowie der beruflichen Reintegration.



Kontakt:

Hilfe für Kids  
Unterstützung von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen  
Frauke Gnadl (Kreisjugendring München-Stadt)  
Andrea Behacker (Kreisjugendring München-Stadt)

Armut oder ungünstige äußere Lebensbedingungen sind Umstände, in denen viele Kinder und Jugendliche aufwachsen müssen. Mit seinem vor über 12 Jahren ins Leben gerufenen Spendenprojekt Hilfe für Kids unterstützt der Kreisjugendring München-Stadt (KJR) sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, die die 49 Freizeiteinrichtungen und 8 Kindertageseinrichtungen des KJR besuchen oder die Mitglied in einem der fast 70 im KJR organisierten Jugendverbände sind.

Mit Hilfe für Kids fördern wir bedürftige Kinder und Jugendliche in den Bereichen

- Mittagstisch mit Hausaufgabenbetreuung (in Kindertageseinrichtungen nur Ganztagesverpflegung)
- Bildungs- und Gesundheitsmaßnahmen „Aufs Leben vorbereiten“
- Ferienfahrten und Ausflüge

Die pädagogischen Fachkräfte des KJR stellen bei Hilfe für Kids Förderanträge, wenn sie bei bedürftigen Kindern und Jugendlichen Unterstützungsbedarf in den vorgenannten Bereichen erkennen. Durch Spendengelder werden die Teilnahmen ermöglicht.

Kontakt:

Block 5: KINDER KRANKER ELTERN  
Chair: *Albert Lenz (Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen)*

Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil  
Prof. Dr. Albert Lenz (Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen)

Kinder psychisch kranker Eltern haben im Vergleich zu Kindern aus Familien mit psychisch gesunden Eltern ein signifikant erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Die elterlichen Erkrankungen müssen aber nicht notwendigerweise zu psychischen Störungen bei den Kindern führen. Es ist deshalb eine vorrangige Aufgabe, der Frage nachzugehen, wie Kinder mit den Belastungen im Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern umgehen, welche individuellen und familiären Strategien ihnen zur Verfügung stehen, die negativen Auswirkungen zu mildern oder zu vermeiden. Hierzu liegen bislang noch kaum Studien vor. Die Coping-Forschung im Kindes- und Jugendalter hat sich bislang stärker mit schweren Erkrankungen wie Krebs und kritischen oder traumatischen Lebensereignissen wie Scheidung der Eltern oder Vergewaltigung auseinandergesetzt. In den letzten Jahren sind zudem die immer wiederkehrenden alltäglichen Anforderungen und

Probleme in den Vordergrund des Interesses gerückt. Erkenntnisse über die Bewältigungsstrategien der Kinder und über kompensatorische Prozesse in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind sowohl für Prävention als auch für Behandlung von großer Bedeutung. Ausgehend von Ergebnissen aus dem DFG-Forschungsprojekt „Schizophrenie und Elternschaft“ wird in dem Beitrag die besondere Bedeutung von familienorientierten Interventionen sowohl bei präventiven Maßnahmen als auch bei der Behandlung von Kindern psychisch kranker Eltern herausgearbeitet.

Kontakt: a.lenz@katho-nrw.de

AURYN in Leipzig – ein systemisch orientierter Ansatz in der Arbeit mit Familien, in denen Eltern psychisch krank sind

*Melanie Gorspott (Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle Leipzig)*

Die Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle AURYN arbeitet seit neun Jahren mit Familien, in denen Eltern seelisch belastet oder psychisch erkrankt sind. Ziel unserer Arbeit sind insbesondere die Stärkung und Förderung der Kinder im Umgang mit den betroffenen Eltern und ihrer Situation sowie die Bewältigung der Situation für die Familie insgesamt.

Der Fokus liegt auf dem System Familie. Jedes Familienmitglied ist bedeutsam und wird in seiner Relevanz für die Familiensituation berücksichtigt und nach Möglichkeit einbezogen. Ein weiteres Erfolgskriterium unserer Arbeit ist, dass alle Familienmitglieder dazu eingeladen und motiviert werden, die Zusammenarbeit aktiv mitzugestalten. Dies erhöht die Verbindlichkeit aller geplanten Maßnahmen sowie die Verantwortungsbereitschaft der Familien, kontinuierlich zu den Terminen und Angeboten zu erscheinen. Zudem wird das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung und in persönliche Kompetenzen auf Seiten der Familienmitglieder gestärkt.

Im Verlauf der Zusammenarbeit können unterschiedliche Gesprächs-Settings und Gruppensowie Freizeitangebote miteinander kombiniert und nach Bedarf flexibel in den Prozess der Unterstützung und Begleitung einbezogen werden.

Kontakt: aurn.gorspott@wege-ev.de

Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder körperlich kranker Eltern

PD. Dr. *Georg Romer (UKE Hamburg)*

Kinder körperlich kranker Eltern sind bis heute eine klinisch unterversorgte und zu wenig beforschte Risikogruppe für die Entwicklung von seelischen Gesundheitsproblemen. In diesem Vortrag wird einleitend die epidemiologische und klinische Relevanz der Thematik ausgeführt. Danach gibt der Autor eine familiendynamische und entwicklungspsychologische Betrachtung der Auswirkungen einer elterlichen körperlichen Erkrankung auf minderjährige Kinder. Daran schließt sich eine Über-

sicht über aktuelle empirische Studien an, wobei Ergebnisse aus eigenen Forschungsarbeiten besonders berücksichtigt werden. Das am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte COSIP-Interventionskonzept für Familien mit einem ernsthaft körperlich erkrankten Elternteil wird vorgestellt. Abschließend werden Ausblicke für die psychosoziale Versorgung von Familien mit einem körperlich kranken Elternteil diskutiert.

Kontakt: romer@uke.uni-hamburg.de

„Kinder psychisch erkrankter Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“

*Elisabeth Schmutz (Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz)*

Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen wurde in Rheinland-Pfalz vom Mai 2006 bis Dezember 2008 ein Modellprojekt zum Thema „Kinder psychisch erkrankter Eltern“ durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung lag beim Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.

Der Schwerpunkt der Untersuchung und Praxisentwicklung lag auf der Implementierung und gelingenden Ausgestaltung von Kooperationsstrukturen zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie. Aber auch die Frage nach notwendigen und geeigneten Unterstützungsangeboten für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder war Gegenstand des Prozesses. Als wesentlich hat sich dabei die systematische Betrachtung aus einer doppelten Perspektive herauskristallisiert, die stets die Bedarfe von Eltern *und* Kindern reflektiert und angemessen zu balancieren sucht. Um hier adäquate Lösungsansätze entwickeln zu können, ist die Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie unabdingbar, um das notwendige fachliche Wissen und die erforderlichen Leistungsmöglichkeiten erschließen zu können.

Zentrale Erkenntnisse dieses Projektes werden im Rahmen des Beitrages vorgestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Notwendigkeit der Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie sowie auf gelingenden Handlungsansätzen einschließlich möglicher Lösungen für ihre Finanzierung.

Kontakt: elisabeth.schmutz@ism-mainz.de

## Block 6: KINDER IN SCHWIERIGEN FAMILIEN UND DESTRUKTIVEN SOZIALEN NETZEN (GEWALT, KONFLIKTE, VERLUSTE)

Chair: *Rudolf Sanders*

Kinder als Zeugen elterlicher Partnerschaftsgewalt – ins Gleichgewicht kommen, verarbeiten, sich erholen

*Dorothee Lappehsen-Lengler (Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle des Bistums Trier)*

Das Wohl von Kindern ist besonders gefährdet, wenn sie miterleben, wie ein Elternteil den anderen misshandelt, da beide Personen, auf die sie existenziell angewiesen sind, als Quelle von Schutz und Fürsorge in Frage stehen. Die von der Lebensberatung Saarbrücken entwickelte Kinder-Trauma-Gruppe hilft den kindlichen Zeugen, diese Erfahrung zu verkraften. In Form von Spielen, Malen, Gestalten werden mit den Kindern zentrale Themen bearbeitet. Heilen von seelischen Verletzungen, Vertrauenspersonen finden und Hilfe holen, Umgang mit bedrückenden Intrusionen und Alpträumen gehören ebenso dazu wie die Auseinandersetzung mit der Frage, wann Schlagen erlaubt ist.

Kontakt: lb.saarbruecken@bistum-trier.de

### *Kinder im Blick“*

Ein Kurs für Eltern in konfliktbelasteten Trennungssituationen

*Dr. Mari Krey (LMU München)*

Das in Deutschland neuartige Präventionsangebot „Kinder im Blick“ richtet sich an Trennungsfamilien mit mehr oder minder gravierenden Konflikten zwischen den Eltern. Es wurde auf der Grundlage bisheriger Forschungsbefunde von einem Team der LMU München und Praktikern der Beratungsstelle Familien-Notruf-München konzipiert und implementiert.

Zunehmend mehr Familien sind heutzutage von einer Trennung betroffen, was zweifelsohne große Belastungen für die Beteiligten mit sich bringt. Vor allem für Kinder ist eine Trennung der Eltern mit beträchtlichen Veränderungen und Stressoren verbunden und wird daher auch zu den schwierigsten Lebensereignissen im Kindesalter gezählt.

„Kinder im Blick“ bietet den Familien professionelle Hilfe, indem zum einen auf die Förderung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung und die Stärkung von Elternkompetenzen im Umgang mit den emotionalen Belastungen der Kinder und eigenen belastenden Emotionen fokussiert wird. Zum anderen werden neue konstruktive Umgangsformen vermittelt und praktisch erprobt, um Konflikteskalationen auf der Elternebene zu vermeiden und Herausforderungen im Scheidungskontext, wie beispielsweise der respektvolle Umgang mit der Beziehung des Kindes zum anderen Elternteil und Modelle der elterlichen Kooperation, zu bewältigen. Im Vortrag werden sowohl die Kursinhalte als auch die bisherigen Evaluationsbefunde vorgestellt.

Kontakt: mari.krey@gmx.de

PALME: Ein Trainingsprogramm für alleinerziehende Mütter geleitet von ErzieherInnen

*Dr. Ralf Schäfer (Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)*

In Deutschland sind 20% der Familien Einelternfamilien. Neunzig Prozent der Kinder Alleinerziehender wachsen bei der Mutter auf. Verglichen mit Zweielternfamilien sind diese Mütter und ihre Kinder erhöhten psychosozialen Belastungen und Risiken ausgesetzt.

So sind z.B. die Prävalenzraten für depressive Symptome in der Gruppe der Mütter deutlich erhöht. Die Kinder haben ein mehrfach erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten (ADHD), Drogenkonsum und Schulprobleme. Dennoch gibt es in Deutschland keine speziellen Hilfsangebote für diese Zielgruppe.

Auf bindungstheoretischer Grundlage wurde ein emotionszentriertes Elterntraining (PALME; [www.palme-elterntraining.de](http://www.palme-elterntraining.de)) für alleinerziehende Mütter mit Kindern im Vorschulalter entwickelt. Die Elterngruppen werden von geschulten ErzieherInnen geleitet. Die Wirksamkeit des Trainings wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie untersucht.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe ergaben sich bei den Müttern deutliche Verbesserungen hinsichtlich psychischer Belastung, Depressivität sowie emotionaler Kompetenz. Zusätzlich ergaben sich Hinweise auf eine Reduktion kindlicher Verhaltensprobleme.

Kontakt: [ralf.schaefer@uni-duesseldorf.de](mailto:ralf.schaefer@uni-duesseldorf.de)

#### Egetherapie mit Kindern

*Dr. Rudolf Sanders (Kath. Beratungsstelle für Ehe, Familien und Lebensfragen Hagen & Iserlohn)*

Die negativen Auswirkungen elterlicher Konflikte auf Kinder sind hinlänglich bekannt und untersucht. Sie haben dazu geführt, Paaren bei dem "Abwickeln" ihrer Beziehung etwa durch Mediation so zu unterstützen, dass sie nach Möglichkeit ihre Konflikte auf der Paar Ebene von ihrer Verantwortung als Eltern trennen. An der katholischen Beratungsstelle für Ehe und Familienfragen in Hagen & Iserlohn wurde in den letzten 20 Jahren als Alternativmodell zur Trennungs- und Scheidungsberatung die *Partnerschule* entwickelt. Es handelt sich dabei um ein paartherapeutisches Verfahren, das Klärung und Bewältigung von Beziehungskonflikten miteinander verbindet. Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit des Verfahrens konnte durch prospektive Untersuchungen belegt werden. Die Therapie findet vor allen Dingen in und mit Gruppen an Wochenenden beziehungsweise über eine Woche bis zu 14 Tagen in einem Bildungshaus statt. Das Besondere an diesem Format ist, dass mit den Kindern der Teilnehmer parallel zur Partnerschule mit den Erwachsenen, basierend auf entsprechenden empirischen Erkenntnissen, ein eigenes Programm veranstaltet wird. In dieser Zeit erleben die Kinder implizit, dass ihre Eltern sich selber um ihre Probleme kümmern. Sie müssen also nicht parentisierend in die Rolle eines Streitschlichters oder Eheberaters gehen. Aus den Berichten der Eltern über die Reaktionen ihrer Kinder lässt sich zusammenfassend folgendes schließen: Diese beginnen, die Verantwortung für das Glück ihrer Eltern diesen wieder „zurückzugeben“, denn sie

spüren sie bei den Beratern gut aufgehoben, beginnen sich zu entspannen und haben Zeit für ihre eigene Entwicklung.

Kontakt: Dr.Sanders@partnerschule.de

---

## Übergänge

Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke)

Düsseldorf

15. – 17. September 2011

### **Vorträge**

Prof. Dr. Christoph Wulf

**Rituale als Praktiken des Übergangs und Performativität des Sozialen**

Prof. Dr. Bruno Hildenbrand

**Übergänge begleiten und gestalten**

Prof. Dr. Manfred Heck

**Übergänge im Familienzyklus**

Prof. Dr. Annelie Keil

**Hürdenläufe, Zickzackkurs, Salto mortale, Schnecken tempo**

Leben in Übergängen und Zwischenräumen

Dr. Marie-Luise Conen

**Kooperation! – Kooperation?**

Hilfreiche Zusammenarbeit zwischen Institutionen und ihren Mitarbeitern

Prof. Dr. Peter Bündler

**Übergänge nutzen**

Von den Vorteilen und Risiken der Wege von und zur Erziehungsberatung

## Arbeitsgruppen

- D1 Alfons Aichinger »**Diesen Drachen kannst du nie besiegen, das hat noch keiner geschafft.**« Mit Kindern Übergänge gestalten
- D2 Beate Alefeld Gerges »**Ich bin an deiner Seite.**« Kinder durch ihre Trauer begleiten
- D3 Hans Berwanger **Trennung – Trauma – Trance**
- D4 Christel Bisterfeld **Implementierung von Mediation in Beratungsstellen bei hoch strittigen Elternkonstellationen**
- D5 Andrea Domke, Thomas Lindner **Wenn verrückt normal ist** Übergangshilfen für Kinder psychisch kranker Eltern
- D6 Maximilian Hartkopf **Zwischen Lust und Zwang** Arbeit mit sexuell übergriffigen Kindern und Jugendlichen
- D7 Prof. Dr. Bruno Hildenbrand **Fallverstehen in der Begegnung**
- D8 Norbert Höpfner, Ansgar Krummeich **Die Freiheiten des Entscheidungszwangs**
- D9 Helgard Müller, Susanne Anhalt-Lützenkirchen **Übergänge zwischen Institutionen – Übergänge zwischen Lebenswelten von Kindern** Kindertherapeutische Gruppenangebote außerhalb der Erziehungsberatungsstelle

- D10 Hinrich Köpcke **Verantwortungsgemeinschaft im Kinderschutz** Anforderungen an eine wirksame Zusammenarbeit zwischen Erziehungsberatungsstelle und kommunalem Sozialdienst des Jugendamtes
  - D11 Regine Küster **Tiergestützte Arbeit in der Erziehungsberatung** Übergänge erleichtern durch den »Brückenbauer« Hund
  - D12 Prof. Dr. Frank Lasogga **Notfallpsychologie**
  - D13 Cordula Neuhaus **Das Elterntraining ETKJ ADHS**
  - D14 Sabine Rauch **Transkulturelle Kompetenz** Veränderte Kommunikationsspielräume für die Arbeit mit Familien mit Migrationshintergrund
  - D15 Christina Rümmer, Susanne Joksic **Übergänge und Rituale**
  - D16 Torsten Schmidt-Russnak **Kinder mit Lernstörungen und deren Familien in der Erziehungsberatungsstelle**
  - D17 Meinrad Schlund **Suizidprävention mit Jugendlichen** Aufsuchende Arbeit in Schulen
  - D18 Andreas Wahlster **Systemisches Elterncoaching in der Praxis**
  - D19 Matthias Weber **Hochstrittigkeit als Ergebnis missglückter familialer Übergänge**
  - DF20 Fetiye Enders, Christine Hösl, Horst Imelmann **Übergänge gestalten – Kräfte entwickeln** Arbeitsgruppe für Sekretärinnen und Verwaltungsfachkräfte Diese Arbeitsgruppe läuft über zwei Nachmittage. Sie wird am Freitag fortgesetzt.
- 

**14. Fachgruppentagung Rechtspsychologie „Prävention und Intervention“ vom 22.-24. September 2011 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**  
<http://www.uni-muenster.de/Rechtspsychologietagung-2011/>

---

**Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie**

**German Network for Mental Health**

## Stellenanzeige

Am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung sind ab 1.7. bzw. 1.10.2011 drei Stellen für Wissenschaftliche MitarbeiterInnen (Teilzeit von 0.5 bis 0.75) in verschiedenen Forschungsprojekten zur Gesundheitsförderung, Prävention von Essstörungen und zur Projektakquisition zu besetzen. Vollständige Bewerbungen bitte an:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule NRW

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Wörthtstraße 10

50668 Köln [suchtforschung@katho-nrw.de](mailto:suchtforschung@katho-nrw.de)

### **Erneut in eigener Sache: Erneuerung von Mitgliederdaten: Profil aktualisieren bei GNMH.de**

Damit Sie selbst Ihr Profil auf GNMH.de anpassen können, benötigen Sie zwei Daten:

1. Ihre bei GNMH.de hinterlegte E-Mail-Adresse
2. Ihr persönliches Kennwort \*

Falls Sie noch kein persönliches Kennwort erhalten haben oder dieses vergessen haben, so wenden Sie sich bitte per E-Mail an: [webmaster@gnmh.de](mailto:webmaster@gnmh.de).

Aus Sicherheitsgründen wird Ihr Kennwort nur an die bei GNMH.de angegebene E-Mail-Adresse versendet. Sollten Sie keinen Zugriff mehr auf Ihre bei GNMH.de hinterlegte E-Mail-Adresse haben, so geben Sie dies bitte an.

Um die Informationen in Ihrem Profil zu aktualisieren folgen Sie bitten den folgenden Schritten:

1. Geben Sie in Ihrem Browser die Adresse [www.gnmh.de](http://www.gnmh.de) an.
2. Geben Sie im oberen rechten Bereich Ihre bei GNMH.de hinterlegte E-Mail-Adresse und Ihr persönliches Kennwort ein. Klicken Sie anschließend auf "Login".
3. Wenn die Anmeldung am System erfolgreich war, so bekommen Sie folgende Rückmeldung:
4. *"Sie wurden erfolgreich ins System eingeloggt"*
5. Klicken Sie im oberen rechten Bereich auf "Ihr Profil".
6. Aktualisieren Sie in dem Formular Ihre Daten.
7. Klicken Sie auf "Speichern".
8. Wenn der Vorgang erfolgreich war, bekommen Sie eine positive Rückmeldung.

Wenn alle Änderungen abgeschlossen sind, klicken Sie bitte auf "logout" im oberen rechten Bereich.

Falls Sie wiederholt Schwierigkeiten haben, Ihr Profil zu aktualisieren, so können Sie sich auch per E-Mail an [webmaster@gnmh.de](mailto:webmaster@gnmh.de) wenden. Bitte geben Sie dabei folgende Informationen an:

- Vorname und Nachname
  - E-Mail-Adresse bei GNMH.de
  - Anrede und Adresse
  - Titel (Deutsch/Englisch)
  - Telefonnummer und Faxnummer
  - Homepage
  - Arbeitsschwerpunkte (Deutsch/Englisch)
  - *Optional:* Weitere Details (Deutsch/Englisch)
-