

	INHALT	Seite
Vorwort		2
Originale von den Mitgliedern		3
Nachrichten von den Mitgliedern		26
Informationen aus Politik und Organisationen		28
Ministerien		28
Aus Ländern und Kommunen		33
Krankenkassen		34
Aus den Hochschulen		34
Aus den Verbänden		44
Links zu anderen Netzwerknewsletter weltweit		48
Wichtige Neuerscheinungen		50
Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH		54
Tagungsberichte, Termine- Tagungsankündigungen		56
In eigener Sache		65

Liebe Mitglieder des GNMH,

diese Ausgabe ist ein wenig spät zustande gekommen. Zunächst möchte ich mich bei jenen bedanken, die auch für das Zustandekommen gesorgt haben. Auch dieses Mal kann ich, wie bei der letzten Ausgabe, nur mit einem von mir als Herausgeber des Newsletter entworfenen Originalbeitrag anbieten. Ich hoffe, Sie finden dennoch Gefallen daran, sodass Sie vielleicht angeregt sind zum nächsten Heft etwas beizutragen.

Trotz der thematischen Enge bei Originalbeiträgen finden sich wieder, hoffentlich viele für Sie interessante Informationen. Auf einige möchte ich hinweisen:

- Auseinandersetzungen zum Thema Präventionsgesetz (S. 31 ff.)
- Übersichten zu europäischen und deutschen Präventionsforschungsprogrammen(S. 36 ff.)
- EU Präventionsprojekte (S. 40 ff.)
- Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG; S. 44 ff.)
- Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH (S.54)

Noch mit den besten Wünschen für den Restsommer

Bernd Röhrle

Reutlingen, 11. August 2013

Originale von den Mitgliedern

Prävention psychischer Störungen bei älteren Menschen¹

Bernd Röhrle

Zusammenfassung

Nach der Darstellung bedeutsamer epidemiologischer Daten zu Mortalitätsraten durch psychische Störungen, dem Vorkommen einzelner Störungsbereiche und von prädiktiv bedeutsamen Risiken werden wirksame Präventionsprogramme zur Vermeidung psychischer Störungen im höheren Alter vorgeführt: a) belastungsorientierte Programme (u.a. Einsamkeit und Verwitwung), b) Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens und c) ausgesuchte störungsorientierte Programme insbesondere zur Vermeidung von Depression und Suizid. Abschließend wird über die Befundlage und notwendige Maßnahmen für die Zukunft diskutiert.

Abstract

After the presentation of significant epidemiological data on mortality rates of mental disorders, the occurrence of individual predictive significant risks for programs to prevent mental disorders in old age are presented: a) stress-oriented programs (including loneliness and widowhood), b) programs to improve the well being and c) prevention programs for the prevention of selected mental disorder programs, in particular to prevent depression and suicide. Finally, we discuss future aspect of the prevention of mental disorders of the elderly.

Einleitung

Eine der wesentlichen Strategien zur Verbesserung der Effektivität von Programmen zur Vorbeugung psychischer Störungen besteht darin, danach zu fragen, welche spezifischen Altersgruppen im Sinne differenzieller Effekte durch bislang entwickelte Interventionen am meisten profitieren. Wegen der Bedeutung sehr früher präventiver Interventionen ist die Zahl entsprechender Übersichtsarbeiten für Kinder und Jugendliche fast nicht mehr zu übersehen (z.B. Fingerle & Grumm, 2012; O'Connell, Boat & Warner, 2009; Rapp-Paglicci, Dulmus & Wodarski, 2004; Röhrle, 2007; Röhrle & Christiansen, 2013). Auch für die mittlere Altersgruppe wurde eine Vielzahl von vergleichbaren Büchern publiziert (vgl. z.B. Barry & Jenkins, 2007; Cattan & Tilford, 2006; Compton, 2010; Gullotta & Bloom, 2003; Rapp-Paglicci, Dulmus & Rapp-Paglicci, 2005). Interessanter Weise gibt es eine erhebliche Zurückhaltung in Hinsicht auf zusammenfassende Werke für ältere Menschen über 65 Jahren, obgleich diese Altersgruppe in Bälde ein Drittel unserer Bevölkerung ausmacht. Einschlägige Lehrbücher und Übersichtsarbeiten zu diesem Thema sind extrem selten. Meist beschränken sie sich, wenn überhaupt, auf die epidemiologische und deskriptive Analyse von psychischen Störungen im höheren Alter (z.B. Department of Health and Human Services Administration on Aging, 2001; Erber, 2013; Laumann, Lehr, Mechling, Tillmann & Widmann-Mauz, 2009; Ryan & Coughlan, 2011; Segal, Qualls & Smyer, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 1999a,b). In der Fachzeitschrift „Aging & Mental Health“ finden sich im Titel seit 1997 ganze fünf Beiträge zum Thema Prävention bei älteren Menschen.

Dazu ausgleichend wird im Folgenden ein Versuch unternommen, einen ersten Überblick zur Prävention psychischer Störungen im höheren Lebensalter zu geben. Dabei wird zunächst die Frage beantwortet, wie dringlich sich entsprechende Maßnahmen in diesem Alter im Vergleich zu anderen Altersgruppen erweisen. Dabei wird verdeutlicht werden, dass vor allem Maßnahmen im früheren Lebensalter von größter Bedeutung für das höhere Alter sind. Präventive Interventionen für Personen, die das höhere Lebensalter überhaupt erreichen, sind dann darauf hin zu untersuchen, inwie-

¹ Draft: Vortrag zum Thema „Von der prädiktiven Diagnostik zur Prävention: Stand der medizinischen Präventionsforschung“ auf der 2. Bundeskonferenz der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung „Es ist nie zu spät und selten zu früh“, Berlin 6.Juni 2013; als Publikation für die BZGA vorgesehen.

weit sie altersgruppenspezifische Gestalt annehmen. Dabei wird über ausgewählte Präventionsprogramme berichtet, die sich entweder um den Umgang mit besonderen Belastungen von Älteren bzw. um die Verbesserung ihres Wohlbefindens bemühen, oder sich aber der Vermeidung definierter Störungen widmen. Aufgrund der Forschungslage wird dann nur in Teilen die Frage beantwortet werden können, wie evidenzbasiert sich die Ergebnisse darstellen lassen. Zum Schluss findet sich ein rasonierender Blick in die Zukunft der Prävention psychischer Störungen bei älteren Menschen.

Zur Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter

Es kann als unbestritten gelten, dass die Zahl psychischer Störungen im höheren Alter, mit Ausnahme dementer Erkrankungen, durchwegs unter der Rate jüngerer Altersgruppen liegt. Helmchen et al. (1996) haben mit einer Rate von 25% auch für die BRD auf die pos. Selektivität der Älteren verwiesen (vgl. Wernicke, Linden, Gilberg & Helmchen, 2000, Helmchen et al., 2009). Dagegen beträgt die Zwölf-Monats-Prävalenz über weite Altersgruppen für Europa 38,2% (vgl. Wittchen et al., 2011). Dabei liegt dazu im Vergleich zu Übersichtsdaten aus den USA bei über 65 Jährigen bei 8,5% (für die Demenz bei 10,5%; Erber, 2013; Karel Gatz & Smyer, 2012; U.S. Department of Health and Human Services, 1999a,b). Ähnliche Daten liegen auch zu bestimmten Störungen vor: Sucht, Schizophrenie, Angststörungen, Depression, Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen; Persönlichkeitsstörungen, Demenz, Suizidalität und somatoforme Störungen. Auch diese störungsspezifischen Studien liefern trotz der relativ hohen Raten an Demenz im späten Altersabschnitt, keine verändertes Bild (Abrams & Horowitz, 1996; Beekman et al., 1998; Blazer & Wu, 2011; Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013; Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman & Bruce, 2010; Ferry et al., 2005; Flint, 2005; Glaesmer, Kallert, Brähler, Hofmeister & Gunzelmann, 2010; Grenier et al., 2011; Gum, King-Kallimanis & Kohn, 2009; Hansen, Amesen & Jacobson, 1997; Harris & Barraclough, 1991; Hasin, Stinson, Ogburn & Grant, 2007; Hayes et al., 2012; Hessel, Geyer, Gunzelmann, Schumacher & Brähler, 2003; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Kisely, Crowe & Lawrence, 2012; König et al., 2010; Köppe, 2010; Laursen, Munk-Olsen, Nordentoft, & Mortensen, 2007; Lei-Yee Fok, Hayes, Chang, Stewart, Callard & Moran, 2012; Lobo et al., 2000; Maercker et al., 2008; Qualls & Smyer, 2006; Plassman et al., 2007; Riedel-Heller, Busse & Angermeyer, 2006; Schmidt-Traub, 2011; Schmidtke, Sell & Löhr, 2008, Schmidtke, Sell, Löhr, Gahewski & Schaller, 2009; Schneider, 2009; Tidemalm, Waern, Stefanson, Elofsson & Runeson, 2008; Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen, 2011; vgl. zur Übersicht auch Russ, Stamataki, Hamer, Starr, Kivimäki & Batty, 2012; Weyerer & Bickel 2007; Zank, Peters & Wilz, 2009; Zeman, 2009). Auch die Zahl der Lebensjahre mit Behinderungen, bedingt durch psychische Störungen, nimmt nach Angaben der Global Burden of Disease Study (WHO) mit zunehmendem Alter ab (Vos et al. 2012).

Das Ungleichgewicht zwischen den Daten der USA und Europa spricht eher für eine Überschätzung der Europäischen Ergebnisse. Unabhängig vom Ursprung der entsprechenden Studien ist die Quote psychischer Störungen im höheren Alter als vergleichsweise geringer einzuschätzen. Zwei wesentliche Gründe können für dieses Phänomen verantwortlich gemacht werden: eine positive und eine negative Selektivität der Ergebnisse.

Die positive Selektivität zeigt sich in geringeren Raten psychischer Erkrankungen im höheren Alter, obgleich erwiesenermaßen körperliche Beeinträchtigungen komorbide begleiten: die Mehrzahl von befragten Personen berichten in diversen Studien eher von einem gelungenen Alter (Friedman & Ryff, 2012). Auch konnte der Zusammenhang von Faktoren der Resilienz für das epidemiologische Datum verantwortlich gemacht werden: z.T. in Abhängigkeit der sozio-ökonomischen Lage konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen Bewältigungsfertigkeiten, Sinnstiftung, Selbstwirksamkeit, explorativer Haltung und Emotionsregulationsfähigkeit einerseits und Anpassung und Wohlbefinden (auch körperlicher Art) andererseits im höheren Alter und damit auch wesentliche Ansatzpunk-

te für präventive Maßnahmen nachgewiesen werden (Fry & Debats, 2010; Foster, 1997; Kessler & Staudinger, 2010; Leppert, Gunzelmann, Schumacher, Straus & Brähler, 2005; Ong & Bergemann, 2010; Tomas, Sancho, Melendez & Mayordomo, 2012; Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 2009; Windle, Markland & Woods, 2008). Ältere Personen, die gut in sozialen Netzwerken eingebunden sind, gelten ebenfalls als resistenter, halten sich länger gesund, u.a. auch gegenüber der Entwicklung von Demenz und sterben in Abhängigkeit der gesundheitlichen Belastungen auch später (Crooks, Lubben, Petitti, Little & Chiu, 2008; Forster & Stoller, 1992; Mazzella et al., 2010; Shye, Mullooly, Freeborn & Pope, 1995; Steinbach, 1992; Unger, McAvay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999).

Die negative Selektivität zeigt sich schlicht in der Tatsache, dass psychisch kranke Menschen eine deutlich geringere Lebenserwartung besitzen. Dabei kann diese nicht auf eine besonders hohe Rate von Suizid zurückgeführt werden, die zweifellos vergleichsweise zu gesunden Personen höher liegt, sondern hat vor allem mit einer größeren Morbidität und ungesunden Verhaltensweisen psychisch Kranker zu tun. Von einer Vielzahl von Mortalitätsstudien in diesem Bereich seien wegen ihrer Aktualität zwei hervorgehoben: Lawrence, Hancock und Kisely (2013) haben die Sterberate psychisch Kranker in Australien untersucht. Sie erfassten N=292 585 Personen mit Kontakt zu Behandlungseinrichtungen für psychisch Kranke in West- Australien zwischen 1983 und 2007. Die Lebenserwartung der untersuchten Personen betrug für das Jahr 1985, 1995 und 2005 jeweils 68,9, 70,9 und 71,8 Jahre. Die Lebenserwartung der nicht psychisch kranken Männern bei 73,1, 75,4 und 79, 1 Jahren und bei Frauen bei 79,3, 81,4 und 83, 8 Jahren. Die Differenz lag bei 10,4-12 Jahren weniger Lebenszeit der psychisch Kranken und dies bei fast allen Arten von psychischen Störungen. Als wesentliche Ursache wurden Herzerkrankungen, Krebs, Suizid ausgemacht. Eine Studie in England hat für psychisch kranke Männer eine Mortalitätsrate von 9,8 bis 14,6 Jahren und bei psychisch erkrankten Frauen eine Rate von 9,8 bis 17,5 Jahre weniger Lebenszeit bestimmen können und dies auch bei einem gleichzeitigen Anstieg der Mortalitätsrate auch bei Älteren durch psychische Störungen (Chang et al., 2011).

Zum Einfluss präventionsrelevanter Risiken

Der Zusammenhang zwischen der Rate psychischer Störungen und erhöhter Mortalität wird in vielen Fällen über vermittelnde Merkmale geprägt. So gelten zahlreiche Belastungen, kritische Lebensereignisse (Verlusterlebnisse, Erkrankungen, Stress in der Wohngegend, Belastungen in Beziehungen) und pathogene Gesundheitsverhaltensweisen auch im höheren Alter als empirisch bedeutsame Wirkfaktoren (Department of Health and Human Services. Administration on Aging, 2001; Erlemeier, 2011). So ist der Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen, Daily Hassles und der Entwicklung von Depressionen im Alter von 72 bis 82, 2 Jahren meta-analytisch nachgewiesen (Kraaij, Arensman & Spinhoven, 2002; vgl. Hayes et al., 2012). Über vierzehn Studien ließ sich für kritische Lebensereignisse allerdings nur eine Effektstärke von $r = .15$ aufzeigen. Drei Studien berichten aber über einen Wert von $.41$ bezogen auf Daily Hassles. In zehn anderen groß angelegten Studien lassen sich ebenfalls für Personen über 55 Jahre eine um 10,5% höherer Mortalitätsrate bei erhöhtem Stressniveau aufzeigen (Hayes et al. 2012). Für mögliche präventive Ansatzpunkte werden insbesondere das Ereignis der Berentung, Verwitwung und Einsamkeit diskutiert.

Von diesen genannten Stressoren spielt die *Berentung* eher eine untergeordnete Rolle. Beschränkt man sich auf die Angaben zur subjektiven psychischen und physischen Gesundheit von Rentnern, so lassen sich schwache Effekte nachweisen. In vier von 20 Studien konnten Wilson und Pahla (2007) über entsprechende Befunde berichten. Topa, Moriano, Depolo, Alcover und Moreno (2011) wiesen über neunzig Studien eine Effektstärke von $r = -.22$ nach. Diese bestätigt die Ergebnisse von umfangreichen vorausgehenden Längsschnittstudien wie von Wang (2007), die nachwiesen, dass über einen Zeitraum von acht Jahren etwa 70% der Rentner minimale Einschränkungen angaben.

Kurz nach Renteneintritt waren es 25% mit erlebten Verschlechterungen, die sich aber anschließend ausglich und 5 Prozent erlebte deutliche Verbesserungen. Pinquart und Schindler (2007) bestätigen diesen Befund anhand der Daten von 1 456 Personen: Auch bei diesen Autoren berichten 75% von nur unwesentlichen Beeinträchtigungen in der Lebenszufriedenheit. Neun Prozent berichten über negative Wirkungen in der Initialphase, wobei auch im Gefolge Verbesserungen folgten. Fünfzehn Prozent erlebten deutliche Verbesserungen nach der Berentung. Diesen Ergebnissen entsprechen auch die Befunde, wonach zwischen der Berentung und der Entstehung von psychopathologischen Befunden (z.B. Angststörungen, Depressionen) keine Bezüge nachzuweisen waren, jedoch hin zu ungünstigen Parametern des Gesundheitsverhaltens wie Body Mass Index, Cholesterin und Blutdruck (Behnke, 2012; Bekhet, Abir & Zauszniewski, 2012; Bonsang & Klein, 2010; Drentea, 2002). Geringe Effekte bis zu neun Prozent berichten in einer Studie über sechs Jahre Dave, Rashad und Spasojevic (2006). Wegen der geringen Belastungen durch Berentungen spielen auch entsprechende präventive Interventionen eine unbedeutende Rolle, weshalb im Gefolge auf diesen Bereich nicht weiter eingegangen wird (vgl. Milne, 2013; Wilson & Pahla, 2007).

Dagegen erweisen sich die Belastungen durch *Einsamkeit*, welche die Befriedigung sozialer Bedürfnisse erschweren und für diverse Belastungen die notwendigen Formen der sozialen Unterstützung vermeiden lassen, als ein für präventive Maßnahmen relevantes Thema (vgl. Vierter und Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland; vgl. Kruse et al., 2010). Die Angaben zum Anteil der einsamen älteren Personen variieren erheblich in Abhängigkeit von Messinstrumenten, Alter und untersuchten Ländern. Nach Noll und Schöb (2001) fühlen sich im Alter mit wenigstens 70 Jahren in den alten Ländern 27% und in den neuen Ländern 38% oft einsam (vgl. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland; S. 131). Neuere Studien berichten über einen Anteil von 7% der über 60 Jährigen (Young & Victor, 2011) und von 8,5% der über 50 Jährigen (Fokkema, De Jong Gierveld & Dykstra, 2012). In Europäischen Ländern schwanken die Angaben zwischen 6,3 und 15,8 Prozent einsamen Personen über 60 Jahre bei und bei Young und Victor (2011) zwischen 4,8 und 38%. Weitere Daten zur Einsamkeit älterer Menschen finden sich bei Korporaal, van Groenou und van Tilburg (2008); Victor und Bowling (2012), de Jong Gierveld, van Groenou, Hoogendoorn und Smit; 2009, Wenger & Burholt (2004) und bei van Baarsen, Snijders, Smit und van Duijn (2001). Während zu früheren Zeiten Einsamkeit auch als positive existentielle Kraft gesehen wurde, deuten sich heute gravierende negative Effekte der sozialen Entfremdung an. Zum einen sind deutliche Zusammenhänge zwischen Einsamkeit einerseits und krankheitsrelevanten Indikatoren bzw. Mortalitätsrate andererseits nachgewiesen. Über acht Studien hinweg berichten Holt-Lunstad, Smith und Layton (2010) in einer Meta-Analyse eine um 50% erhöhte Mortalitätsrate für einsame Personen. Weitere und neuere Studien unterstreichen dieses Ergebnis (Byers et al., 2012; Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon & Steptoe, 2012; Hawkey, Thisted & Cacioppo, 2009; Iecovich, Jacobs & Stessman, 2011; Luo, Hawkey, Waite & Cacioppo, 2012; Newall, Chipperfield, Bailis & Stewart, 2013; Shankar, McMunn, Banks & Steptoe, 2011; Momtaz et al., 2012; Netz, Golsmith, Shimony, Arnon & Zeev, 2013; Nummela, Seppanen & Uutela, 2011; Patterson & Veenstra, 2010; Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010; Steptoe, Shankar, Demakakos & Wardle, 2013; Sugisawa, Liang & Liu, 1994; Thurston & Kubzansky, 2009; Yarcheski, Mahon, Yarcheski & Cannella, 2004; Woishman, 2010). In mehreren längsschnittlich angelegten Studien lassen sich auch negative Effekte der Einsamkeit für die Entstehung psychischer Störungen nachweisen. Dazu gehören Studien zur Entstehung von Depressionen, Angststörungen, Todeswünschen und beschleunigte Demenzerkrankungen (Ayalon & Shiovitz-Ezra, 2011; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted, 2006; Cacioppo, Hawkey & Thisted, 2010; Green et al. 1992; Heikkinen & Kauppinen, 2011; Losada et al., 2012; Stek et al., 2005; Wilson et al., 2007; vgl. O'Luanaigh & Lawlor, 2008; Roth, Möhrlein & Röhrle, 1998).

Für mögliche Ansatzpunkte präventiver Bemühungen sind erkannte Risikofaktoren der Einsamkeit bei Älteren von Bedeutung. Hierzu wurde eine umfassende Meta-Analyse von Pinquart und Sorensen (2003) für ältere Menschen vorgelegt (vgl. Pinquart & Sorensen, 2001). Die Ergebnisse be-

schreiben insgesamt folgendes Bild: Im höheren Alter (ab 80 Jahren) wurde über 13 Studien ein Zusammenhang zur Einsamkeit in Höhe von $r = .16$ errechnet, Frauen neigen etwas stärker dazu sich einsam zu fühlen ($r = -.10$, 13 Studien). Entscheidend ist die Qualität der sozialen Kontakte insbesondere von Freunden und Nachbarn ($r = -.20$ über 53 bzw. 13 Studien). Am deutlichsten wird dieser Aspekt bei Personen im Alter zwischen 70 und 79 Jahren ($r = -.43$; über 11 Studien). Auch der Aspekt eingeschätzter Kompetenz zeigt sich in dieser Altersgruppe als erwähnenswert ($r = -.16$, 136 Studien). Hinweise auf das Ausmaß der Aktivität hängen mit $r = .11$ -. 16 zusammen. Ältere Personen der Unterschicht zeigen mit $r = .17$ die höchsten Einsamkeitswerte (über 27 Studien). Neuere Studien unterstreichen darüber hinaus die Bedeutung des alleine Lebens und auch von Partnerschaftsverlusten (Aartsen & Jylha, 2011; Glaesmer et al. 2010; Greenfield & Russell, 2011).

Die besondere Bedeutung des *Verlustes von nahestehenden Personen* im höheren Alter wurde auch von anderer Seite, auch ohne Bezug zum Konstrukt der Einsamkeit hervorgehoben. Nach Angaben des Statistischen Jahrbuches 2012 sind 2,9 Prozent der Männer Witwer und 11,3 Prozent der Frauen Witwen. Wenn der *Verlust von nahestehenden Personen* im höheren Alter ein gravierendes Belastung darstellt, so ist die Zahl der Betroffenen nicht unbedeutend. In der Tat konnten meta-analytische Bezüge zur Mortalität der überlebenden Personen über acht Studien mit einem Odd Ratio von 1,45 nachgewiesen werden (Holt-Lunstad et al., 2009). Weniger deutlich waren die meta-analytischen Effekte von Manzoli, Villari, Pironec und Boccia (2007) über 53 Studien zu Personen im Alter von 55 bis 89 Jahren: das Relative Risiko (RR) betrug .88. Deutlicher wiederum sind die Ergebnisse der Studien von Boyle, Feng und Raab (2011). Auch Bezüge zu physischen Erkrankungen konnten in längsschnittlich angelegten großen Studien aufgezeigt werden (Wilcox, et al., 2003). Eine Reihe von Studien bestätigt außerdem, dass ältere Hinterbliebene ein vergleichsweise höheres Risiko fahren, psychisch zu erkranken. Das gilt insbesondere für Depressionen, Angststörungen und Suizidrisiken (Burton, Haley & Small, 2006; Edelstein, Drozdick & Ciliberti, 2010; Gilewski, Farberow, Gallagher & Thompson, 1991; Parkes, 1992; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Utz, Caserta & Lund, 2012; Zisook & Shuchter, 1993; [Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus & Judd, 1994](#)). Onrust und Cuijpers, (2006) haben die Ergebnisse von elf Studien zusammengefasst und dabei festgestellt, dass während des ersten Witwenjahres etwa 22 Prozent die Diagnose einer depressiven Episode erhielten, etwa 12 Prozent eine Post-traumatische Belastungsstörung ausbildeten und weitere Gefahr liefen an Panikstörungen oder einem Generalisierten Angstsyndrom zu leiden.

Eine Reihe von präventionsrelevanten Merkmalen moderieren den Zusammenhang zwischen der Belastung durch Verlust eines Angehörigen und verschiedenen Krankheitsmerkmalen. So hing das Ausmaß an Angststörungen von der Zulänglichkeit sozialer Unterstützung ab (Parkes, 1992). Bei Depressionen spielte die vorausgehende Morbidität, aber auch die Plötzlichkeit des Verlustes bzw. der vorausgehenden Belastung als pflegender Angehöriger, und die Dauer der Belastungen eine wesentliche Rolle, obgleich erst nach 10 Jahren sich das Risiko insgesamt erst völlig nivelliert, wobei die überwiegende Teil sich nach zwei Jahren erholt hat (Boyle et al., 2011; Gillewski et al., 1991; Nieboer, Lindenberg & Ormel, 1998-1999; Rebollo, Alonso, Ramon, Vilagut, Santed & Pujol, 2005; Sasson & Umberson, 2013; Zisook & Shuchter, 1993; Zisook et al., 1994). Die Folgen sind auch gravierender, wenn die Qualität der Beziehung als hoch oder auch als dependent einzuschätzen ist (Carr et al., 2000; Sasson & Umberson, 2013; Schan, 2013).

Präventive Ansätze

Entsprechend den dargestellten Störungsbereichen, sie bedingenden Risiken und den davor schützenden Ressourcen wird ein Bild von noch wenig entwickelten Ansätzen zur Prävention bei älteren Personen gezeichnet. Zunächst werden Zugänge beschrieben und diskutiert, welche sich der Steigerung des Wohlbefindens widmen. Daran schließt sich die Darstellung der Hilfen an, welche in einem retrograden Sinne Belastungen durch Einsamkeit und den Verlust durch den Tod eines nahen

Angehörigen bewältigen helfen. Störungsorientierte präventive Ansätze berichten über Versuche der Entwicklung von Demenz, Depression und Suizid vorzubeugen.

Steigerung des Wohlbefindens

Um das Gleichgewicht zwischen Belastungen und Ressourcen und um das Moment des Wohlbefindens als Bestandteil psychischer Gesundheit zu stabilisieren, wurden zahlreiche Versuche unternommen über folgende Maßnahmen präventiv wirksam zu werden: Körperliche Trainings, Stärkung der Kontrollvermögens, soziale Aktivierungen und altersgerechte Edukation zu einem gesundheitsförderlichen Leben, Entspannung und reminiszenztherapeutische Bemühungen. Ergebnisse zu diesen Präventionsbemühungen sind auf meta-analytischer Basis evidenzbasiert.

Durch körperliche Trainings (u.a. der Herz-Kreislauf-Kapazität, Yoga) vermochten Arent, Landers und Etnier (2000) bei über 65 Jährigen die Fitness über 26 Studien mit einer Effektstärke von $d = .45$ schon nach ca. 6 Wochen nachweisen. Aber auch die Stimmung konnte über 51 Studien hinweg mit $d = .34$ verbessert werden. Bei Netz, Wu, Becker und Tenenbaum (2005) wurden bei durchschnittlich 66 Jährigen über 11 Studien Effektstärken $d = .38$ für physische Symptomatik, $d = .37$ für Wohlbefinden und von $.38$ über 47 Studien für erlebte Selbstwirksamkeit berichtet und dies insbesondere bei aerobischen Trainingsformen ($d = .29$). In einer älteren Meta-Analyse von Okun, Olding und Cohn (1990) werden die Ergebnisse unterschiedlicher sozialer Aktivierungsformen (u.a. Besucher-, Gruppen und Freundschaftsprogramme, Teilnahme an Zeitschriftengestaltung). Stärkung individueller Kontrollfähigkeiten (u.a. Bürgerbeteiligung, Übernahme von Verantwortung für Pflanzen und Tiere, kollektive Videospiele) und psycho-edukativer Art (vor allem Beratung von Angehörigen alter Menschen) über 28 Effektgrößen berichtet. Der unmittelbare Effekt (g) betrug $.67$ bei Personen im Alter zwischen 71 und 75 Jahre. Nach der Intervention erlebten die Programmnutzer mehr subjektive Kontrolle über ihr Leben (1.12), erreichten mehr psycho-edukative Ziele ($.70$) und waren sozial aktiver ($.66$). Jedoch verloren sich die Effekte in Nachuntersuchungen und gingen gegen Null ($.07$). Neuere Meta-Analysen untersuchten die Effektstärken von reminiszenztherapeutischen Bemühungen auch bei gesunden älteren Personen über 55 Jahre (Pinquart & Sörensen, 2001). Maßnahmen zur Stärkung individueller Kontrollen erreicht über 18 Studien eine Effektstärke von $g = .1.03$. Edukative Merkmale wurden über 17 Studien mit $.37$ erzielt. Entspannungstraining erarbeiteten einen beachtlichen Wert von $.72$, sozial-edukative Maßnahmen (auch Nutzung von Selbsthilfegruppen) über 34 Studien einen Wert von $.37$. Die positive und nachträglich verarbeitende Variante zur Lebensrückbesinnung im Rahmen einer Reminiszenztherapie gelang es einen Wert von $.45$ über 33 Studien zu erwirken (vgl. Bender, Baukham & Norris, 2009; Schweitzer & Bruce, 2010). Dabei ließen sich keine moderierende Alterseffekte nachweisen.

Die besondere altersgruppengerechte Rückbesinnung im Rahmen der Reminiszenztherapie wurde im Anschluss daran auf ihre Wirksamkeit untersucht. Maßnahmen zur Rückbesinnung erreichten über 20 Studien hinweg einen Wert von $d = .84$ bezogen auf Depressionswerte bei nicht klinisch selektierten Populationen (Bohlmeier, Kramer, Smit & Cuijpers, 2003). In Hinsicht auf die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden ältere Menschen erreichte elf Studien mit einfachen Rückbesinnungen einen Wert von $D = .40$. Dagegen erzielten ebenfalls über elf Studien hinweg Maßnahmen zu Rückbesinnungen mit einer auf das Leben integrierten Sicht einen Wert von 1.04 (Bohlmeier, Roemer, Cuijpers & Smit, 2007). Dieses Ergebnis wird von einer Meta-Analyse von Pinquart und Forstmeier (2012) bestätigt. Einfache Reminiszenzintervention erreichten Werte von $g = .52$ bezogen auf Depressionswerte (50 Studien) und von $.24$ (64 Studien) im Kontext von Maßen zum Wohlbefinden. Bei therapeutisch integrierten Formen betragen die Werte 1.28 (154 Studien, bezogen auf Depressionswerte) und 1.02 (5 Studien, bezogen auf Wohlbefinden). Personen im Alter von 60 bis 80 erzielten höhere Werte ($.59$, Depression, 59 Studien) als die über 80 Jährigen ($.33$; 22 Studien, Depression). Es ist erkennbar, dass Lebensbilanzierende, aber dabei intensive Formen der präventiven Intervention sehr beachtliche Effektstärken erreichen. Jedoch deutet sich auch an, dass langanhaltende Maßnahmen notwendig sind, die sowohl Selbstbesinnung, soziale Einbettung als auch körperliche und sonstige Formen der Aktivierung begünstigen. Auffallend aber ist auch, dass andere Formen der Ressourcenstärkung, wie Stressbewältigungsfertigkeiten allenfalls bei Entspan-

nungsmethoden eine Rolle spielten. Vor allem aber auch fehlt es an Untersuchungen, welche die Fähigkeit zur Kompensation stärken können.

Prävention der Einsamkeit

Zu den verschiedenen Maßnahmen zur Bewältigung von Einsamkeit zählen vornehmlich retrograd bedeutsamer Interventionen: Im Sinne von individuenzentrierten Techniken werden Einsame trainiert ihre sozialen Fertigkeiten und ihre sozialen Stützsysteme auszubauen. Unangemessene kognitive Haltungen, wie Misstrauen oder zu große Erwartungen werden mit Hilfe kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden in Frage gestellt. Zugleich werden kontaktstiftende Maßnahmen wie Hausbesuche, Telefonkonferenzen, Gruppen und auch auf EDV gestützte Maßnahmen getroffen. Deskriptive Analysen deuten auf wenig Effektivität von Hausbesuchen für den Abbau von Einsamkeit (van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte & Crebolder, 2000). In einer weiteren deskriptiven Analyse haben Cattan, White, Bond und Learmouth (2005) festgestellt, dass Gruppenaktivitäten mit edukativen und unterstützenden Anteilen zum Abbau von Einsamkeit beitragen. Sechs ineffektive Studien haben sich auf direkte dyadische Unterstützung und Beratung beschränkt. Die Vielzahl der Interventionen wurde inzwischen auch meta-analytisch bewertet. Masi, Chen Hakley und Cacioppo (2011) haben 50 Studien analysiert und insgesamt bei 20 randomisierten Studien eine Effektstärke von $d = .20$ berechnet. Bei 16 Studien mit Personen, die älter als 60 Jahre waren, wurde ein Wert von $.24$ berichtet. Neuere Studien legen vermehrt Wert auf den erfolgreichen Einsatz von vorhandenen Teilen sozialer Netzwerke (Saito, Kai & Takizawa, 2012), der Anwendung von achtsamkeitstherapeutischen Techniken (Creswell et al., 2012) und von Videokonferenzen (Tsai & Tsai, 2011). Andere wiederum versuchen die bescheidenen Ergebnisse der Einsamkeitsbewältigungsinterventionen durch mehr längsschnittlich angelegte Interventionen nachzuweisen, indem sie die Einsamkeit ein bis zwei Jahr vor der Intervention untersuchen (VanderWeele, Hawkey, Thisted & Cacioppo, 2011). Insgesamt auffällig ist, dass es keine Studien gibt, die an den ursprünglichen, längsschnittlich nachgewiesenen Risikofaktoren von Einsamkeit anzusetzen versuchen. Es würde hierbei darum gehen, Personen anzusprechen mit psychisch und sozial bedingten Bindungsdefiziten, eher ärmere Personen, die alleine leben, denen es schwer fällt, mit neuen Medien ohne Kontakteinschränkungen zu leben und solchen die unter sozialen Verlusterlebnissen leiden (Cacioppo & Patrick, 2010; Pinquart & Sorensen, 2003; Pinquart & Sorensen, 2001).

Interventionen beim Verlust nahestehender Personen

Würde man allerdings auf die zuletzt angesprochenen Maßnahmen hierzu zurückgreifen, so müsste man sich zudem mit bescheidenen Ergebnissen herumschlagen. Maßnahmen zur Trauerberatung, Psychotherapie, Krisenintervention und Einbezug von Selbsthilfegruppen sind zahlreiche vorgeschlagen worden. In diesem Rahmen wird der Verlust vergegenwärtigt, vorhandene Beziehungen analysiert und genutzt und mögliche Folgeprobleme behandelt (Boelen, de Keijser, van den Hout & van den Bout, 2007; Lieberman, 1999; Raphael, Middleton, Martinek & Misso, 1999;; Worden, 2009; Worden, William & Howard, 2011).

Deskriptive Analysen der Wirksamkeit von Interventionen im Umgang mit Trauer beschreiben ein zunächst ernüchterndes Bild (Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001; Stroebe, Schut & Stroebe, 2005). Nur bei Risikogruppen lassen sich erwähnenswerte Effekte nachweisen. Meta-analytische Studien unterstreichen diese Aufnahme. Kato und Mann (1999) analysierten elf Studien meta-analytisch und stellten fest, dass die durchschnittliche Effektstärke bei $d = .05$ zu liegen kam. Über vierzehn Studien konnten Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky & van Heeringen (2011) jedoch bei der Behandlung von komplizierter Trauer eine Effektstärke g in Höhe von $.52$ und im Nachtest von sogar 1.38 über fünf Studien berichten. Jedoch blieben primär präventive Bemühungen über neun Studien ergebnislos ($.03$ unmittelbar nach der Intervention und $.13$ im der Nachuntersuchung). Neimeyer (2000) analysierte achtundzwanzig Studien und berechnete eine Effektstärke von $.13$ bei normaler, jedoch von $.38$ bei abnormer Trauer. Allumbaugh und Hoyt (1999) berichten über dreiundvierzig Studien einen Effektstärke von $g = .35$ bei für komplizierte Trauer als Hochrisikogruppe geltende Personen. Insgesamt erkennen wir die typischen Probleme der Präventi-

onsforschung, wenn beim Vorliegen von Dacheffekten durch entsprechende Interventionen keine Veränderungen mehr möglich sind. Nur durch die Auswahl von Risikogruppen oder von veränderbaren Größen, wie z.B. Wachstum im persönlichen Bereich lassen sich deutliche Effekte nachweisen.

Störungsorientierte Präventionsansätze

Für den Nachweis störungsorientierter Präventionsansätze bei älteren Menschen lassen sich im Vergleich zu den zuvor beschrieben selten meta-analytisch abgesicherte evidenzbasierte Nachweise erbringen. Vielmehr muss sich dieser Abschnitt mit Eindrücken und einzelnen gut kontrollierten Studien bemühen. Wir beschränken uns mangels Masse auf die Darstellungen zur Verzögerung von dementiellen Erkrankungen, Depression, Angststörungen und Suizid.

Prävention der Demenz

Zahlreiche Risiken sind erkannt, welche die Entwicklung von Demenz zu beschleunigen vermögen und die letztlich durch eine gesunde Lebensführung ausgeglichen werden können: Bluthochdruck; Rauchen; Diabetes; Bewegungsmangel, Hyperhomocysteinämie, und Hyperlipidemie (Román, Nash & Fillit, 2012). Große Studien bestätigen die langfristige Wirkung von gesundem Lebensstil, der auch geistige Aktivität in den Vordergrund stellt (z.B. Honolulu-Asia Aging Study; Middleton & Yaffe, 2010; Savica & Petersen, 2011). Woods, Aguirre, Spector & Orrell (2012) berichten in einer störungsspezifisch anmutenden Meta-Analyse, dass durch Trainings, welche das Erinnerungsvermögen, die verschiedenen Sinnesvermögen stärken, bei Personen mit milden Ausprägungen, Effektstärken von .41 (Standardisierte Mittlere Differenz) die kognitive Funktionstüchtigkeit zum Teil über zehn Monate hinweg besser erhalten werden kann. Über vier Studien hinweg konnte die kommunikative Kompetenz und Lebensqualität erfolgreich gepflegt werden (.44; .38). Allerdings sind in einigen Studien durch diese Maßnahmen die Stimmung (Depressivität) und auch das Ausmaß an störendem Verhalten dadurch mit geringeren Effektstärken angesprochen. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die für ältere Menschen entwickelten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Bewegungstraining, Veränderung des Essverhaltens, Rauchstopp, Einschränkung des Alkoholgenusses und kognitives Funktionstraining) sich auch als Strategie zur Prävention der Demenz eignen (Baumgartner, Dapp & Anders, 2006; Elkan et al., 2001; Gustafsson, Edberg, Johansson & Dahlin-Ivanoff, 2009; Haber, 2013; Kenny, 2010).

Depressionsprävention

Für ältere Menschen sind neben den klassischen Risikofaktoren wie Verlusterlebnisse auch eher spezifische in verschiedenen Längsschnittstudien im Kontext einer über zwanzig Studien hinweg sich erstreckenden Meta-Analyse mit Odd Ratios zwischen 1.8. und 3.3 ausgemacht: (kognitive) Behinderung (Neigung zur Demenz), Erkrankungen, schlechter Gesundheitszustand, frühere Depressionen und Schlafstörungen. (Cole & Dendukuri, 2003; vgl. Huang, Wang, Li, Xie & Liu, 2011, Schoevers et al., 2006).

Nicht ganz eindeutig mit diesen Risiken sind die untersuchten Präventionsansätze verbunden, die bei älteren Menschen vorbeugend gegen Depression wirken wollen. Klassisch ist der Einsatz der kognitiven Verhaltenstherapie, die neben der Modifikation depressogener Gedanken auch Aktivitätstraining und soziales Kompetenztraining anbietet. Als relativ altersgruppennah mag der Ansatz „Coping with Depression“ (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge & Teri, 1984). wirken, der u.a. auch in einer Einheit Zukunftsperspektiven von Älteren aufarbeitet. Auch auf die Möglichkeit reminiszenztherapeutischer Prävention wird verwiesen. Ein besonderer Ansatz ist die Schulung von Personal, um eher im Sinne sekundärer Prävention bei gefährdeten Personen vorbeugend zu wirken (vgl. Lee et al., 2012).

Meta-analytische Studien zur Prävention von Depressionen im Alter produzieren ähnliche Resultate wie die Hilfen zur Bewältigung von Verlusten durch nahestehende Personen. Da auch in diesem Bereich wohl mit Dacheffekten zu rechnen ist, sind die Ergebnisse eher bescheiden. Jedoch zeigen sich deutlichere Effekte bei gefährdeten Personen. Jané-Llopis (2003) berichtet bei über 65 Jährigen

über 15 Studien eine Effektstärke $d = .19$. Forseman Schierenbeck und Wahlbeck (2011) berechnen über 19 Studien bei durchschnittlich 77 Jahre alten Personen eine Effektstärke von $.17$ (Standardisierte Mittlere Differenz). Die geringste Effektstärke ($.10$) wurde bei körperlichen Übungen (3 Studien) und die höchste bei sozialen Aktivierungsprozessen ($.41$; 5 Studien) gemessen. Reminiszenztherapien erreichten über fünf Studien einen Wert von $.24$. (vgl. Forsman, Nordmyr & Wahlbeck, 2011).

In einer eher schon an eine Therapiestudie erinnernde kontrollierten Untersuchung zur Wirksamkeit des „Coping with Depression Course“ mit 72 älteren gefährdeten Personen (39 % erreichten den Status einer depressiven Episode) wird eine Effektstärke von $.49$ erreicht (Haringsma, Engels, Cuijpers & Spinhoven, 2005). In einer „Stepped Care Studie“ weisen Van‘t Veer-Tazelaar et al. (2011) nach, dass 170 älteren Personen (über 79 Jahre) mit einer subklinischen Depression durch minimale Interventionen (wachsames Warten, minimal unterstützte auf kognitiver Verhaltenstherapie basierender Selbsthilfe, Problemlösetraining und evtl. ärztliche Medikation) eine Odds Ratio von $.38$ berichtet werden konnte (vgl. Van‘t Veer-Tazelaar et al. 2009).

Insgesamt zeigt sich hier nicht nur die angesprochene Wirkung von Dacheffekten sondern auch, dass viele der eingangs genannten Risiken zumindest wenig explizit auftauchen. Zu denken ist dabei vor allem an Möglichkeiten durch achtsamkeitstherapeutische und auf Akzeptanz angelegte Bemühungen die Akzeptanz des Unveränderlichen zu steigern (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx & Pieterse, 2010). Auch durch interpersonell orientierte, an Jugendlichen entwickelte Therapieansätze bei den notwendigen Lebensübergängen zu helfen (Mufson, Lewis, Gunlicks-Stoessel & Young, 2012). Aber auch funktionsspezifische Training im kognitiven Bereich könnten erfolgreich sein.

Prävention von Suizid

Eine Reihe von Faktoren beeinflussen im höheren Alter das Suizidrisiko: Das Alter und damit einhergehend psychische Störungen (insbesondere frühere Suizidversuche), körperliche Erkrankungen, Lebensereignisse (insbesondere Verwitwung, vgl. Li, 1995), aber auch die soziale Einbindung und Lage (Arbeitsgruppe Alter Menschen, 2005; Conwell & Thompson, 2008; Erlemeier, 2011; Fung & Chan, 2011; Gilhelm et al. 2013; Heisel & Duberstein, 2005; Lapierre, Pronovost, Dube & Delisle, 1992; Lapierre et al., 2011; Purcell et al., 2012; Schaller, 2009; Schmitdke et al., 2008; Wächtler, 2001; Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003). Vor allem zwischen Alter und Suizidrisiken besteht ein hoher Zusammenhang: Bei Männern im Alter von 65 bis 74 Jahren beträgt der Zusammenhang $.86$, bei Männern über 75 noch $.61$. Bei Frauen sind die entsprechenden zeitlichen Zusammenhänge mit $.78$ und $.79$ angegeben (Shah & Bhandakar, 2009). Eine Übersichtsarbeit über 20 Studien von Fung und Chan (2011) zeigen die hier angedeutete größere Gefährdung von älteren Männern auf. Von allen psychischen Störungen deuten zahlreiche Studien an älteren depressiven Patienten eine bis zu 36% Letalität an (Schulz, Drayer & Rollman, 2002). Immer offensichtlicher wird der Befund, dass mentale Einschränkungen neben anderen körperlichen Defiziten zu einem Risikofaktor werden (Osvath, Kovacs, Voros & Fekete, 2005).

In einer Übersichtsarbeit von Lapierre et al. (2011) wird zusammengefasst, wie effizient die für diese Risiken entwickelten präventive Ansätze sind (vgl. Heisel & Duberstein, 2005; Innamorati et al., 2011). Japanische Screening und Aufklärungskampagnen in Krisengebieten ist über fünf Studien es gelungen, durch Aufklärungstreffen mit geschulten Schwestern und jährlichen Risikomessungen die Inzidenz Ratio Raten zu senken (IRR= $.30 - .74$; Oyama, et al., 2008).

Im Rahmen eines Stepped Care Modells gelang es Unützer et al. (2006) in einer kontrollierten Studie mit Verhaltenstraining, Antidepressiva und Problemlösetraining in vier bis acht Sitzungen sowohl Depression als auch Suizidneigungen zu mindern. Ähnlich gelang es auch Bruce et al. (2004) an einer großen Stichprobe mit über 60 Jahre alten depressiven Personen mit geschulten Ärzten und interpersoneller Therapie, wenn Medikamente abgelehnt wurden oder nicht wirkten. Die Ergebnisse bleiben nach zwei Jahren stabil (Alexopoulos et al., 2009).

Mit telefonischer Beratung für Ältere gelang es die Suizidrate über 11 Jahre auf 28,8% der erwarteten Rate zu senken (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002). Nach Kriseninterventionen und Mailkontakten gelang es auch die Depressionsneigung oder Hoffnungslosigkeit zu senken (Fiske & Arbore, 2000; Morrow-Howell, Becker-Kemppainen & Judy, 1998). Eher therapeutische Bemühungen mit Pharmaka und interpersoneller Therapie die Suizidneigungen in drei verschiedenen ausgeprägten Risikogruppen zu mindern (Heisel, Duberstein, Talbot, King & Tu, 2009; Szanto et al., 2003).

Zukunftsperspektiven

Für eine Reihe von Störungen, die ebenfalls im Alter eine Rolle spielen, waren keine evidenzbasierten Studien zu berichten. Dazu gehört u.a. die Vorbeugung von süchtigem Verhalten aber auch somatoforme Störungen. Hier liegt dringlicher Forschungsbedarf vor. Aber auch für die berichteten Hilfen zur Bewältigung von Belastungen und Störungen gilt, dass mehr altersgruppenspezifische Ansätze entwickelt werden müssen, die der speziellen Lebenslage von Älteren gerecht werden. Im Vordergrund stehen hier vor allem übergreifend Maßnahmen zur sozialen und kulturellen Reaktivierung und explorativen Haltung, auch auf dem Hintergrund wachsender ambivalenter Gefühle zwischen den Generationen. Es gilt aber auch präventive Maßnahmen zur Akzeptanz des Unabänderlichen anzubieten und dies in Verbindung mit Ansätzen, welche die gewünschte, möglichst sinnstiftende Kompensationsfähigkeit steigern. Auch präventiv kontextuelle Angebote gilt es zu entwickeln, gewissermaßen eine gestärkte Alterskultur, welche hilft die gesetzten Ziele besser als bislang zu pflegen. Eine wesentlich Variante hierbei sind die erwiesenermaßen auch durch die Bundesregierung gepflegten Projekte zu intergenerationellem Leben und Wohnen (Röhrle, im Druck). Dies schließt auch die freiwillige Möglichkeit für ältere Menschen zu sinnvoller Arbeit und Engagement ein.

Auf dem Hintergrund der allgemeinen Forschungssituation im Bereich der Prävention ist es analog zur Behandlungsforschung sinnvoll, gruppen- bzw. störungsspezifische Angebote, wie hier für ältere Menschen, zu entwickeln und zu evaluieren (vgl. Paruch & Röhrle, 2013; Röhrle, im Druck₆). Für die insgesamt noch nicht zufriedenstellende Situation der Prävention psychischer Störungen im Alter ist eine Reihe von Maßnahmen naheliegend (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, 2013; Department of Health and Human Services Administration on Aging, 2001; European Communities; 2010). Dazu gehört zunächst vor allem in der Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass die vergleichsweise geringere Rate an psychischen Störungen im Alter mit der geschilderten positiven und negativen Selektivität dieser Altersgruppe zu tun hat: Hier gilt sehr deutlich der Wahlspruch: „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“. Im Sinne der gesetzten Ziele gilt es vor allem, auch in einem partizipativen Sinne, ältere Menschen zu gewinnen, die entsprechende Aufklärungsarbeit in einschlägigen sozialen Zentren zu übermitteln. Vorhandene Dienste, wie z.B. im Kontext des Stepped Care Modells, gälte es zunehmend zu entwickeln, aber auch Selbsthilfegruppen gerade auch für belastete ältere Menschen (bei sozialen und wohnbedingten Verlusten und andere belastende Erlebnisse - auch netzwerkorientierte Konflikte) zu etablieren. Letztlich geht es auch darum, wenigstens auf der Ebene von Projekten, wenn schon nicht als Regelversorgung, entsprechende Projekte zu finanzieren.

Literaturhinweise

- Aartsen, M. & Jylha, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Aging*, 8, 31–38.
- Abrams, R. C. & Horowitz, S. V. (1996). Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 10(3), 271-281.
- Akerlind, I., & Hornquist, J. O. (1989). Stability and change in feelings of loneliness: A two-year prospective longitudinal study of advanced alcohol abusers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 30, 102-112.

- Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., Oslin, D. W. & Ten Have, T. (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT Study. *The American Journal of Psychiatry*, 166(8), 882-890.
- Allumbaugh, D. L. & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 370-380.
- Arbeitsgruppe Alter Menschen (2005). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. *Suizidprophylaxe*, 32(3-4), 124-128.
- Arent, S. M., Landers, D. M. & Etnier, J. L. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: A meta-analytic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8(4), 407-430.
- Ayalon, L., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1677-1685
- Barry, M. M. & Jenkins, R. (2007). *Implementing mental health promotion*. Philadelphia: Elsevier
- Baumgartner, H.-P., Dapp, U. & Anders, J. (2006). *Aktive Gesundheitsförderung im Alter: Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beekman, A. T. F., Bremmer, M. A., Deeg, D. J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., De Beurs, E., Van Dyck, R. & Van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Society*, 13, 717-726.
- Behnke, S. (2012). Does retirement trigger ill health? *Health Economics*, 21, 282-300.
- Bekhet, A. K., Abir, K., Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor? *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 214-224.
- Bender, M. Bauckham, P. & Norris, A. (2009). *The therapeutic purposes of reminiscence*. Thousand Oaks: Sage
- Blazer, D. G. & Wu, L.-T. (2011). The epidemiology of alcohol use disorders and subthreshold dependence in a middle-aged and elderly community sample. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 685-694.
- Boelen, P. A., de Keijser, J., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2007) Treatment of Complicated Grief: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 277-284.
- Bohlmeier, E., Kramer, J., Smit, F. & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 1088-1094.
- Bohlmeier, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S. & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal*, 45, 476-484.
- Bohlmeier, E., Roemer, M., Cuijpers, P. & Smit, F. (2007). The effects of reminiscenz on psychological well-being of older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Bohlmeijer, E.T, Fledderus, M., Rokx T.A.J.J., Pieterse, M. E. (2010). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 62-67
- Bonsang, E. & Klein, T. J., (2012). Retirement and subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 83(3), 311-329.
- Boyle, P. J., Feng, Z. & Raab, G. M. (2011). Does widowhood increase mortality risk? Testing for selection effects by comparing causes of spousal death. *Epidemiology*, 22, 1-5.
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., Brown, G. K., McAvay, G. J., Pearson, J. L. & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291(9), 1081-1091.

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (2013). *Gesund älter werden – Initiativen und Projekte zur Verbesserung der Lebensqualität und der Gesundheit älterer Menschen. Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses*. Bonn (abgerufen 10.8.2013: http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.bagso.de%2Ffileadmin%2FAktuell%2FPublikationen%2F2013%2FGesundheitsziel_Gesund_aelter_werden_Langfassung.pdf&ei=4G4GUq-mBY21PaCwgMgI&usg=AFQjCNFBYrbCNNkj7x5_h8row4zE0doZ-A&sig2=cg0hBEDfU9SVVX94x0sUUQ&bvm=bv.50500085.d.ZWU).
- Burton, A. M; Haley, W. E. & Small, B. J. (2006). Bereavement after caregiving or unexpected death: Effects on elderly spouses. *Aging & Mental Health*, 10(3), 319-326.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739.
- Byers, A. L., Vittinghoff, E., Lui, L.-Y., Tina Hoang, T., Blazer, D. G., Covinsky, K. E., Ensrud, K. E., Cauley, J. A., Hillier, T. A., Fredman, L. & Yaffe, K. (2012). Twenty-year depressive trajectories among older women. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1073-1079.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults. *Archives of General Psychiatry*, 67, 489–496.
doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35
- Cacioppo, J. T. & Patrick, W. (2010). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: Norton
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25(2), 453–463.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151.
- Carr, D., House, J. S., Kessler, R. C., Nesse, R. M., Sonnega, J. & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 55B, 197-207.
- Cattan, M. & Tilford, S. (2006). *Mental health promotion. A lifespan approach*. New York: Open University Press.
- Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41-67.
- Chang, C.-K., Hayes, R. D., Perera, G., Broadbent, M. T. M., Fernandes, A. C., Lee, W. E., Hotopf, M. & Stewart, R. (2011). Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS ONE*, 6(5), e19590.
- Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147–1156.
- Compton, M. T. (2010). *Clinical manual of prevention in mental health*. Washington: APA.
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 333–356.

- Cooper, B., Jaeger, J., & Bickel, H. (1989). Soziale Isolation, psychische Erkrankung und Altersverlauf. In M. C. Angermeyer & D. Klusmann (Eds.), *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie* (S. 231-246). Berlin: Springer.
- Creswell, J. David; Irwin, Michael R; Burklund, Lisa J; Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G; Ma, J., Breen, E. C. & Cole, S. W. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095-1101.
- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D. & Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American Journal of Public Health*, .98(7), 1221-1227.
- Dave, D., Rashad, I. & Spasojevic, J. (2006). The effects of retirement on physical and mental health outcomes. NBER Working Papers 12123, National Bureau of Economic Research, Inc. <http://www.nber.org/papers/w12123> (abgerufen am 5.8.2013)
- de Jong Gierveld, J., van Groenou, M. B., Hoogendoorn, A. W. & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. Advance Access published on February 12, 1-10.
- De Leo, D., Dello Buono, M., & Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
- Department of Health and Human Services Administration on Aging (2001). *Older adults and mental health: Issues and opportunities*. (abgerufen 9.7.13: www.globalaging.org/health/us/mental.pdf).
- Department of Health and Human Services. Administration on Aging. (2001). *Older adults and mental health: Issues and opportunities*.
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.globalaging.org%2Fhealth%2Fus%2Fmental.pdf&ei=5OT_UZioFcS0O6_WgPgH&usg=AFQjCN G3pP8RT85EnENF5AFrVTiJdwHvVQ&sig2=TLvTo4YnPcVU3-5HWsAn0A&bvm=bv.50165853.d.ZWU&cad=rja (abgerufen am 5.8.2013),
- Drentea, P. (2002). Retirement and mental health. *Journal of Aging and Health*, 14(2), 167-194.
- Edelstein, B. A., Drozdick, L. W. & Ciliberti, C. M. (2010). Assessment of depression and bereavement in older adults. In P. A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed.). (pp. 3-43). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Erber, J. T. (2013). *Aging and older adulthood*. New York: Wiley.
- Erlemeier, N. (2011). Suizidalität alter Menschen. Entstehungsbedingungen und präventive Strategien. *Suizidprophylaxe*, 38(1), 5-12.
- European Communities (2010). *Conclusions from the conference "Mental health and Well-being in Older People-making it happen" 28th- 29th June 2010, Madrid*. Organised by the European Commission Directorate-General for Health and Consumers and the Spanish Ministry of Health and Social Affairs with support of the Spanish Presidency of the European Union. (abgerufen am 10.8.2013;
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDwQFjAB&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fhealth%2Fmental_health%2Fdocs%2Fev_20100628_rep_en.pdf&ei=4nAGUuqhGYaqOoi-gLAK&usg=AFQjCNGkDNLLdZ3SJ188zJepsHk_ZjQ_DQ&sig2=DMxUU_g_JUsJIO11OaGBA&bvm=bv.50500085.d.ZWU (abgerufen am 5.8.2013)

- Ferri, C. P., Prince, M., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorma, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., Sczufca, M. & Alzheimer's Disease International. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, *17*, 366(9503), 2112-2117.
- Fingerle, M. & Grumm, M. (2012). *Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Programme auf dem Prüfstand*. München: Reinhardt.
- Fiske, A., & Arbore, P. (2000). Future directions in late life suicide prevention. *Omega*, *42*(1), 37-53.
- Flint, A. J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs & Aging*, *22*(2), 101-114.
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J. & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, *146*(1-2), 201-228.
- Forsman, A. K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, *26*(suppl 1), i85-i107.
- Forsman, A. K., Schierenbeck, I. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Health*, *23*, 387-416.
- Forster, L. E. & Stoller, E. P. (1992). The impact of social support on mortality: A seven-year follow-up of older men and women. *Journal of Applied Gerontology*, *11*(2), 173-186.
- Foster, J. R. (1997). Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatric Quarterly*, *68*(3), 189-219.
- Friedman, E. M. & Ryff, C. D. (2012). Theoretical perspectives. A biopsychosocial approach to positive aging. In S. Krauss Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging*. New York: Blackwell
- Fry, P. S. & Debats, D. L. (2010). Sources of human life-strength, resilience, and health. In P. S. Fry & C. M. L. Keyes (Eds.), *New frontiers in resilient aging. Life strength and well-being in late life*. (pp. 15-59). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fung, Y.-L. & Chan, Z. C. (2011). A systematic review of suicidal behaviour in old age: a gender perspective. *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 2109-2124
- Gilewski, M. J., Farberow, N. L., Gallagher, D. E. & Thompson, L. W. (1991). Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychology and Aging*, *6*(1), 67-75.
- Gilman, S. E., Bruce, M. L., Have, T. T., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F. & Cohen, A. (2013). Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(1), 59-69.
- Glaesmer, H., Kallert, T. W., Brähler, E., Hofmeister, D. & Gunzelmann, T. (2010). Die Prävalenz depressiver Beschwerden in der älteren Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und die Bedeutung methodischer Aspekte für die identifizierten Prävalenzen. *Psychiatrische Praxis*, *37*, 71-77.
- Green, B. H., Copeland, J. R., Dewey, M. E., Sharma, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., Sullivan, C. & McWilliam, C. (1992). Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *86*(3), 213-217.
- Greenfield, E. A. & Russell, D. (2011). Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: Evidence from the U.S. National social life, health, and aging project. *Journal of Applied Gerontology*, *30*(4), 524-534.
- Grenier, S., Preville, M., Boyer, R., O'Connor, K., Beland, S. G., Potvin, O., Hudon, C., Brassard, J. & Scientific Committee of the ESA Study (2011). The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the

- prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 316-326.
- Gullotta, T. P. & Bloom, M. (2003). *The encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer.
- Gum, A. M., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey—Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 769–781.
- Gustafsson, S., Edberg, A.-K., Johansson, B. & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: A systematic review. *European Journal of Ageing*, 6(4), 315-329.
- Haber, D. (2013). *Health promotion and aging: Practical applications for health professionals*. New York: Springer.
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L. & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1801-1809.
- Hansen, V., Arnesen, E. & Jacobsen, B. K. (1997). Total mortality in people admitted to a psychiatric hospital. *British Journal of Psychiatry*, 170, 186-190.
- Haringsma, R., Engels, G. I., Cuijpers, P. & Spinhoven, P. (2005). Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *International Psychogeriatrics*, 17, 1–19.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1991). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173, 11-13.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions FREE. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842.
doi:10.1001/archpsyc.64.7.830.
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A. & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, 28(3), 354-363.
- Hayes, R. D., Chang, C.-K., Fernandes, A. C., Begum, A., To, D., Broadbent M., Hotopf, M. & Stewart, R. (2012). Functional Status and All-Cause Mortality in Serious Mental Illness. *PLoS ONE*, 7(9), e44613.
doi:10.1371/journal.pone.0044613
- Heikkinen, R.-L. & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52, 33–39.
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.
- Heisel, M. J., & Duberstein, P.R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Practice: Science and Practice*, 12, 242–259.
- Heisel, M., Duberstein, P., Talbot, N., King, D., & Tu, X. (2009). Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide: Preliminary findings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 156–164.
- Helmchen, H., Baltes, M. M.†, Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H.-U. (2009). Psychische Erkrankungen im Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (Auflage: 3). Oldenbourg: Oldenbourg Akademieverlag.
- Helmchen, H., Baltes, M. M.†, Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-219). Berlin: Akademie Verlag.

- Hessel, A., Geyer, M., Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 287–296.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med* 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- Huang, C.-Q., Wang, Z.-R., Li, Y.-H., Xie, Y.-Z. & Liu Q.-X. (2011). Cognitive function and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *International Psychogeriatrics*, 23(4), 516-525.
- Iecovich, E., Jacobs, J. M. & Stessman, J. (2011). Loneliness, social networks, and mortality: 18 years of follow-up. *The International Journal of Aging & Human Development*, 72(3), 243-263.
- Innamorati, M., Pompili, M., Amore, M., Vittorio, C. Di, Serafini, G., Tatarelli, R. & Lester, D. (2011). Suicide prevention in late life. Is there sound evidence for practice? In M. Pompili & R. Tatarelli (Eds.), *Evidence-based practice in suicidology*. (pp. 211-231). Goettingen: Hogrefe.
- Jané-Llopis, E. (2003). *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes* [dissertation]. Nijmegen: University of Nijmegen
- Jordan, J. R. & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counselling work? *Death Studies*, 27, 765–786.
- Karel, M. J., Gatz, M. & Smyer M. A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead. What psychologists need to know. *American Psychologist*, 67(3), 184–198.
- Kato, P. M. & Mann, T. (1999). A Synthesis of psychological interventions for the bereaved *Clinical Psychology Review*, 19 (3), 275-296.
- Kenny, D. (2010). *Preventive care for elderly people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kessler, E.-M. & Staudinger, U. M. (2010). Emotional resilience and beyond: a synthesis of findings from lifespan psychology and psychopathology. In P. S. Fry & C. M. L. Keyes (Eds.), *New frontiers in resilient aging. Life strength and well-being in late life*. (pp. 258-283). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kisely, S., Crowe, E., & Lawrence, D. (2012). Cancer related mortality in people with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 1-9, doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.278.
- König, H.-H., Heider, D., Lehnert, T., Riedel-Heller, S. G. & Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Vilagut, G., Bruffaerts, R., Haro, J M., de Girolamo, G., de Graaf, R., Kovess, V., Alonso, J. & the ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2010). Health status of the advanced elderly in six european countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 43; <http://www.hqlo.com/content/8/1/143>
- Köppe, Armin (2010). Medikamente im Alter. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2010* (S. 215-240). Geesthacht: Neuland.
- Korporaal, M., van Groenou, M. I. B. & van Tilburg, T. G. (2008). Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 20 (3), 306-325.
- Kraaij, V., Arensman, E. & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons. A meta-analysis. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B (1), 87-94.
- Kruse, A. et al. (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin, im Juni 2010. <http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F>

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbe-richt%2Cproperty%3Dpdf%2Cbereich%3Dbmfsfj%2Csprache%3Dde%2Crwb%3Dtrue.pdf&ei=Vr8AUqXODcrEPNeOgbgB&usq=AFQjCNHTqzM4Th0NpF0JxfvqyVxPgDIM1A&sig2=M26EavUQPPEltqNWNMIGsQ&bvm=bv.50310824.d.ZWU&cad=rja> (abgerufen am 6.8.2013).

- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P. & the International Research Group for Suicide among the Elderly (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88–98.
- Lapierre, S., Pronovost, J., Dube, M. & Delisle, I. (1992). Risk factors associated with suicide in elderly persons living in the community. *Canada's Mental Health*, 40(3), 8-12.
- Laumann, K.-J., Lehr, U., Mechling, H., Tillmann, F. & Widmann-Mauz, A. (2009). *Prävention bis ins hohe Alter*. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
- Laursen, T.M., Munk-Olsen, T. & Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2007). Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 899–907.
- Lawrence, D., Hancock, K. J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *British Medical Journal*, 346:f2539 doi: 10.1136/bmj.f2539 (Published 22 May 2013)
- Lee, S. Y., Franchetti, M. K., Imanbayev, A., Gallo, J. J., Spira, A. P. & Hochang, P. (2012). Non-pharmacological prevention of major depression among community-dwelling older adults: A systematic review of the efficacy of psychotherapy intervention. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 522–529.
- Leppert, K., Gunzelmann, T., Schumacher, J., Straus, B. & Brähler, E. (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55(8), 365-369.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. S., & Teri, L. (1984). *The "Coping with Depression" course*. Eugene, OR: Castalia.
- Li, G. (1995). The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: An historical cohort study. *Social Science & Medicine*, 40(6), 825-828.
- Lieberman, M. A. (1999). Bereavement self-help-groups: review of conceptual and methodological issues. In M. S. Stroebe, W. Stroebe. & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 411-426) . New York Cambridge University Press.
- Lobo, A., Launer, L. J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M. M., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., Jagger, C., Marinze-Lage, J., Soininen, H. & Hofman, A. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54(11 Suppl 5), 4-9.
- Losada, A., Márquez-González, García-Ortiz, L., Gómez-Marcos, M. A., Fernández-Fernández, V. & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(3), 277-292.
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J. & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907-914.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörlner, E., Maier, C. & Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113–120.

- Manzoli, L., Villari, P., Pironec, G., M. & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 64(1), 77-94.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- Mayer, K. U. & Wagner, M. (2009). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (Auflage: 3). (S. 275-300). Oldenbourg: Oldenbourg Akademieverlag.
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R., Langellotto, A., Avolio, D., Gargiulo, G., Ferrara, N., Rengo, F. & Abete, P. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 323-328.
- Middleton, L. E. & Yaffe, K. (2010). Targets for the prevention of dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20(3), 915-924.
- Milne, D. (2013). *The psychology of retirement: Coping with the transition from work*. New York: Wiley.
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Yusoff, S., Ibrahim, R., Chai, S. T., Yahaya, N., Abdullah, S. S. (2012). Loneliness as a risk factor for hypertension in later life. *Journal of Aging and Health*, (4), 696-710.
- Morrow-Howell, N., Becker-Kemppainen, S., & Judy, L. (1998). Evaluating an intervention for the elderly at risk of suicide. *Research on Social Work Practice*, 8(1), 28-46.
- Mufson, L., Lewis, L. R., Gunlicks-Stoessel, M. & Young, J. F. (2012). Treatment of adolescent depression with interpersonal psychotherapy. In J. Markowitz & M. M. Weissman (Eds.), *Casebook of interpersonal psychotherapy*. (pp. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Netz, Y, Golsmith, R., Shimony, T., Arnon, M. & Zeev, A. (2013). Loneliness is associated with an increased risk of sedentary life in older Israelis. *Aging & Mental Health*, 17(1), 40-47.
- Netz, Y., Wu, M. J., Becker, B. J. & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20(2), 272-284.
- Newall, N. E. G., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S. & Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology*, 32(8), 921-924.
- Nieboer, A. P., Lindenberg, S. M. & Ormel, J. (1998-1999). Conjugal bereavement and well-being of elderly men and women: A preliminary study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 38(2), 113-141.
- Noll, H.-H. & Schöb, A. (2001): *Lebensqualität im Alter*. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“. Mannheim.
- Noll, H.-H. & Schöb, A. (2002): Lebensqualität im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung* (Band 1). (S. 229-314). Hannover: Vincentz Verlag.
- Nummela, O., Seppanen, M. & Uutela, A. (2011). The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), 163-167.
- O'Luanigh, C. & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- O'Connell, M. E., Boat, T. & Warner, K. E. (Eds.) (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities* (Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; In-

stitute of Medicine; National Research Council). National Academic Press

(<http://www.nap.edu/catalog/12480.html>).

- Okun, M. A., Olding, R. W. & Cohn M. G. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin*, 108(2), 257-266.
- Ong, A. D. & Bergemann, C. S. (2010). The socioemotional basis of resilience in later life. In P. S. Fry & C. M. L. Keyes (Eds.), *New frontiers in resilient aging. Life strength and well-being in late life*. (pp. 239-257). Cambridge: Cambridge University Press.
- Onrust, S. A. & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 10(4), 327-334.
- Osvath, P., Kovacs, A., Voros, V. & Fekete, S. (2005). Risk factors of attempted suicide in the elderly: The role of cognitive impairment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(3), 221-225.
- Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y, Goto, M., Fujita, M., & Koida, J. (2008). Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*, 44, 311-320.
- Parkes, C. M. (1992). Bereavement and mental health in the elderly. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2(1), 45-51.
- Paruch, J. & Röhrle, B. (2013). Prävention. In W. Körner, G. Irtem & U. Bauer (Hrsg.), *Psycho-soziale Beratung von Migranten* (S. 85-98). Stuttgart: Kohlhammer.
- Patterson, A. C. & Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, 71(1), 181-186.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age--a meta-analysis. In S. P. Shohov (Ed), *Advances in psychology research, Vol. 19*. (pp. 111-143). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults. A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7(2), 207-243.
- Pinquart, M., & Schindler, I. (2007). Changes of life satisfaction in the transition to retirement: A latent-class approach. *Psychology and Aging*, 22, 442-455. doi:10.1037/0882-7974.22.3.442.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., Burke, J. R., Hurd, M. D., Potter, G. G., Rodgers, W. L., Steffens, D. C., Willis, R. J. & Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: The aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29, 125-132.
- Purcell, B., Heisel, M. J., Speice, J., Franus, N., Conwell, Y. & Duberstein, P. R. (2012). Family connectedness moderates the association between living alone and suicide ideation in a clinical sample of adults 50 years and older. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 717-723.
- Qualls, S. H. & Smyer, M. A. (2006). Mental health. In R. Schulz (Ed.), *The encyclopedia of aging* (4th ed., pp.787-770). San Diego: Academic Press.
- Raphael, B. Middleton, W., Martinek, N. & Misso, V. (1999). Counseling and therapy of the bereaved. In M. S. Stroebe, W. Stroebe. & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp.427-456). New York: Cambridge University Press.

- Rapp-Paglicci, L. A.; Dulmus; C. N. & Rapp-Paglicci, L. A. (2005). *Handbook of preventive interventions for adults*. New York: Wiley.
- Rapp-Paglicci, L. A.; Dulmus; C. N. & Wodarski, J. S. (2004). *Handbook of preventive interventions for children and adolescents*. New York: Wiley.
- Rebollo, P. Alonso, J. Ramon, I., Vilagut, G., Santed, R. & Pujol, R. (2005). Health-related quality of life during the bereavement period of caregivers of a deceased elderly person. *Quality of Life Research*, 14(2), 501-509.
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A. & Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the old European Union – a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 388–401.
- Röhrle, B. & Christiansen, H. (2013). *Prävention und Gesundheitsförderung Band V. Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen*. Tübingen: DGVT - Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Röhrle, B. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung Band III. Kinder und Jugendliche*. Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B. (im Druck_a). Partnerschaft, Kooperation und Solidarität als Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung eines intergenerativen sozialen Settings. In A. Gerzer-Sass et al., *Handbuch für Intergenerationelles Arbeiten*.
- Röhrle, B. (im Druck_b). Brauchen wir geschlechtsspezifische Formen der Prävention depressiver Störungen? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Versorgung*.
- Román, G. C., Nash, D. T. & Fillit, H. (2012). Translating current knowledge into dementia prevention. *Alzheimer Disease Association Disorder*, 26(4), 295-299
- Roth, A., Möhrlein, H. & Röhrle, B. (1998). *Einsamkeit bewältigen. Manual zur Anleitung von Einsamkeits-Bewältigungs-Gruppen*. Tübingen: DGVT.
- Russ, T. C., Stamataki, E., Hamer, M., Starr, J. M., Kivimäki, M., Batty, G. D. (2012). Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 345:e4933 doi: 10.1136/bmj.e4933 (Published 31 July 2012) Page 1
- Ryan, P. & Coughlan, B. J. (2011). *Ageing and older adult mental health: Issues and implications for practice*. New York: Routledge Chapman & Hall.
- Saito, T., Kai, I. & Takizawa, A. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: A randomized trial among older migrants in Japan *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 539-547.
- Sasson, I. & Umberson, D. J. (2013). Widowhood and depression: New light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *Journal of Gerontology Series B Psychological Science and Social Science*, doi: 10.1093/geronb/gbt058
- Savica, R. & Petersen, R. C. (2011). Prevention of dementia. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), 127-145.
- Schaller, S. (2009). Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. *Suizidprophylaxe*, 36(1), 46-51.
- Schan, B. (2013). Widowhood and depression among older Europeans—the role of gender, caregiving, marital quality, and regional context. *Journal of Gerontology Series B Psychological Science and Social Science*, 68(3), 431-442. doi: 10.1093/geronb/gbt015.
- Schmidtke, A., Sell, R. & Löhr, C. (2008). Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologischer Geriatrie*, 41, 3–13.
- Schmidtke, A., Sell, R., Löhr, C., Gahewski, A. & Schaller, S. (2009). Epidemiologie und Demographie des Alterssuizids. *Suizidprophylaxe*, 36(1), 12-20.
- Schmidt-Traub, S. (2011). *Angststörungen im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, B. (2009). Suizidalität und Sucht im höheren Lebensalter – ein Einblick in die Literatur. *Suizidprophylaxe*, 36(1), 35-38

- Schoevers, R. A., Smit, F., Deeg, D. J. H., Cuijpers, P., Dekker, J., van Tilburg, W. & Beekman, A. T. F. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: Do we know where to begin? *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1611–1621
- Schulz, R., Drayer, R. A. & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological Psychiatry*, *52*(3), 205-225.
- Schut, H., Stroebe, M., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705–737). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Schwarzer, C. (1992). Bereavement, received social support, and anxiety in the elderly: A longitudinal analysis. *Anxiety Research*, *4*(4), 287-298.
- Schweitzer, P. & Bruce, E. (2010). *Das Reminiszenzbuch. Praxisleitfaden zur Biografie- und Erinnerungsarbeit mit alten Menschen*. Bern: Huber.
- Segal, D. L., Qualls, S. H. & Smyer, M. A. (2010). *Aging and mental health (Understanding aging)*. New York: Blackwell.
- Shah, A. & Bhandarkar, R. (2009). Should research focus specifically on elderly suicide rates in cross-national ecological studies designed to identify distal risk factors? *International Psychogeriatrics*, *21*(1), 202-204.
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. & Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*, *30*(4), 377–385.
- Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, *22*(3), 455-462.
- Shye, D., Mullooly, J. P., Freeborn, D. K. & Pope, C. R. (1995). Gender differences in the relationship between social network support and mortality: A longitudinal study of an elderly cohort. *Social Science & Medicine*, *41*(7), 935-947.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. A. & Kunzmann, U. (2009). Wohlbefinden im hohen Alter. In U. Lindenberger, J. Smith, K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (Auflage: 3). (S. 512-548). Oldenbourg: Oldenbourg Akademieverlag.
- Steinbach, U. (1992). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology*, *47*(4), 183-190.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van der Mast, R. C. & Westendorp, R. G. J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *The American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 162-178.
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *110*(15), 5797-5801.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, *370*, 1960-1973.
- Stroebe, W., Schut, H. & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, *25*, 395–414.
- Sugisawa, H., Liang, J. & Liu, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, *49*(1), 3-13.
- Szanto, K., Mulsant, B. H., Houck, P., Miller, M. D., Mazumdar, S., & Reynolds, C. F., 3rd. (2001). Treatment outcome in suicidal vs. nonsuicidal elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*, 261-268.

- Thurston, R. & Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 836-842.
- Tidemalm, D., Waern M., Stefanson, C.-G., Elofsson S. & Runeson, B. (2008). Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2008, 4:23 doi:10.1186/1745-0179-4-23
- Tomas, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C. & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326.
- Topa, G., Moriano, J. A., Depolo, M., Alcover, C.-M. & Moreno, A. (2011). Retirement and wealth relationships: Meta-analysis and SEM. *Research on Aging*, 33(5), 501-528.
- Tsai, H.-H. & Tsai, Y.-F. (2011). Changes in depressive symptoms, social support, and loneliness over 1 year after a minimum 3-month videoconference program for older nursing home residents. *Journal of Medical International Research*, 13(4), e93.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999a). *Older Adults and Mental Health*. In: *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter5/sec1.html>
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999b). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- Unger, J. B., McAvay, G., Bruce, M. L., Berkman, L. & Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54B(5), 245-251.
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J., Hunkeler, E., Hendrie, H., Lin, E. H. B., Levine, S., Grypma, L., Steffens, D. C., Fields, J., Langstone, C. & the IMPACT investigators. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1550–1556.
- Utz, R. L., Caserta, M. & Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *The Gerontologist*, 52(4), 460-471.
- van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H. & van Duijn, M. A. J. (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (1), 119-135.
- van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. D. & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal*, 320, 754-758.
- Van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W.J, van Oppen, P., van der Horst, H. E., Smit, F., Cuijpers P. & Beekman A. T. F. (2011). Prevention of Late-Life Anxiety and Depression Has Sustained Effects Over 24 Months: A Pragmatic Randomized Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 230-239.
- Van't Veer-Tazelaar, van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., Smit, F. & Beekman, A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 297-304.
- VanderWeele, T. J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A. & Cacioppo, J. T. (2011). A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 225-235

- Victor, C. R. & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology, 146*(3), 313–331.
- Victor, C. R. & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 146*(1-2), 85-104.
- Vos et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *thelancet.com Vol 380 December 15/22/29, 2012*.
- Wächtler, C. (2001). Suizidalität im höheren Lebensalter – Entstehungsbedingungen, präventive Ansätze, therapeutische Möglichkeiten. *Suizidprophylaxe, 28*(4), 133-142.
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology, 49*, 328–334.
- Wang, M. (2007). Profiling retirees in the retirement transition and adjustment process: Examining the longitudinal change patterns of retirees' psychological well-being. *Journal of Applied Psychology Copyright, 92*(2), 455–474.
- Wenger, G. C. & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging, 23*(2), 115-127.
- Wernicke, T. F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old—results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 250*, 111–119.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer. Erkrankungen im höheren. Lebensalter. Grundriss Gerontologie*, Band 14,. Stuttgart: Kohlhammer.
- Whisman, M. A. (2010). Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychology, 29*(5), 550–554
- Wilcox, S., Evenson, K. R., Aragaki, A., Wassertheil-Smoller, S., Mouton, C. P. & Loevinger, B. L. (2003). The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The woman's health initiative. *Health Psychology, 22*, 513-522.
- Wilson, D. M. & Palha, P. (2012). A systematic review of published research articles on health promotion at retirement. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(4), 330–337.
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes L. L., Tang, Y. & Bennertt, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry, 64*(2), 234-240.
- Windle, G., Markland, D. A. & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health, 12*(3), 285-292.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L. Jenum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Psychopharmacology, 21*, 655-679.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review 31*, 69–78.

- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E. & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.*
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* - (4th ed). New York: Springer.
- Worden, J. William, W. & Howard, R. (2011). A task-based approach for counseling the bereaved. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer & G. F. Thornton (eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. (pp. 57-67). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Yang, K. & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society, 31*(8), 1368-1388.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J. & Cannella, B. L. (2004). A meta-analysis of predictors of positive health practices. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(2), 102-108.
- Zank, S., Peters, M & Wilz, G. (2009). *Grundriss Gerontologie: Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zeman, P. (2009). Altersfragen (DZA) Sucht im Alter. *Informationsdienst Altersfragen, Heft 3*, 10-14.
- Zisook, S. & Shuchter, S. R. (1993). Major depression associated with widowhood. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 1*(4), 316-326.
- Zisook, S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., Paulus, M. & Judd, L. L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*(4, Suppl), 29-36.

Nachrichten von den Mitgliedern

Neues Mitglied

Prof. Dr. Szagun, Bertram

Aktivitätsfelder

Lehre und Forschung, Sozialepidemiologie, Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Gesundheitsförderung

Details

Mediziner und Gesundheitswissenschaftler (MPH), Leiter des Master-Studiengangs Gesundheitsförderung (MA)

Forschungsthemen:

- Sozialepidemiologie psychosozialer Belastungen, v.a. HPA-Achse, Determinanten allostatischer Überlast
- Dabei besonderer Fokus auf gesellschaftliche Faktoren, speziell Kompetitivität und Wettbewerb sowie kulturell und religiös etablierte Techniken zu deren Begrenzung
- Präventive und gesundheitsförderliche Bedeutung o.g. für das Individuum und besonders in Bezug auf die Gestaltung von Lebenswelten
- Potentielle präventive Bedeutung einer (international intensiver diskutierten) evolutionsbiologischen Adaptivität depressiver Reaktionen

Email: szagun@hs-weingarten.de

Postanschrift

Hochschule Ravensburg-Weingarten Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege Leibnizstr. 10
88250 Weingarten

Telefon: 0751/501-9473 **Telefax** 0751/501-59473 **Webseite.** www.hs-weingarten.de

FV PASiG ins Leben gerufen

Psychologinnen und Psychologen versammelten sich am 06. Dezember zum Gründungstreffen des Fachverbandes 'Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit e.V. (PASiG)'

In der heutigen Arbeitswelt wird der professionelle Umgang mit sicherheits- und gesundheitspsychologischen Fragestellungen immer bedeutsamer. Dementsprechend suchen Verantwortliche und Akteure in diesem Feld verstärkt den interdisziplinären Erfahrungsaustausch mit Fachpsychologinnen und -psychologen. Gesucht werden wissenschaftlich abgesicherte und in der betrieblichen Praxis erfolgversprechende Erkenntnisse und Erfahrungen. Dabei ist es nicht immer leicht, aus der Fülle der Publikationen, Handlungsvorschlägen und Qualifizierungsangeboten die Spreu vom Weizen zu trennen. Um hierzu für die vielen Einzelakteure eine seriöse Netzwerkplattform zu bieten, haben namhafte Expertinnen und Experten aus Forschung, Wirtschaft, Unfallversicherungen und Transfer am 06. Dezember 2012 in Jena den Fachverband: 'Psychologie für Arbeitssicherheit und Gesundheit e.V. (PASiG)' ins Leben gerufen.

Wissenschaftlich fundierte psychologische Erkenntnisse und praxisbezogene Erfahrungen zu Themen wie Stress, Burnout, Arbeitsgestaltung, Verkehrssicherheit, Gesundheitsförderung und Ergonomie erhalten besonders dann die angemessene Beachtung bei Unternehmen, Unfallversicherungsträgern und öffentlichen Organisationen, wenn mit einer gemeinsamen, fachlich ausgewiesenen Stimme argumentiert wird. Deshalb strebt der Fachverband an, zu wichtigen Aufgabenstellungen in interdisziplinärer Zusammenarbeit gemeinsame Positionen und Standards zu erarbeiten, die als „Referenzmuster“ für gute oder beste arbeitspsychologische Praxis die Akteure unterstützen können.

Die neue Homepage www.FV-PASiG.de wird schrittweise als Austauschplattform für Wissen und Erfahrungen ausgebaut.

Das Anliegen, den 'Stand der Wissenschaft' und das gebündelte Praxiswissen auszutauschen, wird von den Gründungsmitgliedern bereits traditionell in den Workshops 'Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit' seit 1984 realisiert. Im durchschnittlich 2-jährigen Rhythmus tauschen sich Repräsentanten und Experten von Praxis, Forschung und Wissenschaft über psychologische Erkenntnisfortschritte aus. Der neue Fachverband PASiG e.V. hat diese Workshop-Reihe deshalb in seine Satzung aufgenommen. Bereits 17 Mal trafen sich arbeitspsychologisch ausgewiesene Wissenschaftler mit Umsetzern aus Industrie, Behörden und Fachberatern. Die Organisation der Workshops findet als Kooperation zwischen dem Fachverband PASiG e.V., einer Universität und einem Unfallversicherungsträger statt.

Der nächste Workshop wird für das Frühjahr 2014 vorbereitet. Genaue Inhalte, Zeit und Ort werden zeitgerecht auf www.FV-PASiG.de bereit gestellt. Eingeladen sind alle Interessierten, nicht nur Mitglieder des Fachverbandes. Auch zur parallel stattfindenden ersten Mitgliederversammlung sind Gäste herzlich willkommen.

Zentrale Handlungsfelder des Fachverbands werden bereits durch Expertenkreise bearbeitet. Zu den selbstgestellten Aufgaben gehören: Praxisbezogene und evidenzbasierte Instrumente und Verfahren zu entwerfen, Qualitätsstandards für wirksame Interventionen zu entwickeln, Curricula für Aus- und Weiterbildung zu gestalten und zu ergänzen und die berufliche Weiterbildung der Mitglieder voran zu treiben. Die folgenden Expertenkreise sind Teil der Verbandsstruktur:

- Arbeitsgestaltung – Ergonomie, Arbeit im Wandel, Arbeitszeit
 - Psychische Belastung und Beanspruchung – Rehabilitation, Traumatologie, Notfallpsychologie
 - Aus- und Weiterbildung – Beschäftigungsfähigkeit und Medien
-

- Führung und Organisation – Personalauswahl und -arbeit
 - Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz
 - Sicherheits- und Gesundheitskultur, Work-Life-Balance
 - Mobilität, Transport und Verkehr
 - Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Evaluation
 - Netzwerkförderung
-

Alle Akteure und Ratsuchenden in psychologischen Fragen der Arbeitssicherheit, Verkehrssicherheit und der Gesundheitsförderung sind herzlich willkommen.



Informationen aus Politik und Organisationen

Ministerien

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: 14. Kinder- und Jugendbericht

Der 14. Kinder und Jugendbericht aus 2012 wurde vorgelegt, und im **Februar 2013** von der Bundesregierung behandelt: Der 14. Kinder- und Jugendbericht beschreibt die Lebenslagen junger Menschen von der Geburt bis zur beruflichen Integration und der eigenen Familiengründung. Er analysiert die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland und macht Vorschläge zur Gestaltung der Kinder- und Jugendpolitik sowie zur Weiterentwicklung

der Kinder- und Jugendhilfe. Der 14. Kinder- und Jugendbericht setzt sich aus dem Bericht der unabhängigen Sachverständigenkommission und der Stellungnahme der Bundesregierung zusammen. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen.did=196138.html>

Hierzu aus dem Deutschen Jugend Institut

Zielsetzung

Gemäß Berichtsauftrag erstellt der 14. Kinder- und Jugendbericht ein aktuelles Lagebild der Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, auch im Vergleich zu den anderen EU-Mitgliedsstaaten. Des Weiteren werden die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und ihr Beitrag zu einem gelingenden Aufwachsen sowie zur gesellschaftlichen Integration junger Menschen dargestellt und bewertet. Besonders berücksichtigt werden dabei die Auswirkungen des demografischen Wandels und die sozialverträgliche Gestaltung der gesellschaftlichen Entwicklung bei möglichen Belastungen künftiger Generationen.

Konzeption und Methode

Entsprechend dem Berichtsauftrag war die Sachverständigenkommission für den 14. Kinder- und Jugendbericht bestrebt, ein aktuelles Bild über die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu zeichnen, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und deren Beitrag zu einem gelingenden Aufwachsen und zur gesellschaftlichen Integration junger Menschen darzustellen und Vorschläge für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe zu unterbreiten. Dabei waren u.a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- die Schwerpunkte einer Politik für Kinder und ihre Familien,
- die Notwendigkeit und die Schwerpunkte einer eigenständigen Jugendpolitik,
- die unterschiedliche Situation von Jungen und Mädchen,
- die Bedeutung, Effektivität und Effizienz der Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe.

Ausgangssituation

Die Bundesregierung hat im Juni 2010 den 14. Kinder- und Jugendbericht in Auftrag gegeben sowie eine unabhängige **Sachverständigenkommission** zur Erstellung des Berichts berufen. Die Bundesregierung ist gemäß § 84 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) verpflichtet, dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat in jeder Legislaturperiode einen solchen Bericht mit ihrer Stellungnahme dazu vorzulegen. Ziel des Berichts ist es, einen Überblick über die Lage der Kinder und Jugendlichen sowie die Gesamtsituation der Kinder- und Jugendhilfe zu geben.

Die **Geschäftsführung** für diesen Bericht lag wie in den Berichten zuvor beim Deutschen Jugendinstitut. e.V.. Zentrale Aufgabe der Geschäftsstelle ist es, die Sachverständigenkommission bei ihrer Arbeit inhaltlich und organisatorisch zu unterstützen und ihr fachlich-wissenschaftlich zuzuarbeiten.

Mitglieder der Sachverständigenkommission zum 14. Kinder- und Jugendbericht:

- Prof. Dr. Sabine Andresen, Goethe-Universität, FB Erziehungswissenschaften
- Gaby Hagmans, Sozialdienst Katholischer Frauen, Bundesgeschäftsführerin
- Prof. Dr. Nadia Kutscher, Katholische Hochschule NRW, FB Sozialwesen
- Prof. Dr. Thomas Olk, Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, FB Sozialpädagogik und Sozialpolitik
- Prof. Dr. Thomas Rauschenbach, Direktor und Vorstandsvorsitzender des Deutschen Jugendinstituts
- Prof. Klaus Schäfer, bis 30. September 2012 Staatssekretär im Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport in Nordrhein-Westfalen (MFKJKS-NRW)

- Prof. Dr. Bernd Seidenstücker, Hochschule Regensburg, Fakultät für Sozialwissenschaften (bis Juli 2011 in der Sachverständigenkommission mitgewirkt)
- Prof. Dr. C. Katharina Spieß, Freie Universität Berlin und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Wolfgang Trede, Landkreis Böblingen, Leiter des Jugendamts
- Prof. Dr. jur. Dr. phil. Reinhard Joachim Wabnitz, Hochschule Rhein-Main, Vorsitzender der Kommission

Ständiger Gast:

Prof. Dr. Dr. h.c. Reinhard Wiesner

Ergebnisse

Die Sachverständigenkommission des 14. Kinder- und Jugendberichts legte im August 2012 den Bericht der Bundesregierung vor. Anschließend erarbeitete diese unter Federführung des BMFSFJ die Stellungnahme zum 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht und Stellungnahme waren am 30. Januar 2013 im Bundeskabinett.

Zur **218. Plenarsitzung** vom 30.01.2013: Befragung der Bundesministerin Dr. Kristina Schröder zum 14. Kinder- und Jugendbericht

Fördergelder für Frühe Hilfen

Nur vier Länder greifen vollständig zu

Rund 29 Millionen Euro hat der Bund 2012 den Ländern für den Aufbau von Netzwerken für Frühe Hilfen bereitgestellt. Doch nur vier Länder haben ihren Anteil vollständig abgerufen.

Von Johanna Dielmann-von Berg

NEU-ISENBURG. Die Länder haben 2012 nur etwas mehr als die Hälfte der Fördermittel des Bundes für Frühe Hilfen abgerufen. Lediglich Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, das Saarland und Bremen haben die ihnen zustehenden Gelder nahezu vollständig in Anspruch genommen. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der Linken im Bundestag hervor. Damit sind von den geplanten 28,9 Millionen Euro in 2012 insgesamt nur rund 16,2 Millionen Euro an die Länder geflossen. Mit dem Geld unterstützt der Bund den Aufbau von Netzwerken für Frühe Hilfen und Kinderschutz sowie den Einsatz von Familienhebammen. Basis dafür ist eine Bundesinitiative, die mit dem Bundeskinderschutzgesetz im Januar 2012 gestartet ist. So sollen Problemfamilien gezielt unterstützt werden. Einen Grund, warum die Fördermittel nicht ausgeschöpft wurden, nennt die Regierung nicht. Auch seien ihr keine Probleme beim Aufbau der Netzwerke bekannt, antwortet sie den Linken.

Mangel an Familienhebammen

Eine Erklärung könnte jedoch sein, dass es bisher noch wenige Familienhebammen gibt. Dem Deutschen Hebammenverband zufolge waren es im Mai dieses Jahres rund 1600, 150 sind noch in der Fortbildung. Laut der Regierung sind daher "noch erhebliche Anstrengungen" zu unternehmen, um die Zahl zu steigern. Unter anderem prüft das neu gegründete Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), welche anderen Gesundheitsberufe für die Tätigkeit als Familienhebamme infrage kommen. Für 2013 ist laut Gesetz vorgesehen, die Fördermittel auf insgesamt 45 Millionen Euro aufzustocken. Die Regierung geht davon aus, dass die Länder 2013 das Fördergeld vollständig abrufen werden.

Bundesministerium für Gesundheit

"Plagiate ausdrücklich erlaubt": Gesundheitsminister Daniel Bahr hat die Gewinner des Wettbewerbs "Alkoholprävention" ausgezeichnet - und ausdrücklich zum Plagiat aufgerufen.

BERLIN. Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) hat die Gewinner des Wettbewerbs "Alkoholprävention" geehrt. An 14 von 150 Teilnehmern überreichte er Preise im Wert von insgesamt 50.000 Euro.

Bundesarbeitsministerium (Auszug)

BERLIN. "Arbeit schützt am besten vor Armut." So lautet die Kernbotschaft, die Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) aus dem 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung herausliest, den sie am Mittwoch in Berlin vorgestellt hat.

Aktuell drifteten die Einkommen in Deutschland nicht weiter auseinander, betonte sie. Im Vorfeld hatten Opposition und Sozialverbände bemängelt, die FDP habe kritische Passagen im Bericht geschönt.

Die seit Jahren belegte Verbindung von Sozialstatus und Gesundheitschancen wird zwar thematisiert - wie das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit zwischen Angehörigen verschiedener Sozialschichten verringert werden kann, dafür präsentiert der Bericht keine neuen Vorschläge.

Betriebliche Gesundheitsförderung soll gestärkt werden

Die ungleichen Gesundheitschancen würden im mittleren Lebensalter "in erheblichem Maße" durch den ausgeübten Beruf und die Arbeitsbedingungen beeinflusst. Männer ohne abgeschlossene Berufsausbildung haben im Vergleich zu (Fach-)Hochschulabsolventen ein 5,6-fach erhöhtes Risiko für eine vorzeitig unfall- oder krankheitsbedingte Verrentung. Zwar verweist der Bericht angesichts der längeren Lebensarbeitszeit auf die steigende Bedeutung von Prävention. Als Antwort verweist die Bundesregierung aber nur auf die -angekündigte - Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung, die in der Präventionsstrategie verfolgt wird. Die besonderen gesundheitlichen Belastungen von Beschäftigten in prekären Arbeitsverhältnissen bleiben unerwähnt. Die Techniker Krankenkasse hat jüngst Zahlen vorgestellt, nach denen Leiharbeiter mit durchschnittlich 17,8 Fehltagen im Jahr deutlich häufiger krankgeschrieben werden als Beschäftigte im konventionellen Arbeitsmarkt mit 13,3.

01.07.2013: Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz

Gegen das Votum der Opposition hat der Bundestag am 27.06.2013 den Gesetzentwurf der Fraktionen von CDU/CSU und FDP zur Förderung der Prävention ([BT-Drs. 17/13080](#)) in der vom Gesundheitsausschuss geänderten Fassung ([BT-Drs. 17/14184](#)) angenommen. Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und zur Früherkennung von Krankheiten zielgerichtet auszugestalten, um die Bevölkerung bei der Entwicklung und dem Ausbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen zu unterstützen und damit Gesundheitsrisiken zu reduzieren

<http://www.praeventionstag.de/nano.cms/news/details/827>

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-01/foerderung-der-praevention-beschlossen.html>

Präventionsgesetz: Nachschlag soll Länder locken

BERLIN. Mit Änderungen quasi in letzter Minute will Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) das mögliche Scheitern des Präventionsgesetzes für mehr Gesundheitsvorsorge verhindern. Es ist das letzte Gesetzesvorhaben in Bahrs Bereich in dieser Legislaturperiode. Doch es könnte scheitern. Am Donnerstag will die Koalition den Entwurf im Bundestag beschließen. Spannend wird es am 5. Juli im Bundesrat. Die rot-grün regierten Länder könnten das Gesetz zu Fall bringen. SPD, Grüne und Linke hatten immer wieder moniert, dass die Koalition zu wenig Hilfen für Krankheitsvermeidung und gesunde Lebensweise in sozialen Brennpunkten, Schulen, Kitas und Altenheimen plane. Nun will die Koalition auf diesen Kritikpunkt per Änderungsantrag eingehen und dabei zugleich Ländern und Kommunen eine weitergehende Beteiligung als bisher geplant einräumen. Darin heißt es, die Krankenkassen sollen gesundheitliche Lage und Risiken direkt bei bestimmten Zielgruppen konkret analysieren. Sie sollen Verbesserungen vorschlagen und die Umsetzung der Vorschläge

unterstützen.

Mehrausgaben bis zu 180 Millionen Euro pro Jahr

Die örtlich Verantwortlichen sollen beteiligt werden. Zudem erwägt das Bahr-Ressort, die Krankenkassen zu höheren Millionenausgaben für Prävention zu verpflichten als bislang. Bisher ist vorgesehen, dass die Kassen ihre Mindestausgaben für Vorsorge von drei auf sechs Euro pro Versicherten verdoppeln - Mehrausgaben: bis zu 180 Millionen Euro pro Jahr. Nun soll der Beitrag der Kassen womöglich auf sieben Euro steigen - Kostenpunkt: weitere 67 Millionen

26.6.2013

Abstimmung Donnerstagnacht eine Formsache sein, doch im Bundesrat kann die Zwei-Drittel-Mehrheit der rot-grün regierten Länder das Gesetz stoppen.

Mit Änderungsanträgen erhöht die Koalition nun den Druck auf SPD und Grün. Denn angehängt an das Präventionsgesetz wurde die geplante Regelung zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen. Und hier wollen auch die Oppositionsfraktionen eine Lösung - sind aber über die Verquickung beider Themen vergrätzt. "Das misslungene Präventionsgesetz hat es alleine schon schwer im Bundesrat. Das misslungene Antikorruptionsgesetz belastet es eher noch in diesem gemeinsamen Verfahren", sagte Karl Lauterbach, in Steinbrücks "Kompetenzteam" zuständig für Gesundheit.

Koalition nähert sich Opposition an

Mit Änderungsanträgen wollen Union und FDP in letzter Minute noch Brücken zur Opposition bauen:

› Statt sechs sollen die Kassen ab 2014 nun sieben Euro je Versicherten für Prävention aufwenden. Von diesem Beitrag sollen zwei (bisher ein) Euro zur Prävention in Lebenswelten ausgegeben werden (etwa Kita, Schule Betrieb). Damit sollen sozial benachteiligte Gruppen für Präventionsangebote erreicht werden. Wiederum ein Euro der für Prävention in Lebenswelten vorgesehenen Mittel müssen die Kassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) abführen.

› Klargestellt wird weiterhin, dass die BZgA die Mittel, die sie von den Kassen erhält, nach einem Länderschlüssel verteilen muss. Dieser richtet sich nach der Zahl der GKV-Versicherten in den Regionen. Die Bundesbehörde soll nun "regionale Erfordernisse" berücksichtigen und ihre Leistungen "im Benehmen" mit den zuständigen Landesbehörden erbringen. Dadurch werde die "gesamtgesellschaftliche Aufgabe" der Prävention unterstrichen. Die Länder erhielten damit einen Rahmen zur Realisierung ihrer Präventionsziele, heißt es.

› Besonders stark robbt sich die Koalition an die Forderung des Bundesrats heran, der eine "sozial engagierte" Gesundheitsförderung gefordert und das "überholte und enge Verständnis" von Gesundheitsförderung in der Regierung gegeißelt hatte. Nun heißt es, die Kassen sollten zusammen mit den Ländern den "Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten" fördern.

Skepsis bei Lauterbach und Kassen

Lauterbach räumt dem Präventionsgesetz im Bundesrat auch mit diesen Änderungen geringe Chancen ein: "Ich wäre überrascht, wenn die Länder mit dieser Nachbesserung ihre berechtigten Forderungen als erfüllt betrachten." Auch beim GKV-Spitzenverband ist die Skepsis groß - er hatte bereits die Erhöhung des Pflichtbeitrags je Versicherten von drei auf sechs Euro abgelehnt. Die Finanzierung der Prävention könnten nicht alleine die Krankenkassen stemmen.

"Auch Gebietskörperschaften und weitere Sozialversicherungszweige müssten mit einbezogen werden", sagte Ann Marini, stellvertretende Pressesprecherin des GKV-Spitzenverbandes, der "Ärzte Zeitung".

Zudem stößt die Privilegierung der BZgA den Kassen sauer auf: Der BKK-Dachverband dringt darauf, dass die Steuerung beispielsweise der betrieblichen Gesundheitsförderung Sache der einzelnen Kasse bleibt. Die Quotierung zugunsten der BZgA sei "ordnungspolitisch fragwürdig".

Mehr Geld für Prävention

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dagegen versteht das Präventionsgesetz auch als Anreiz, mehr für die Prävention zu tun.

Kritische Stimmen dazu finden sich unter:

http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2013/44600326_kw20_pa_gesundheit_vorsorge/index.html

Schriftliche Stellungnahme der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zum „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention“ vom 21.01.2013

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bvpraevention.de%2Fbvpg%2Fimages%2Fstellungennahmen%2Fbvpg_stellungnahme_gesetzentwurf.pdf&ei=yDYHUpHsNsPJPcXpgNgD&usg=AFQjCNHd_oS_U6qo1PK0-15FFitVNPf0jw&sig2=piIreIRPbTfXrQnQORfJ8Q&bvm=bv.50500085.d.ZWU&cad=rja

Deutsche Gesellschaft für Public Health

Untaugliche Rezepte für Prävention und Gesundheitsförderung - wissenschaftliche Erkenntnisse werden ignoriert

Gemeinsame Pressemitteilung der DGPH und des DNEbM zum Referentenentwurf des aktuellen Präventionsstärkungsgesetzes des BMG

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ebm-netzwerk.de%2Fpdf%2Fstellungennahmen%2FPressemitteilung-DNEbM-DGPH.pdf&ei=s0EHUqzwCMmDOMilgLgM&usg=AFQjCNF68Chh3pKcHpILKibeIDgIQdRaww&sig2=xPRNK4E_4E6FXidOQg95Uw&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bundesaerztekammer.de%2Fdownloads%2FstellBAEKRefPraevention20130201.pdf&ei=cUMHUtemAsjjOaOSgbAK&usg=AFQjCNFJBnch4Pbb3JRJcsbEwiUY1Hp2gw&sig2=cStewN5fY14nzjx6vTpz8A&bvm=bv.50500085.d.ZWU>

03.07.2013: Aktionsplan Präventions- und Ernährungsforschung des Bundesministerium für Bildung und Forschung

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung ([bvpg](#)) hat am 25.06.2013 auf erweiterte Förderaktivitäten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung ([BMBF](#)) im Rahmen eines [Aktionsplanes Präventions- und Ernährungsforschung](#) hingewiesen. Im Fokus des Aktionsplans stehen primärpräventive und krankheitsübergreifende Ansätze. Dafür stellt das BMBF im Zeitraum 2013 bis 2016 125 Millionen Euro zur Verfügung. Mit diesem Geld sollen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden können.

<http://www.praeventionstag.de/nano.cms/news/details/825>

Aus den Ländern und Kommunen

Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur

im Rahmen des vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur geförderten Promotionsprogramms "Gesundheitsbezogene Versorgung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter: Konzepte, Bedürfnisse der Nutzer und Responsiveness des Gesundheitssystems aus Public-Health-Perspektive – GESA –" sind zum 01.10.2013

15 Georg-Christoph-Lichtenberg-Promotionsstipendien zu vergeben.

Das Promotionsprogramm wird von der Medizinischen Hochschule Hannover in Kooperation mit der Universität Osnabrück, der Jade Hochschule Standort Oldenburg sowie dem Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung in Braunschweig durchgeführt.

Nähere Informationen zu den 15 ausgeschriebenen Forschungsthemen, zum Programm, den einzureichenden Unterlagen und zum Bewerbungsverfahren finden Sie hier: www.mh-hannover.de/gesa.html

Viele Grüße

Martina Plaumann

Dr. Martina Plaumann

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

- OE 5410 -

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

Tel.: 0511 / 532-4452

Fax: 0511 / 532-5347

Mail: plaumann.martina@mh-hannover.de

SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012)

http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf

Krankenkassen

Kassen gaben weniger für Prävention aus

Etwa 3,80 Euro zahlten die Krankenkassen im Jahr 2011 pro Versicherten für Prävention. Knapp 50 Cent weniger als noch im Jahr zuvor.

BERLIN. Die Krankenkassen haben im Jahr 2011 insgesamt rund 270 Millionen Euro für die Prävention ausgegeben - pro Versicherten etwa 3,87 Euro. Das geht aus dem Präventionsbericht 2012 des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hervor. Der vom Gesetzgeber vorgeschriebene Richtwert liegt bei 2,86 Euro. Im Jahr 2010 hatten die Kassen laut GKV-Spitzenverband allerdings noch 4,33 Euro, pro Versicherten investiert - insgesamt knapp 300 Millionen Euro. Das Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung sei hingegen verstärkt worden: Rund 6800 Betriebe - fünf Prozent mehr als im Vorjahr - haben die Kassen laut Bericht erreicht.

Ärzte Zeitung, 09.01.2013 11:32 2011

BKK 07/2013

Soziale Determinanten von Gesundheit

Gesundheitssysteme beeinflussen die Gesundheit der Menschen, sie sind soziale Determinanten.

Eine Studie des WHO Collaborating Center on Health Inequity in Insurancebased Health Systems beim BKK Bundesverband ist nun der Frage nachgegangen, welche Strukturmerkmale versicherungsbasierter Gesundheitssysteme in Europa hierfür ausschlaggebend sind. Die Autoren beschreiben Ergebnisse der Studie unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Gesundheitssystems.

<http://bkk-bv-gesundheit.newsclou.de/redirect/FFxCS04THFIBV0APFIJDUEdVDwBKXw==>

Aus den Hochschulen

Berlin

29.03.2013: Neuer Forschungsverbund zu bisherigen Fällen sowie Präventionsmöglichkeiten von Amok, School Shooting und terroristischen Einzeltaten

Die Freie Universität Berlin (FU Berlin) hat am 19.03.2013 über den Start eines neuen Forschungsverbundes informiert. Renommierete nationale Arbeitsgruppen zu den Themen Amoklauf und School-Shootings bündeln ihre Expertise in einem neuen Forschungsverbund: Sie kooperieren im Projekt „Tat- und Fallanalysen hochexpressiver zielgerichteter Gewalt (TARGET)“. Durch die Untersuchung und aus dem Vergleich bisheriger Taten jugendlicher Einzeltäter in Deutschland sollen Erkenntnisse zur Gewaltprävention abgeleitet werden. An dem Projekt TARGET sind beteiligt: die Freie Universität Berlin, die Justus-Liebig-Universität Gießen, die Universitäten Bielefeld und Konstanz, die Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol) und das Institut Psychologie und Bedrohungsmanagement Darmstadt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert das Vorhaben in den kommenden drei Jahren mit mehr als drei Millionen Euro.

Bremen

Neues Netzwerk zur Prävention

BREMEN. Das Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS ist Mitglied eines neuen Netzwerkes, bestehend aus 32 europäischen Universitäten und Institutionen.

Das von der Oxford Brookes Universität geführte Netzwerk unterstützt die Vermeidung von Krankheiten wie Krebs, Herzkrankheiten, Lungenerkrankungen, Diabetes und psychischen Erkrankungen. Die Europäische Kommission unterstützt die Gründung des "Science for Prevention Academic Network" mit mehr als 480000 Euro, teilt das BIPS mit.

Das Netzwerk ermöglicht es Präventionswissenschaftlern aus ganz Europa, ein neues, weitreichendes Feld wissenschaftlicher Expertise zur Prävention nicht-übertragbarer Erkrankungen aufzubauen. (*eb*)

<http://www.bips.uni-bremen.de/home.html>

DPT – Institut für angewandte Präventionsforschung (dpt-i)

Das DPT – Institut für angewandte Präventionsforschung (dpt-i) fördert den Dialog zwischen Präventions-Forschung, -Praxis und –Politik.

Die Aufgaben des dpt-i liegen v.a. in der

- Durchführung eigener Forschungsvorhaben mit der Perspektive der praktischen Anwendung der Forschungsergebnisse
 - Kooperation mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen zur Umsetzung von Forschungsvorhaben mit Praxisrelevanz
 - Vertiefung des Dialoges zwischen Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Verbänden und Zivilgesellschaft über die Ergebnisse der Präventionsforschung mit dem Ziel einer stärkeren Wissensbasierung der Prävention
 - Beratung des Deutschen Präventionstages und seiner Partnerorganisationen über die Ergebnisse und den Stand der Präventionsforschung
-

29.03.2013: Neuer Forschungsverbund zu bisherigen Fällen sowie Präventionsmöglichkeiten von Amok, School Shooting und terroristischen Einzeltaten

Die **Freie Universität Berlin** ([FU Berlin](#)) hat am 19.03.2013 über den Start eines neuen Forschungsverbundes informiert. Renommierete nationale Arbeitsgruppen zu den Themen Amoklauf und School-Shootings bündeln ihre Expertise in einem neuen Forschungsverbund: Sie kooperieren im Projekt „Tat- und Fallanalysen hochexpressiver zielgerichteter Gewalt (TARGET)“. Durch die Untersuchung und aus dem Vergleich bisheriger Taten jugendlicher Einzeltäter in Deutschland sollen Erkenntnisse zur Gewaltprävention abgeleitet werden. An dem Projekt TARGET sind beteiligt: die Freie Universität Berlin, die [Justus-Liebig-Universität Gießen](#), die [Universitäten Bielefeld](#) und [Konstanz](#), die Deutsche Hochschule der Polizei ([DHPol](#)) und das [Institut Psychologie und Bedrohungsmanagement](#) Darmstadt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung ([BMBF](#)) fördert das Vorhaben in den kommenden drei Jahren mit mehr als drei Millionen Euro.

Medizinische Hochschule Hannover, Hamburg und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

KNP ist ein Gemeinschaftsprojekt der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Postfach 91 01 52 51071 Köln Telefon: 0221 8992-319 Fax: 0221 8992-300
eMail: knp-forschung@bzga.de Internet: www.bzga.de; www.knp-forschung.de

KNP-Memorandum III Stand: 12.02.2013

Leitlinie „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken – 11 Verantwortlichkeiten und Chancen für Bund, Land, Kommune“ erschienen

siehe

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hv-gesundheitsfachberufe.de%2Fdokumente%2FMemorandum_Forschungsfoerderung_Praevention.pdf&ei=CEAHUuqcAoLCPODzgcAK&usg=AFQjCNHGvkYc7vtGPSIlNtYAcCF-suMDUFA&sig2=L9u4AUxkM4KyWAMTpuo6IA&bvm=bv.50500085.d.ZWU&cad=rja

<https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.thieme-connect.de%2Fejournals%2Fabstract%2F10.1055%2Fs-0032-1327759&ei=a0AHUtQtxMk9orqBgA8&usg=AFQjCNF9OqJtavWCdmXxsiPZvEDe8aJQFA&sig2=nqwg2NL6ejGFfFEuYOAdrA&bvm=bv.50500085.d.ZWU>

www.knp-forschung.de

Betreff: Newsletter "Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung": Mai 2013

Datum: 15.05.2013 09:36

heute erscheint der letzte Newsletter der Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP), denn mit Ende des BMBF-Förderschwerpunkts läuft auch das KNP-Projekt aus. Wir freuen uns jedoch sehr Ihnen mitteilen zu können, dass das Internetportal www.knp-forschung.de noch bis mindestens 12/2013 durch die BZgA weiter geführt wird und Ihnen weiterhin Informationen rund um Prävention und Gesundheitsförderung liefert. Der letzte KNP-Newsletter steht ganz im Zeichen des Transfers. Wir haben für Sie Manuale, Webseiten und Projektmaterialien zusammengestellt, die im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung entstanden sind und Ihnen Anregungen für Ihre eigene Arbeit geben können.

Projekte für Kinder und Jugendliche

Projekte für Erwachsene

Projekte im Quartier

Damit verabschiedet sich das KNP-Team und bedankt sich herzlich für das Interesse und die Unterstützung in den letzten 4 Jahren.

In eigener Sache

Am 21. und 22. Februar 2013 fand in Berlin die KNP-Abschlussstagung mit dem Titel "Erfolgsfaktoren für eine zukünftige Prävention und Gesundheitsförderung" statt. Neben der zukünftigen Ausgestaltung des Feldes wurden Netzwerke und Kooperationen als Erfolgsfaktor für gelungene Prävention thematisiert und diskutiert. Die Vorträge der Tagung sind online dokumentiert. Zum Abschluss des Förderschwerpunkts hat KNP ein Supplement des Gesundheitswesens initiiert. Darin stellen zu sechs Themenschwerpunkten die Projekte des Förderschwerpunkts ihre Ergebnisse dar. Das Heft wird im Laufe dieses Jahres veröffentlicht, viele Artikel sind bereits als eFirst-Ausgabe auf der Webseite des Gesundheitswesens (Suchbegriff Volltextsuche:

BMBF-Förderschwerpunkt, eFirst) für Abonnenten frei zugänglich.

"Lebensphase Alter gestalten - gesund und aktiv älter werden" war der Titel der 2. KNP-Jahrestagung im Mai 2012. Die Dokumentation der Veranstaltung wird Anfang Juni im Rahmen der BZgA-Fachheftreihe "Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung" erscheinen und kann dann hier als Printversion bestellt oder als PDF herunter geladen werden.

Projekte für Kinder und Jugendliche

Evaluation und Wirkungsnachweis der Programme 'PriMa' und 'Torera' zur Primär-Prävention von Ess-Störungen bei Schülerinnen ab dem 6. Schuljahr (01EL0602)

Ein Viertel der 12-jährigen Mädchen weist ein problematisches Essverhalten auf. Zur Prävention von Magersucht (PriMa) sowie von Bulimie und Adipositas (Torera) bei Mädchen werden in der Studie primärpräventive Programme zum Einsatz in der Schule ab der 6. Klasse entwickelt und evaluiert. Ziel der Programme ist es, positive Veränderungen bei den Schülerinnen bzgl. Des Wissens über Ess-Störungen, gesunde Ernährung und Bewegung sowie ihrer Einstellungen gegenüber Figur und Gewicht zu erreichen.

Optimierung des bundesweiten Kinderfrüherkennungsprogramms - modellhafte Evaluation der Funktion und Wirksamkeit von Elternmaterialien (01EL0409)

Der "Eltern-Ordner" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zielt darauf ab, das Gesundheitswissen junger Eltern verbessern. In dem begleitenden Forschungsvorhaben wird der Gebrauchswert des Ordners für Eltern und Experten vor dessen bundesweiter Implementierung erhoben.

Der Eltern-Ordner kann hier gegen eine Schutzgebühr bezogen oder kostenfrei als PDF angesehen werden.

Projekte für Erwachsene

Identifikation und Überwindung kulturspezifischer Barrieren und Nutzung zielgruppenspezifischer Ressourcen bei der zugehenden und sozial-räumlich ausgerichteten

HIV/AIDS-Prävention

für MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten (01EL0808)

MigrantInnen gelten als schwer erreichbare Zielgruppe für Gesundheitsangebote. Dies trifft insbesondere bei dem tabuisierten Thema von HIV/AIDS bei MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten zu. Ziel der Studie ist die Identifikation kulturspezifischer Zugangsbarrieren bei der Nutzung HIV- und AIDS bezogener Präventionsmaßnahmen, die Erfassung von Einstellungen, Verhalten und Wissen zu HIV und AIDS sowie die Wirksamkeit und Akzeptanz eines zugehenden HIV/AIDS-Präventionsprogramms durch ein Gesundheitsamt.

Aus dem Projekt ist ein "Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für (afrikanische) MigrantInnen (MAQUA-HIV)" hervorgegangen, das sich an Praktikerinnen und Praktiker in der HIV-Prävention richtet, die ein kultursensibles Präventionsangebot für afrikanische MigrantInnen entwickeln, planen und umsetzen wollen. Das Manual bietet dazu praxisorientierte Checklisten mit erläuterten und kommentierten Qualitätskriterien zur Bestandsanalyse, Projektentwicklung und -planung, Prozesssteuerung und Evaluation, die eine kritische Selbstreflexion von HIV-Präventionsprojekten für afrikanische MigrantInnen ermöglichen: Gräser, S., Stöver, H., Koch-

Göppert, G., Krischke, N. (2013). MAQUA-HIV - Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit MigrantInnen. Bremen: Niebank-Rusch.

Erfahrung nutzen - Wissen vertiefen - Praxis verbessern. Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte - Konzepterstellung für Good Practice, Erarbeitung und Beratung bei der Qualität (01EL0406/-16)

Das Projekt überträgt international angewandte partizipative Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation auf die Primärprävention für sozial Benachteiligte in Deutschland. Dafür werden 12 Good Practice-Kriterien entwickelt und ein internetbasiertes Handbuch konzipiert, welches Praxisanbieter bei der Planung und Qualitätssicherung ihrer Maßnahmen unterstützt. Die aus dem Projekt hervorgegangene Website www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de unterstützt Praxisanbieter der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung dabei, die Qualität ihrer Arbeit gemeinsam mit der Zielgruppe zu planen, zu verbessern und zu bewerten. Es sind Konzepte, Methoden und Praxisbeispiele der Partizipativen Qualitätsentwicklung übersichtlich dargestellt.

Implementierung und Evaluation eines evidenzbasierten primärpräventiven Interventionsprogramms für alleinerziehende Mütter und ihre Kinder in Kindertagesstätten (PALME) (01EL0411)

Ziel des Projekts ist die psychosoziale Belastung von alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern zu reduzieren und sie in ihrer Lebenssituation zu unterstützen. Dafür wurde ein strukturiertes, emotionszentriertes und bindungsorientiertes Elterntaining (PALME; www.palme-elterntaining.de) entwickelt und seine positive Wirksamkeit z.B. auf maternale Depression und kindliches Verhalten in einer randomisierten, kontrollierten Studie bestätigt. Das PALME-Programm gibt es als Manual im Handel zu kaufen. Außerdem gibt es eine Homepage (www.palme-elterntaining.de), auf der neben allgemeinen Informationen über das Programm, aktuelle Schulungstermine und laufende Gruppen bekannt gegeben werden

Programmentwicklung und Evaluation präventiver Bewegungsfördermaßnahmen für Erwachsene mittleren Alters unter besonderer Berücksichtigung von Frauen aus sozial benachteiligten Schichten (01EL0402)

Der Anteil an sportlich Inaktiven ist bei Frauen aus schwierigen sozialen Lagen besonders hoch. Um dem entgegen zu wirken, werden in einem partizipativen, intersektoralen Ansatz Maßnahmen zur Bewegungsförderung konzipiert und umgesetzt sowie adäquate Evaluationsansätze für Bewegungsförderung mit Frauen in schwierigen Lebenslagen entwickelt und zur Wirksamkeitsprüfung eingesetzt.

Das in der Praxis erprobte BIG Manual ist als Band 4 der Schriftenreihe "Materialien zur Gesundheitsförderung" des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit veröffentlicht worden. Es steht auf dieser Homepage zum Download und auf Anfrage in gedruckter Form zur Verfügung.

Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten - Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes (01EL0712)

Alkoholbezogenen Erkrankungen nehmen bei Migrantinnen und Migranten ab dem 50. Lebensjahr zu. Daher entwickelt und evaluiert das Forschungsprojekt ein transkulturelles Konzept zur Prävention alkoholbezogener Störungen. Dessen Ziel ist die Förderung eines eigenverantwortlichen und gemäßigten Umgangs mit Alkohol. Es entstehen evidenzbasierte muttersprachige Materialien unter transkultureller Perspektive und ein Praxismanual zur breiten Implementierung. Link zu Broschüre, Foliensätzen und Manual (auch erschienen im Shaker-Verlag) zum Download.

Primärprävention von sturzbedingten Hüftfrakturen bei Bewohnern von Pflegeheimen in Bayern (01EL0702/0717/0718)

Stürze und sturzbedingte Hüftfrakturen stellen für ältere Menschen ein großes gesundheitliches Risiko dar. Die in diesem Projekt umgesetzte verhaltens- und verhältnisorientierte Intervention hat u.a. ein Trainingsprogramm, eine Umgebungsanpassung und Mitarbeiterschulungen zum Inhalt. Studienziel ist die Evaluation dieses in Bayern eingesetzten Programms zur Primärprävention von Stürzen und sturzbedingten Hüftfrakturen bei Pflegeheimbewohner/innen. Öffentlich zugängliche Informationen über Web unter: <http://www.aktivinjedemalter.de/cms/website.php?id=start>

Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern - Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinären modularen primär-präventiven Programms für psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen im Setting Berufsschule (01EL0404)

Das Projekt analysiert die derzeitige Verankerung primärpräventiver Aspekte in der Lehreraus- und -weiterbildung. Um psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vorzubeugen, werden außerdem modulare Trainingsmodule für BerufsschullehrerInnen (z.B. Konfliktbewältigung) und BerufsschülerInnen (z.B. soziale Kompetenz) entwickelt und evaluiert. Link zu den Berufsschul-Modulen: www.tu-dresden.de

Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte: Entwicklung eines Multiplikationskonzeptes (ReSuM) (01EL0412/-0417)

Mangelnde betriebliche Gesundheitsförderung und eine geringe Teilnahmemotivation von un- und angelernten Beschäftigten erschweren die Angleichung der Gesundheitschancen gegenüber qualifiziertem Personal. Ziel des Projekts ist die Entwicklung und Evaluation eines Multiplikatorenkonzeptes zu Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte im mittleren Lebensalter. Multiplikatoren sind Präventionsanbieter. Das Tool **CACHE.Pro** zur Kostenanalyse betrieblicher Gesundheitsförderung steht hier zum Download bereit.

Das ReSuM-Konzept mit dem Trainingsmanual und allen Arbeitsmaterialien ist im Handel erhältlich: Busch, C., Roscher, S., Ducki, A. & Kalytta, T. (2009) "Stressmanagement für Teams in Gewerbe, Service und Produktion - ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual". Heidelberg: Springer

Blutzuckertest und Primärprävention des Typ 2-Diabetes - Evaluation des Effekts evidenzbasierter Patienten-Information (01EL0706)

Evidenzbasierte Patienteninformationen oder Entscheidungshilfen zur Primärprävention des Typ 2-Diabetes fehlen national wie international. Ziel des Vorhabens ist daher die Evaluation des Einflusses optimierter Informationsprozesse auf Wissen und Einstellung sowie die Intention zur Inanspruchnahme eines Stoffwechselltests. Zu diesem Zweck wird eine neue internetgestützte evidenzbasierte Patienteninformation entwickelt und randomisiert-kontrolliert erprobt. Die erstmalig zum Thema entwickelte und evaluierte EBPI kann unter folgendem Link aufgerufen werden: http://www.uni-duesseldorf.de/PublicHealthUnit/de/ebpi_dia_01.shtml

Evaluation einer Evidenz-basierten Verbraucherinformation zur Entscheidungsfindung beim kolorektalen Screening (01EL0714)

Gesundheitsentscheidungen sollten auf transparenten und evidenzbasierten Verbraucher- und Patienteninformationen beruhen. Ziel der Studie ist zu prüfen, ob die Bereitstellung einer evidenzbasierten Verbraucherinformation zum Thema "Darmkrebsfrüherkennung" bei den Betroffenen zu einem höheren Anteil an informierter Entscheidung führt. Die Broschüre kann hier auf www.knp-forschung.de heruntergeladen werden.

Projekte im Quartier

Strukturbildung (Capacity Building) für Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Eltern in einem benachteiligten Quartier. Handlungskonzept, Methodenentwicklung und Evaluation des Programms `Lenzgesund (01EL0414/0812)

Der Fragebogen "Kapazitätsentwicklung im Quartier" (KEQ) soll das Wissen lokaler Akteurinnen und Akteure beziehungsweise von Schlüsselpersonen erfasst werden. Er kann sowohl zur Bedarfsanalyse innerhalb eines Quartiers als auch zur Evaluation strukturbildender Maßnahmen eingesetzt werden. Das Instrument ist hier ausführlich beschrieben und kann hier zusammen mit anderen Materialien des Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am UKE herunter geladen werden.

Das Buch "Quartiersbezogene Gesundheitsförderung - Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes" (Nickel, Süß, Trojan, Wolf) erscheint voraussichtlich im Oktober 2013.

Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Mütter und Mütter mit Migrationshintergrund - Ein innovativer Ansatz zur nachhaltigen Verbesserung der gesunden Lebensweise von Kindern in ihren Familien (01EL0801)

Mit dem Forschungsprojekt "GO-Gesund im Osten" - Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Mütter und Mütter mit Migrationshintergrund wurde von 2009 bis 2011 im

Stadtteil Leipziger Osten, einem sozialen Brennpunkt in Leipzig, ein Settingansatz der Gesundheitsförderung umgesetzt. Ziel des Projektes war die Entwicklung und Evaluation niedrigschwelliger, partizipativer und stadtteilbezogener Interventionen zur Verbesserung der gesunden Lebensweise von Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund. Die Mütter standen dabei als "Gesundheitsmanagerinnen der Familie" im Mittelpunkt der Maßnahmen. Ihre gesundheitsbezogenen, praktischen und sozialen Kompetenzen sollten gestärkt werden, damit sie noch besser als bisher für eine gesundheitsförderliche Lebensweise ihrer Kinder Sorge tragen können. Die Projekthomepage dokumentiert umfassend den Projektverlauf. Es können ebenso die Veröffentlichungen zum Projekt abgerufen werden unter: <http://www.gesunder-osten-leipzig.de/>.

Mehr als gewohnt. Stadtteile machen sich stark für die Gesundheitsförderung (01EL0605)

Soziale und gesundheitliche Ungleichheiten bilden sich räumlich ab und verweisen auf die Notwendigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen in benachteiligten Stadtteilen. Für die Qualitätssicherung von Strategien, Strukturen und Projekten einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung wurden Qualitätskriterien, Erhebungsinstrumente und Evaluationsmethoden entwickelt und erprobt. Vorgelegt wurde u.a. eine Arbeitshilfe für die konkrete Arbeit von Kommunen, Krankenkassen und QuartiersmanagerInnen.

Kommunale Freiräume für Bewegung zur Förderung der Gesundheit von Kindern: ein kommunales Konzept zur Verbesserung des Wohnumfeldes und der gesundheitlichen Kompetenz von Kindern und Jugendlichen (01EL0614)

Bewegungsmangel bei Kindern hat negative Folgen für ihre körperliche, psychische und soziale Entwicklung. Ein ungünstiges Wohnumfeld trägt zum Bewegungsmangel bei. Ziel der Studie ist es zu prüfen, ob das Freizeitverhalten der Kinder durch Spielaktivitäten und Bereitstellung von Freiräumen im Quartier verbessert werden kann. Neue Kooperationsstrukturen sollen durch eine Vernetzung von kommunalen Institutionen und Bürgergruppen langfristig verankert werden. Im Rahmen der Studie ist ein Leitfaden entstanden, der hier herunterzuladen ist.

EU Präventionsprojekte

<http://www.praeventionstag.de/nano.cms/news/details/829>

06.07.2013: EUCPN-Newsletter informiert über aktuelle Präventionsprojekte in Europa
Das Europäische Netzwerk für Kriminalprävention (European Crime Prevention Network - EUCPN) informiert in einem aktuellen Newsletter über aktuelle europäische Präventionsprojekte und Präventionstermine.

<http://www.knp->

[forschung.de/?uid=59cbe4369b33d1c09fbdb724c6895f84&id=recherche&sid=-1](http://www.knp-forschung.de/?uid=59cbe4369b33d1c09fbdb724c6895f84&id=recherche&sid=-1)

<https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1323687.pdf>

Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Interventionskonzepts zur primären Prävention von psychischen Störungen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern, kurz: 'KANU-Gemeinsam weiterkommen'

Evaluation und Wirkungsnachweis der Programme 'PriMa' und 'Torera' zur Primär-Prävention von Ess-Störungen bei Schülerinnen ab dem 6. Schuljahr

Evaluation von Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Mädchen und Jungen in der Sekundarstufe I (5.-6. Jahrgang) unter besonderer Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen und Migranten

FAMOS - Familien optimal stärken - Modellprojekt zur flächendeckenden Implementierung von Präventionsprogrammen

Primärprävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten - Entwicklung und Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes

Primärprävention in der Interaktion zwischen Schülern und Lehrern - Entwicklung und Evaluation eines interdisziplinären modularen primär-präventiven Programms für psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen im Setting Berufsschule

Prävention depressiver Störungen durch Gesundheitsförderung und Kompetenzsteigerung Jugendlicher - Eine Effectiveness Studie zur schulbasierten, universalen Primärprävention

Prävention stressbedingter Gesundheitsschäden in einem Industriebetrieb - eine randomisierte Interventionsstudie bei Männern mit erhöhtem Risiko

Randomisiert-kontrollierte Multicenter-Studie zur Evaluation der deutschen Adaptation des US-amerikanischen Strengthening Families Program 10-14

Wissenschaftliche Begleitung des Förderprogramms 'Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch Kranken oder suchtkranken Eltern'

Universität Dortmund

Call for Membership

Die Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) erforscht die Wirkungen des menschlichen Handelns in den Bereichen Wirtschaft, Soziales, Ökologie und Kultur auf den Raum, um dessen nachhaltige Entwicklung zu fördern. Als ein disziplinübergreifendes Netzwerk von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis gibt sie mit ihren Forschungsergebnissen der Wissenschaft neue Impulse und erbringt wissenschaftlich fundierte Beratungsdienstleistungen für Politik und Verwaltung. Dies wird durch themenzentrierte, inter- und transdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgremien auf unterschiedlichen räumlichen Ebenen gewährleistet.

Für einen neuen Arbeitskreis der ARL zum Thema:

Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen

werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesucht. Die Mitglieder des zukünftigen Arbeitskreises werden sich dem Thema und seinen Teilaspekten aus raum- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive und aus der Perspektive der räumlichen Politik und Planungspraxis widmen. Die Leitung des Arbeitskreises wird Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart (TU Dortmund) übertragen.

Problemstellung

Lebenswerte und somit auch gesunde Städte sind ein zentraler Bestandteil einer nachhaltigen räumlichen Entwicklung. Gesundheit war im 19. Jahrhundert eine wesentliche Triebfeder für die Herausbildung des modernen Städtebaus (z. B. Stadthygiene mit der Bekämpfung von Krankheiten und Epidemien). Auch die städtischen Reformbewegungen (z. B. Gartenstadt) waren wesentlich von der Idee gesunder Lebensverhältnisse inspiriert. Der Städtebau hatte damals einen engen Bezug zur Gesundheit des Menschen, der in den letzten Jahrzehnten jedoch zunehmend aus dem Blickfeld verschwunden ist.

Angesichts wachsender gesundheitlicher Ungleichheit in Quartieren, Städten und Stadtregionen gilt es das Thema Gesundheit wieder verstärkt in der Stadtentwicklung zu berücksichtigen. Die Zunahme der sozialen Ungleichheit zeichnet sich nicht nur in Bezug auf das Bildungs-, Einkommens- und Wohlstandsniveau ab, sondern auch mit Blick auf die gesundheitliche Lage. Mit der wachsenden Konzentration von Armutsbevölkerung in (benachteiligten) Stadtquartieren nimmt die gesundheitliche Benachteiligung der Einwohner zu. Wie bei der sozialen bauen sich auch bei der gesundheitlichen Ungleichheit die positiven und negativen Effekte bzw. Potentiale über den gesamten Lebensverlauf auf („vulnerable“ Bevölkerungsgruppen).

Die Bearbeitung von Fragen der sozialen Ungleichheit bei Gesundheit wird auch im Konzept Umweltgerechtigkeit gefasst und liefert einen klaren Bezug zum Leitbild einer nachhaltigen räumlichen Entwicklung.

Der demografische Wandel führt darüber hinaus zu einem starken Zuwachs von höher- und hochbetagten, dauerhaft hilfebedürftigen, häufig multimorbiden Menschen, wodurch der sozial und gesundheitspolitische Handlungsbedarf in Zukunft auf allen politisch-administrativen Ebenen stark zunehmen wird. Hierbei wird menschliche Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Zustand des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht (nur) als bloße Abwesenheit von Krankheit verstanden.

Des Weiteren führen verschiedene räumliche Situationen und Umweltrisiken auch im 21. Jahrhundert in Deutschland noch zu ungesunden Wohn-, Arbeits- oder Freizeitbedingungen. Hier geht es zum einen um schleichende Risiken (Luftbelastung) und zum anderen um Extremereignisse (Hitze, Überflutung).

Forschungskonzept und Forschungsziele

Der Arbeitskreis widmet sich einer Betrachtung auf der stadtreionalen, der städtischen und der Ebene von Quartieren. Die inhaltliche Ausrichtung zielt zunächst auf eine Sachstandsanalyse zum Stand der Forschung zu Wirkungen städtischer Situationen (Settings) auf menschliche Gesundheit ab. Einerseits sollen gesundheitsfördernde Elemente räumlicher Planung (wie der Planung und Erhaltung von Grünflächen, Bewegungsmöglichkeiten) betrachtet werden, andererseits ist auch eine Auseinandersetzung mit gesundheitsbelastenden Aspekten wie Hitzestress, Luft- und Lärmbelastungen sowie Mehrfachbelastungen im Bestand vorgesehen. Dies umfasst die Einbeziehung von Akteursnetzwerken und Partizipationsformen räumlicher Planung und Public Health, die bisher nur wenig Berührungspunkte zeigen. Nicht vorgesehen ist eine vertiefende Befassung mit Qualitätsstandards der gesundheitlichen Versorgung in der Stadtregion und im Quartier (z. B. raumbezogene Bedarfszahlen für ärztliche Versorgung, Pflegeeinrichtungen). Vor diesem Hintergrund wird Bedarf gesehen an einer Darstellung und Analyse bestehender Instrumente (Gesamt- und Fachplanungen, Rahmenbedarfsplanung, Genehmigungs- und Planfeststellungsverfahren sowie Programme und Projekte). Synergien und Konflikte mit den Zielen der Gesundheitsförderung und der Verfahrensgerechtigkeit (Umweltgerechtigkeit, Innenentwicklung und Nachverdichtung, Anpassung an den Klimawandel) sollen identifiziert werden. Auf dieser Grundlage können Anregungen zur instrumentellen Weiterentwicklung und ggf. neue Möglichkeiten räumlicher Planung zur Gesundheitsförderung (Fachplan ggf. Fachbeitrag Gesundheit, Einbeziehung des Setting-Ansatzes) erarbeitet werden.

Hierbei sollen auch private und öffentliche Finanzierungsmöglichkeiten einbezogen werden, um die Motivation kommunal agierender Akteure zur Übernahme dieser freiwilligen Aufgaben erhöhen zu können. Als Grundlage für Wirkungsanalysen wird die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Beurteilungskriterien angestrebt. Ebenso ist es eine Zielsetzung des Arbeitskreises den fachlichen Austausch in diesem Themenbereich zu verbessern. Dies betrifft insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen räumlicher Planung und Public Health, aber auch den transdisziplinären Austausch mit Praktikerinnen und Praktikern aus verschiedenen staatlichen, kommunalen, privaten und wohlfahrtsorientierten Institutionen. Zu diesem Zweck wird die Erarbeitung eines Glossars zentraler Begriffe v. a. aus den Planungs- und Gesundheitswissenschaften angestrebt, da vielfach unterschiedliche Begriffsverständnisse vorherrschen, bspw. bei dem Begriff Umwelt.

Bedeutung für die Raumplanung

Gesundheitsförderung ist seit jeher ein zentrales Anliegen räumlicher Planung und ihrer Instrumente. Dies drückt sich in übergeordneten Leitbildern über die Daseinsvorsorge bis hin zu gesetzlichen Vorschriften in Genehmigungsverfahren aus. Beiden Politikbereichen – räumlicher Planung wie auch Public Health – liegen der Präventionsgedanke und eine ganzheitliche Herangehensweise zugrunde. Dennoch wird das Potential planerischer Instrumente für gesunde Wohn- und Lebensverhältnisse bisher nicht ausgeschöpft. In den letzten Jahren haben jedoch die Gesundheitswissenschaften mit ihrem Public Health-Ansatz zunehmend räumliche Zusammenhänge mit in die Betrachtung genommen. Im internationalen Kontext ist derzeit eine große Dynamik im Feld Umwelt- und Verfahrensgerechtigkeit zu beobachten. Auch von Seiten der Praxis wird auf die benannten Missstände bereits mit verschiedenen Programmen und Projekten reagiert. Es wird nun angestrebt, die inter-

und transdisziplinären Konzepte aus Raum- und Gesundheitswissenschaften mit ihren Synergiepotentialen auf stadtreionaler und städtischer sowie auf Ebene des Quartiers innovativ zusammen zu führen.

Vorgehensweise

Die Mitglieder des Arbeitskreises kommen zwei- bis dreimal jährlich zusammen, um die Erkenntnisse und Fortschritte der gemeinsamen Arbeit zu diskutieren. Die angestrebten Forschungsergebnisse werden zu Beginn gemeinsam abgestimmt. Die Mitglieder tragen aktiv durch eigene Beiträge zum Thema bei. Die gemeinsame Arbeit umfasst sachliche und räumliche Schwerpunktsetzungen. Es können Fallstudien und auch internationale Vergleiche herangezogen werden. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit, weitere Expertinnen und Experten zu Vorträgen einzuladen und/oder Workshops zu organisieren. Schriftliche Beiträge werden vor einer Veröffentlichung doppelblind begutachtet. Die Reisekosten zu den Arbeitskreissitzungen werden nach dem Bundesreisekostengesetz erstattet.

Bewerbung

Da die hier angesprochenen Arbeitsschwerpunkte ein inter- und transdisziplinäres Zusammenwirken erfordern, kommen als Mitglieder des Arbeitskreises vor allem Angehörige von Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen sowie Akteure der kommunalen und regionalen Verwaltung jeweils aus den Bereichen räumliche Planung, Public Health oder Sozialmedizin, Geographie und Soziologie infrage. Wenn Sie sich – auch als Nachwuchswissenschaftler/ in – angesprochen fühlen und Interesse an einer Mitarbeit im Arbeitskreis haben, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie bis zum **17. Juni 2013** eine Bewerbung einsenden. Die Bewerbung (max. 5000 Zeichen ohne Leerzeichen, zwei DIN A 4-Seiten) soll das Interesse an der Mitwirkung im Arbeitskreis begründen und den Bezug zu den eigenen Kompetenzen und beruflichen Erfahrungen darstellen. Zudem bitten wir um einen kurzen beruflichen Lebenslauf (max. 2500 Zeichen ohne Leerzeichen, eine DIN A 4- Seite) und die Nennung Ihrer max. fünf wichtigsten Arbeiten zum Thema (Publikationen, Projekte). Alle Bewerberinnen und Bewerber erhalten spätestens bis zum 31.08.2013 eine Zu- oder Absage über ihre Aufnahme in den Arbeitskreis. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an Anne Ritzinger, die zuständige Referentin in der Geschäftsstelle der ARL. Für inhaltliche Rückfragen steht auch die künftige Leiterin des Arbeitskreises, Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart, zur Verfügung.

Dipl.-Geogr. Anne Ritzinger Prof. Dr.-Ing. Sabine Baumgart

Akademie für Raumforschung Technische Universität Dortmund und Landesplanung (ARL) Fakultät Raumplanung

Referat Bevölkerung, Sozialstruktur, Fachgebiet Stadt- und Siedlungsstruktur Regionalplanung

Hohenzollernstraße 11 August-Schmidt-Straße 10

30161 Hannover 44227 Dortmund

Tel. 0511 34842-23 Tel. 0231 755-2259

ritzinger@arl-net.de sabine.baumgart@tu-dortmund.de

Europäische Kommission

http://www.google.de/url?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CD4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fhealth%2Fprogramme%2Fdocs%2Fwp2013_en.pdf&ei=fFMHUrV6CcmNOMmBgcgN&usq=AFOjCNFePZX20a6l2yJiV8fGVQXcRKVb8w&sig2=N1_vxfVpm2OXxKYh3YXPGA

COMMISSION IMPLEMENTING DECISION of 28 November 2012

concerning the adoption of the 2013 work plan in the framework of the second programme of Community action in the field of health (2008-2013), the selection, award and other criteria for financial contributions to the actions of this programme and the EU payment to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, serving as a financing decision (2012/C 378/07)

Aus den Verbänden

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)

Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung Leitbild

Präambel

Gesundheit beeinflusst die Möglichkeiten eines Menschen zur gesellschaftlichen Teilhabe. Gesundheit ist damit nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Potenzial, das es zu stärken gilt. Um den Gesundheitsstatus und die Lebensqualität der Bevölkerung und jedes und jeder Einzelnen zu verbessern oder zu erhalten, sind dabei in einer Gesellschaft des langen Lebens Prävention und Gesundheitsförderung unverzichtbar. Unstrittig ist auch, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung qualitätsgesichert sein sollen, um nachhaltig wirksame Veränderungen herbeiführen zu können.

Doch die in der Qualitätsdiskussion für „gute“ Prävention und Gesundheitsförderung verwendeten Begrifflichkeiten und Kriterien sind bisher noch sehr unterschiedlich.

Mit dem hier vorgelegten Leitbild haben sich die 128 Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) bisher erstmalig gemeinsam auf grundlegende Prinzipien verständigt, die eine hohe Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung sicherstellen sollen.

Die Prinzipien werden ergänzt um ebenfalls gemeinsam getragene Definitionen zentraler Begrifflichkeiten. Hierdurch wird ein einheitliches Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung dokumentiert, der Dialog zwischen den Mitgliedsorganisationen gestärkt und die Umsetzung der Prinzipien befördert.

Prinzipien

Autonomie und Empowerment

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung respektieren die Autonomie eines Menschen, die ihre Grenze nur an der Autonomie des Anderen findet. Die Maßnahmen sollen deshalb eine informationsbasierte, selbstbestimmte Entscheidung in allen Bereichen fördern, die Einfluss auf die eigene Gesundheit haben, und Personen und Gruppen sollen befähigt werden, selbstbestimmt ihr Leben und ihre Gesundheit zu gestalten. Dies setzt voraus, dass sich die Durchführenden von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber der Zielgruppe und Dritten aufrichtig und ehrlich verhalten. Neben dem Abbau von Risikofaktoren für Erkrankungen müssen die psychischen, physischen, und sozialen Ressourcen des Einzelnen gestärkt und dessen Unterstützung durch seine Lebenswelt gefördert werden

Partizipation

Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Zielgruppe sollen – soweit dies die Rahmenbedingungen zulassen – alle Phasen einer Maßnahme aktiv mitgestalten. Dies umfasst die Bedarfsanalyse, die Planung, die Durchführung und die Bewertung. Durch partizipative Prozesse steigt die Bedarfsgenauigkeit von Maßnahmen. Zudem tragen sie ihrerseits zum Empowerment der Zielgruppe bei und sind ein Ausdruck des Respekts vor der Autonomie der Zielgruppe.

Lebenswelt- und Lebensstilbezug

Die Gesundheit eines Menschen wird maßgeblich durch seine soziale Lage, durch seine ökonomischen, ökologischen und psychologischen Lebensbedingungen, durch individuelle, teils kulturell geprägte Lebensstile sowie durch politische Rahmenbedingungen beeinflusst. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollen daher in den Lebenswelten der Zielgruppe verankert werden. Sie sollen für die Zielgruppe relevant sein und deren Möglichkeiten und Restriktionen, ihren Lebensstil und ihren sozialen und kulturellen Kontext angemessen berücksichtigen. Lebenswelten, die für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung besonders wichtig sind, sind Familien, Kindertagesstätten, Bildungseinrichtungen, Betriebe, Vereine, Senioreneinrichtungen sowie Stadtteile. In bestimmten Fällen kann allerdings der Individualansatz geeigneter sein, um die Gesundheit einer Person zu fördern.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Alle Menschen haben einen gleichberechtigten Anspruch auf ein gesundes Leben. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dürfen keine Person bzw. keine Personengruppe diskriminieren. Ein besonderes Augenmerk soll jedoch den sozial Benachteiligten gelten. Da mit einer sozialen Benachteiligung häufig auch eine gesundheitliche Benachteiligung in Form einer gesteigerten Krankheitslast einhergeht, gilt es hier besonders, vorhandene Gesundheitschancen zu nutzen.

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

- Alle Phasen einer Maßnahme sollen regelmäßig mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren (Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Zielgruppe, Kooperationspartnerinnen und -partner, etc.) gemeinsam reflektiert werden, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu ermöglichen. Erreichte Qualitätsniveaus sollen durch geeignete Maßnahmen dauerhaft gesichert werden.
- Erfolgreiche Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erfordern eine ausreichende Ressourcenausstattung. Hierzu zählen unter anderem finanzielle Mittel, eine angemessene Laufzeit sowie die Planung und Umsetzung durch qualifiziertes und informiertes Personal (*Strukturqualität*).
- Für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung muss immer ein praktikables Maßnahmenkonzept vorliegen. Dieses dokumentiert
 - das zugrunde gelegte, fundierte Wirkungsmodell,
 - eine „smarte“ Zielsetzung (die Ziele sollen spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch, zeitlich terminiert und ethisch vertretbar/reflektiert/begründet sein),
 - die Zielgruppenbestimmung sowie geeignete Vermittlungswege,
 - den angestrebten Grad der Zielerreichung und die Art seines Nachweises und
 - auf welche Weise eine Verstetigung der Maßnahme erfolgen soll.
 - Voraussetzung für ein derartiges Konzept sind eine Bedarfs- und eine Bestandsanalyse sowie die Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und bereits qualitätsgesicherter Interventionsansätze (*Konzept-, Planungs- und Ergebnisqualität*).

Evaluation

Neu entwickelte Interventionsansätze sollen immer evaluiert werden. Doch auch etablierte Interventionen sollen durch regelmäßige Prozesse der Qualitätssicherung eine hohe Qualität ihres Handelns gewährleisten. Auf diese Weise wird die Wahrscheinlichkeit, dass eine Maßnahme ihre angestrebte Wirksamkeit entfaltet, erhöht werden. Die Art und der Umfang einer Evaluation sind dabei dem Umfang und der Bedeutung einer Maßnahme, dem jeweiligen Erkenntnisinteresse und den Ressourcen der durchführenden Organisation anzupassen. Evaluations- und Forschungsergebnisse zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollen veröffentlicht werden, um auch andere von den eigenen Erfahrungen profitieren zu lassen.

Nachhaltigkeit

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollen nachhaltig ausgerichtet sein. Mögliche unbeabsichtigte Wirkungen und negative (Spät-)Folgen – etwa für künftige Generationen – sollen frühzeitig berücksichtigt und im Eventualfall effektiv behoben werden. Ein gesicherter finanzieller Rahmen und der Aufbau stabiler Strukturen sind die Voraussetzung für eine Verstärkung erfolgreicher Maßnahmen. Nachhaltigkeit setzt zudem eine starke Vernetzung zivilgesellschaftlicher Akteurinnen und Akteure untereinander, mit den staatlichen Akteurinnen und Akteuren sowie eine enge Abstimmung der unterschiedlichen Politik-Ressorts miteinander voraus. Nur auf diese Weise können Synergien genutzt und unerwünschte Parallelentwicklungen vermieden werden.

Zentrale Begrifflichkeiten

Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, dass zentrale Begrifflichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung z.T. sehr unterschiedlich verstanden und/oder eingesetzt werden. Um die Kommunikation miteinander zu vereinfachen und einen transparenten Dialog zwischen den Mitgliedsorganisationen der BVPG – und darüber hinaus – zu unterstützen, einigen wir uns auf die folgenden Definitionen:

Gesundheit²

Der Begriff „Gesundheit“ bezeichnet einen Zustand körperlichen, geistigen, sozialen und psychischen Wohlbefindens. Die verschiedenen Dimensionen der Gesundheit wirken aufeinander ein und werden von den sozialen, ökologischen, ökonomischen, psychologischen, kulturellen und politischen Lebensbedingungen eines Menschen beeinflusst.

Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und kein vorrangiges Lebensziel. Die Vielschichtigkeit von Gesundheit erfordert eine enge Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren unterschiedlichster Lebensbereiche. In der Politik kann die Gesundheit der Bevölkerung nur durch ressortübergreifende Ansätze nachhaltig gefördert werden.

Gute Gesundheit ist eine Voraussetzung für eine soziale, ökonomische und selbstbestimmte Entwicklung. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität.

Gesundheitsförderung³

Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, die die individuellen und sozialen Ressourcen eines Menschen, einer Gruppe oder der Bevölkerung im Hinblick auf Gesundheit stärken. Des Weiteren ermöglichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung Individuen und Gruppen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit und befähigen sie zur autonomen Stärkung ihrer Gesundheit.

Zur Gesundheitsförderung gehört auch die Schaffung geeigneter Strukturen und Rahmenbedingungen, um ein selbstbestimmtes Eintreten für die eigene Gesundheit zu ermöglichen.

Prävention⁴

Als Prävention einer Krankheit bzw. eines Erkrankungsrisikos werden alle Maßnahmen bezeichnet, die das Eintreten oder die Verschlechterung einer Erkrankung verhindern oder verzögern oder die Wahrscheinlichkeit eines Krankheitsauftretens verringern.

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung umfassen unter anderem soziale, erzieherische, medizinische, psychologische, ökologische, rechtliche und politische Interventionen.

Qualität⁵

Die Qualität von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bemisst sich an den Ansprüchen, die die beteiligten Akteure und Akteurinnen an die Maßnahmen stellen. Diese Ansprüche können zwischen Zielgruppe, Maßnahmendurchführenden, Geldgebenden und anderen Beteiligten differieren. Grundsätzlich lässt sich aber festhalten, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Zielsetzung wirksam sein sollten.

Die Wahrscheinlichkeit hoher Qualität von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung steigt mit der Einhaltung der zuvor aufgeführten Prinzipien.

² Die Definition basiert wesentlich auf der Ottawa-Charta (World Health Organization (1986)).

³ Ebd.

⁴ Die Definition basiert auf BZgA (2011). Eine differenzierte Definition von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention finden Sie auch bei SVR (2001).

⁵ Ebd. sowie Ausführungen der BVPG-Mitgliedsorganisationen in BVPG (2012).

Die Qualität einer Maßnahme der Prävention und/oder der Gesundheitsförderung ist abhängig von der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Maßnahme.

Qualitätsentwicklung⁶

Qualitätsentwicklung bezeichnet einen kontinuierlichen Prozess der Verbesserung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Dies beinhaltet eine systematische und wiederkehrende Reflexion des eigenen Handelns.

Als vorteilhaft hat sich eine Orientierung am Public-Health-Action-Cycle erwiesen. Dabei werden Maßnahmen in vier Phasen unterteilt: 1. Bedarfsanalyse, 2. Maßnahmenplanung, 3. Durchführung und 4. Bewertung. Alle Phasen werden in einem kreisförmigen Prozess regelmäßig erneut durchlaufen.

Qualitätssicherung⁷

Die Qualitätssicherung beinhaltet Aktivitäten, die sicherstellen, dass die erreichten Qualitätsniveaus auch dauerhaft gehalten werden können. Mögliche Methoden der Qualitätssicherung umfassen beispielsweise die Etablierung von Standards oder Qualitätskriterien, die Dokumentation des eigenen Handelns oder auch die Einrichtung von Beratungsgremien.

Zielgruppe⁸

Als Zielgruppen werden Personengruppen bezeichnet, die mit einer bestimmten Maßnahme der Prävention oder Gesundheitsförderung erreicht werden sollen. Um die Zielgruppe möglichst erfolgreich anzusprechen, bedarf es einer adäquaten Herangehensweise. Zu diesem Zweck sollten typische Charakteristika der Zielgruppe, deren Lebensbedingungen und -stile sowie geeignete Kommunikationswege identifiziert werden. Als Vertreterinnen und Vertreter von Zielgruppen können einzelne Personen aus der Zielgruppe fungieren. Daneben können andere Personen, die die Interessen der Zielgruppe auch anderweitig öffentlich vertreten, als Repräsentanten der Zielgruppe einbezogen werden. So könnten Eltern im Rahmen einer Maßnahme die Interessen ihrer Kinder artikulieren. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, also Personen, die Kenntnisse und Informationen an die eigentliche Zielgruppe weiterreichen, nehmen eine wichtige Mittlerfunktion zwischen den Durchführenden einer Maßnahme und der eigentlichen Zielgruppe ein. Sie gehören daher zur erweiterten Zielgruppe.

Nachhaltigkeit⁹

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind nachhaltig, wenn die Ressourcen für eine dauerhafte Umsetzung gesichert sind und sie keine negativen Auswirkungen auf einzelne Bevölkerungsgruppen oder zukünftige Generationen haben.

Entstehungsgeschichte

Die „Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung“ sind das Ergebnis eines mehrjährigen Prozesses innerhalb der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.(BVPG). Bereits im Jahr 2008 hat die BVPG eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die relevante Themenstellungen im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert hat.

Auf Basis der Empfehlungen der Arbeitsgruppe führten Wissenschaftler des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) im Herbst 2009 im Auftrag der BVPG eine quantitative Mitgliederbefragung zu Instrumenten der Qualitätsentwicklung durch.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden im Sommer 2010 im Rahmen der 1. Statuskonferenz „Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung“ der BVPG vorgestellt.¹⁰ Als eines der zentralen Ergebnisse der Statuskonferenz hielt die Dokumentation Folgendes fest: „Die BVPG ist aufgerufen, eine Einigung auf Grundprinzipien herbeizuführen und eine Qualitätskultur als Selbstverpflichtung zu etablieren.“

⁶ Die Definition basiert auf BZgA (2011) sowie Ausführungen der BVPG-Mitgliedsorganisationen in BVPG (2012).

⁷ Die Definition basiert auf BZgA (2011) sowie Ausführungen der BVPG-Mitgliedsorganisationen in BVPG (2012).

⁸ Die Definition basiert auf BZgA (2011).

⁹ Die Definition basiert auf BZgA (2011).

¹⁰ Die Dokumentation der Konferenz kann über die BVPG-Geschäftsstelle bezogen oder im Internet unter www.bvpraevention.de/ext2 heruntergeladen werden.

Die Statuskonferenz verdeutlichte den großen Willen der BVPG-Mitgliedsorganisationen, gemeinsam im Bereich der Qualitätsentwicklung aktiv zu werden. Um die Möglichkeiten eines gemeinsamen Handelns zu eruieren, führte die BVPG-Geschäftsstelle unter wissenschaftlicher Begleitung der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) von Dezember 2010 bis Februar 2012 eine weitere, qualitative Untersuchung bei einzelnen Mitgliedsorganisationen durch.

Im Rahmen dieser Untersuchung sprach sich ein Großteil der befragten Organisationen dafür aus, ein gemeinsames Leitbild guter Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Die Interviewpartnerinnen und -partner machten hierzu erste konkrete Vorschläge.

Aufbauend auf diesen Vorschlägen und ergänzt um weitere „bewährte“ Prinzipien aus der einschlägigen Fachliteratur erarbeitete die BVPG-Geschäftsstelle eine Diskussionsvorlage, die im Rahmen der 3. BVPG-Statuskonferenz zur „Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung“ im Februar 2013 diskutiert wurde.

Die anwesenden Mitgliedsorganisationen sprachen sich einhellig für gemeinsame Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung aus und nahmen eine weitere Konkretisierung der Ausgestaltung vor.

Verwendete Literatur

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2012) *Entwicklung eines Handlungsrahmens zur Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung für die BVPG und deren Mitgliedsorganisationen*. Bonn.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011) *Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012) *Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress*. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Verlag für Gesundheitsförderung: Werbach-Gamburg.

P. Schröder-Bäck (2010) Evidence-based Public Health aus ethischer Perspektive. In: A. Gerhardus et al. (Hrsg.) *Evidence-based Public Health*. Verlag Hans Huber: Bern.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) *Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.

Society of Health Education & Health Promotion Specialists (1997) *Principles of Practice and Code of Professional Conduct for Health Education & Promotion Specialists*. Wales. Verfügbar unter <http://goo.gl/mCmuv>. Zugriff am 17. Juli 2012.

World Health Organization (1986) *Ottawa Charta for Health Promotion*. *Journal of Health Promotion* 1:1-4.

gez. Felix Lüken/Dr. Beate Grossmann/13.02.2013

Links zu anderen Netzwerknewsletter

Aktuell bedeutsame Links

Kinder psychisch Kranker Eltern (Dachverband Gemeindepsychiatrie)

<http://www.psychiatrie.de/dachverband/kinder/>

Projektatlas Kinder psychisch kranker Eltern für die BRD (Dachverband Gemeindepsychiatrie)

http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Kinder/Kinderprojekte_2011.pdf

KNP-Memorandum III Stand: 12.02.2013

Leitlinie „Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken – Verantwortlichkeiten und Chancen für Bund, Land, Kommune“ erschienen

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hv-gesundheitsfachberufe.de%2Fdokumente%2FMemorandum_Forschungsfoerderung_Praevention.pdf&ei=CEAHUuqcAoLCPODzgcAK&usg=AFQjCNHGvkYc7vtGPSInYAeCF-suMDUFA&sig2=L9u4AUxkM4KyWAMTpuo6IA&bvm=bv.50500085,d.ZWU&cad=rja

<https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.thieme-connect.de%2Fejournals%2Fabstract%2F10.1055%2Fs-0032-1327759&ei=a0AHUtQtxMk9orqBgA8&usg=AFQjCNF9OqJtavWCdmXxsipZvEDE8aJQFA&sig2=nqwg2NL6ejGfFEuYOA drA&bvm=bv.50500085,d.ZWU>

Links zu Netzwerken „Mental Health Promotion“

World Federation of Mental Health

<http://wfmh.com/00PromPrevention.htm>

Europa

European Network for Mental Health Promotion

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

Mental Health Europe

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

Deutschland

GNMH

www.gnmh.de

BKK Gesundheitsreport 2012

http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/Gesundheitsreport_2012/Gesundheitsreport_2012.pdf

England

All Wales Mental Health Promotion Network

<http://www.publicmentalhealth.org>

Mental Health Promotion Network

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

Schweiz

Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

www.npg-rsp.ch

Erster Jahresbericht 2012

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMOFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.npg-rsp.ch%2Ffileadmin%2Fnpg-rsp%2FJahresbericht_2012.pdf&ei=-IAHUpKDLoaOOIS-gYgH&usq=AFOjCNH3RFWBoOFCg9Nt23ej7ShCLBzizw&sig2=JukHx2hu6n3shcsTuVDnVA&bvm=bv.50500085.d.ZWU

kraftwerk-arbeit-gesundheit

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kraftwerk-arbeit-gesundheit.ch%2F&ei=BFIHUvuiCoGDO7TtgegC&usq=AFOjCNEPZkOFmj0BwVfXYXKCjvLZZ_kwmw&sig2=2SnsJw26J94E9JoXsK0vdQ&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Australien

Hunter Institute of Mental Health

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

NSW

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

Neuseeland

Mental Health Foundation of New Zealand

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

Reading List: Conflict resolution Issue 32 – 2013

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/32/460/reading-list%3A-conflict-resolution/>

Reading list: giving, generosity, gratitude & volunteering

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/29/446/reading-list%3A-giving%2C-generosity%2C-gratitude-%26-volunteering/>

Reading list: The arts, culture and wellbeing

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/30/423/reading-list%3A-the-arts%2C-culture-and-wellbeing/>

Wichtige Neuerscheinungen

Abels, S., Schubert, H. Spieckermann H. & Veil K. (2013) Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN): Implementierung des Programms “Communities That Care (CTC)” in Niedersachsen Vierter Evaluationsbericht für die Phasen 4 bis 5

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.spin-niedersachsen.de%2Fcommunities-that-care%2FMedia%2FSPIN_Evaluationsbericht_Phasen_4-5_final.pdf&ei=kMAGUo3wIcjHPKX0gdgD&usq=AFOjCNFL_fUiEy3OS1Fm7ckH2CKTOfxqBQ&sig2=zSVM2ZSDABCvcGEEjngQFw&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Allen, M. et al. (2013). *Working for health equity: The role of health professionals*
<https://www.instituteofhealthequity.org/projects/working-for-health-equity-the-role-of-health-professionals>

Allen, M., Allen, J., Hogarth S. & Marmot M. (2013). *Working for Health Equity: The Role of Health Professionals Executive Summary*
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.instituteofhealthequity.org%2Fprojects%2Fworking-for-health-equity-the-role-of-health-professionals%2Fworking-for-health-equity-executive-summary&ei=92cHUtjDA86ChOeQuoCYAQ&usg=AFQjCNEbK6ek7aOlyBwfbX_BzZ3uLmzCGO&sig2=YK0gYWSKdTo1e84GHNnzBw&bvm=bv.50500085.d.ZG4

Bengel & Lyssenko (2013). *Resilienz und psychische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter*. Köln : BZGA

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bzga.de%2Fbotmed_60643000.html&ei=xGAHUveMKY6Thgff-YAo&usg=AFQjCNEYWnCrXxhQqo_Pmi3HOZn_nKhSEg&sig2=o3sotcKEBOIYEF1NIq4zyg&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 14. Kinder- und Jugendbericht

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdip21.bundestag.de%2Fdip21%2Fbtd%2F17%2F122%2F1712200.pdf&ei=zFsHUsLwFsmSO4f2gLAL&usg=AFQjCNFBdWgJQnteyeZEjraTTYR0jANizA&sig2=vXtsjZjJ6BWAYzIbvR-P5A&bvm=bv.50500085.d.ZWU>

Bertelsmannstiftung (2013) *Gesellschaftlicher Zusammenhalt im Internationalen Vergleich*
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-CA779761-D9B38597/bst/hs.xsl/nachrichten_117316.htm

Bölts, J, Kröcher, U., Kosuch, B., Dehrmann J. & Kalkmann, J. (2012). *Evaluationsstudie „BurnOn - Fit für eine starke Führung“*. Training zur personalen und organisationalen Er-schöpfungsprophylaxe

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Center für lebenslanges Lernen, Juni 2013

<http://bkk-bv-gesundheit.newsclou.de/redirect/FFxCS04THFIBV0APFIJDUEdYDwBKXw==>

Cierpka, M. (2013). *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* Berlin: Springer.

Cinar, M., Otrema, K., Stürzer, M. & Bruhns K. (2013). *Kinder-Migrationsreport. Ein Daten- und Forschungsüberblick zu Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern mit Migrationshintergrund*. DJI. München

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dji.de%2Fbibs%2FKinder-Migrationsreport.pdf&ei=TWMHUvPAI4mWhQf_r4CICQ&usg=AFQjCNHODXg9HNs2_iGBnuN5c1S1YaLk1Q&sig2=SiCGXU3e2Nft5H6cuAVLog&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Drogen und Suchtbericht 2013

http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publicationen/BMG_Drogen-und_Suchtbericht_2013_WEB_Gesamt.pdf

Fingerle, M. & Grumm, M. (2012). *Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Programme auf dem Prüfstand* München: Reinhardt.

Fröhlich-Gildhoff, K., Necker, J. & Fischer, S. (2012). *Prävention und Resilienzförderung in Grundschulen - PRiGS: Ein Förderprogramm*. München: Reinhardt.

Haas, S. M., Breyer, E., Knaller, C. & Weigle M. (2013). *Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung*. Band Nr. 10 aus der Reihe WISSEN (Teil 1 Handbuch) Beauftragt vom Fonds Gesundes Österreich

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fgoe.org%2Fder-fonds%2Finfos%2Fevidenz-in-der-gesundheitsforderung-handbuch-und-kurzanleitung-erschieden%2F2013-06-04.5310653856%2Fdownload&ei=bGEHUqmYJYi7hAfu54CgBw&usg=AFQjCNEKrMo4Vk-u5sIF2xkb7xoJBno-3Q&sig2=Ru6ZKKsZ9GE0J7IwAkCaoQ&bvm=bv.50500085.d.ZWU>

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.mds-ev.de%2Fmedia%2Fpdf%2FMDS_Praeventionsbericht_2012.pdf&ei=jFUHUtKWClmO6bVgbgK&usg=AFQjCNGzsl3hABOKJZ5mwKrd4sTagzFzCw&sig2=b7SFEKK0q05D1yOJ_BfqBA

International Standards on Drug Use Prevention (2013)

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unodc.org%2Funodc%2Fen%2Fprevention%2Fprevention-standards.html&ei=J2YHUr--FoS2hAe41oHwCQ&usg=AFQjCNGw5QfrbNUth-zL2OTq-wCHm00QqA&sig2=F3zk9n9or2ic2m3kurkUyw&bvm=bv.50500085.d.ZG4>

Journal Gesundheitsförderung für Akteurinnen und Akteure aus Politik, Wissenschaft Leseprobe Settingansatz in der Prävention

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.deutsche-gesellschaft-public-health.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2F_temp_%2FJournal leseprobe internet.pdf&ei=knIHUo68EMOnhAeRkYGYBw&usg=AFQjCNH-kZ6F9oWJ3MOUxZH36IIPy2IsCg&sig2=9H1_9PmAPn4K96NPgCnNg&bvm=bv.50500085.d.ZG4

Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS) (2013). *Planspiele in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen.*

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CD0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.praeventionstag.de%2Fnano.cms%2Fnews%2Fdetails%2F837&ei=p2UHUpjeD421hAer_YEo&usg=AFQjCNGy4d6U4TKyshgmPYGibUIQ3r6tYQ&sig2=6eQj8YUGPu1ZcG1SIncqUA&bvm=bv.50500085.d.ZG4

Leseprobe zum Thema Setting Ansatz in der Prävention

E-mail: info@conrad-verlag.de

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.deutsche-gesellschaft-public-health.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2F_temp_%2FJournal leseprobe internet.pdf&ei=bmIHUqTDCcethQflvIGgCg&usg=AFQjCNH-kZ6F9oWJ3MOUxZH36IIPy2IsCg&sig2=UmSgbemErfKuW_IO5szhMQ&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012 Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.* BAUA: Dortmund/Berlin

http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?_blob=publicationFile&v=4

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). *Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2011*

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mds-ev.de%2Fmedia%2Fpdf%2FPraeventionsbericht_2011_final_ungschuetzt.pdf&ei=rXQHUubcHIexhAfpk4CoCA&usg=AFQjCNHPAyVlxI-IScB9hrRTMv5TnueEcQ&sig2=mTY0hZQZRlXXFSREItQxkA&bvm=bv.50500085.d.ZG4

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2013)

Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen - Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fruehehilfen.de%2Fno_cache%2Fserviceangebote-des-nzfh%2Fmaterialien%2Fpublikationen%2Feinzelansicht-publikationen%2Ftitel%2Finterdisziplinaere-fruehfoerderung-und-fruehe-hilfen-wege-zu-einer-intensiveren-kooperation-und-ve%2F&ei=TIwHUS6yLsfWPdy-gaAM&usg=AFQjCNE-Tejg56nf81Biw0aBZhLce6_Q4w&sig2=vHpdw4hBpdgz6ZWjsst5xw&bvm=bv.50500085.d.ZWU

Newton, J. (2013). *Preventing mental ill-health: Informing public health planning and mental health practice*. ix, 269 pp. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; US.

Projekte- und Finanzierungshandbuch „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ Stand der Dinge 2011

Projekt „Prävention und Gesundheitsförderung in der Gemeindepsychiatrie – Aufbau von Netzwerken der Jugendhilfe, der ambulanten Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychotherapie“

http://www.psychiatrie.de/fileadmin/redakteure/dachverband/dateien/Finanzierungshandbuch_Kinderprojekte_2011-11-07.pdf

RKI (2012). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme,

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/evaluation_praevention.pdf;jsessionid=3B83997662DA02A1491F9682FD47B056.2_cid241?__blob=publicationFile

Rossi, A. M., Perrewe, P. L. & Meurs, J. A. (2012). Coping and Prevention (Stress and Quality of Working Life

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/31/472/reading-list%3A-a-balanced-life/>

Schneider, C. (2012). *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz - Nebenwirkung Gesundheit*. Bern: Huber.

SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012)

http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf

Standing Committee for the Social Sciences (SCSS) (2013). The Future of Evidence-based Bullying and Violence Prevention in Childhood and Adolescence

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esf.org%2Ffileadmin%2FPublic_documents%2FPublications%2Fviolence_prevention_adol.pdf&ei=uWYHUipfJlqmhAePtYGoBQ&usg=AFQjCNHGRs0HnMuSXROqKff_S_lio2WrDQ&sig2=AnLJDC9hGjREKVG4vVj1AQ&bvm=bv.50500085,d.ZG4

Steffen, W. (2013). Gutachten für den 18. Deutschen Präventionstag 22. & 23. April 2013 in Bielefeld „Mehr Prävention – weniger Opfer“ Opferzuwendung in Gesellschaft, Wissenschaft, Strafrechtspflege und Prävention: Stand, Probleme, Perspektiven

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.praeventionstag.de%2Fhtml%2FGetDokumentation.cms%3FXID%3D1469&ei=014HUv3hOIJdHful4G4Ag&usg=AFQjCNEYqi2Q0PukzqYN1xTg7zcl8kpBpQ&sig2=591fvMwMt6Rjtf3YTmd5zg&bvm=bv.50500085,d.ZWU>

Strobel, H. (2013). *Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten. Teil 1: Überblick über den Stand der Wissenschaft und Empfehlungen für einen guten Umgang in der Praxis*. IGA Report 23.

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.iga-info.de%2Fveroeffentlichungen%2Figa-reporte%2Figa-report-23.html&ei=82EHUrmUBsOphAf6pYGGc&usg=AFQjCNH0T0mwNVxM1ULw0aMkLnqwwmflA&sig2=znXr78idSU8gTAWca77BrQ&bvm=bv.50500085,d.ZWU>

UNODC (2013). World Drug Report 2013

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&sqi=2&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unodc.org%2Funodc%2Fsecured%2Fwdr%2Fwdr2013%2FWorld_Drug_Report_2013.pdf&ei=UGgHUvfRItGLhQfz04F4&usg=AFQjCNELm8nunl17a-XGrNCmJYgVDP4dZQ&sig2=vJ_Dyk1Zkp61Zsq_eUmflg&bvm=bv.50500085,d.ZG4

WHO (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence.* ISBN 978 92 4 156462 5 (NLM classification: HV 6625)

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F85239%2F1%2F9789241564625_eng.pdf&ei=p18HUqiMAcTJhAf9YHgDA&usg=AFQjCNFLYML2af8qUGBFm2IE45kPSPp3Q&sig2=ykg_7gcR1GE1ljO9luiDhO&bvm=bv.50500085,d.ZWU&cad=rja

WHO (2013). *Measurement of and target setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe*

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0009%2F181449%2Fe96732.pdf&ei=FmcHUrfWPIbAhAfYsIGODg&usg=AFQjCNFSPjecgm2PLpgPAwETnm5_tOHCNO&sig2=bybsgAPnzs2jeXzC1IowsA&bvm=bv.50500085,d.ZG4

WHO (2013). SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY A66/10 Rev.1 *Provisional agenda item 13.3 16 May 2013, Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020. Report by the Secretariat*

http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fentity%2Fmental_health%2Fweb_consultation_02_2013%2Fen%2Findex.html&ei=QmAHUr_RI4WThQfMg4AI&usg=AFQjCNHq3WBnGVhbB0TU9CiQBRicX13d5A&sig2=O-zh0I9KeMtrSL8hJ5UVfQ&bvm=bv.50500085,d.ZWU

Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH

Bilz, Ludwig

Bilz, Ludwig; Ottova, Veronika; Ravens-Sieberer, Ulrike. (2013). Psychische Auffaelligkeiten bei Schuelerinnen und Schuelern: Prävention und Früherkennung. In: Kolip, Petra, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens-Sieberer, Ulrike. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey "Health Behaviour in School-aged Children"*. Weinheim: Beltz Juventa. S. 168-189

Ottova, Veronika; Hillebrandt, Dirk; **Bilz, Ludwig;** Ravens-Sieberer, Ulrike. (2013). Psychische Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen aus geschlechtsspezifischer Sicht. In: Kolip, Petra, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens-Sieberer, Ulrike. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey "Health Behaviour in School-aged Children"*. Weinheim: Beltz Juventa. S. 38-57

Ritter, Matthias; **Bilz, Ludwig;** Melzer, Wolfgang. (2013). Wohlbefinden von Schuelerinnen und Schuelern im Schulkontext. Die Bedeutung der Schulzufriedenheit fuer die Gesundheit von Heranwachsenden. In: Kolip, Petra, Klocke, Andreas, Melzer, Wolfgang, Ravens-Sieberer, Ulrike. *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey "Health Behaviour in School-aged Children"*. Weinheim: Beltz Juventa. S. 190-208

Bilz, L. (2013). Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen: Selbstkognitionen als Vermittlungsvariablen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 2013, 60, 1-13

Christiansen, Hanna

Christiansen, Hanna; Röhrle, Bernd. (2013). Prävention chronischer körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Pinguart, Martin. *Wenn Kinder und Jugendliche koerperlich chro-*

nisch krank sind. *Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Berlin: Springer. S. 135-149

Röhrle, Bernd [Ed.]; **Christiansen, Hanna** [Ed.]. (2013). *Prävention und Gesundheitsförderung Band V. Hilfen fuer Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen*. DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. 432 S. Series: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung

Hahlweg, Kurt

Schindler, Ludwig; **Hahlweg, Kurt**; Revenstorf, Dirk. (2013). *Partnerschaftsprobleme?. So gelingt Ihre Beziehung. Handbuch fuer Paare*. Berlin: Springer, 4., ueberarb. Aufl. 148 S.

Hanewinkel, Reiner

Morgenstern, Matthis; Poelen, Evelien A. P.; Scholte, Ron; Karlsdottir, Solveig; Jonsson, Stefan Hrafn; Mathis, Federica; Faggiano, Fabrizio; Florek, Ewa; Sweeting, Helen; Hunt, Kate; Sargent, James D.; **Hanewinkel, Reiner**. (2013). Smoking in movies and adolescent smoking initiation longitudinal study in six European countries *American Journal of Preventive Medicine*. 44(4), 339-344.

Morgenstern, Matthis; Isensee, Barbara; **Hanewinkel, Reiner**. (2013). Seeing and liking cigarette advertisements: Is there a 'mere exposure' effect?. *European Addiction Research*. 19(1), 42-46.

Kaluza, Gert

Kaluza, Gert. (2013). *Gelassen und sicher im Stress. Das Stresskompetenz-Buch. Stress erkennen, verstehen, bewältigen*. Berlin: Springer, 4., ueberarb. Aufl. 192 S.

Keupp, Heiner

Keupp, Heiner (2013). *Heraus aus der Ohnmachtsfalle. Psychologische Einmischungen*. Tübingen: dgvt-Verlag (ISBN 978-3-87159-277-5)

Petermann, Franz

Petermann, Franz [Ed.]. (2013) . *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe, 7., ueberarb. u. erw. Aufl.

Röhrle, Bernd

Röhrle, Bernd [Ed.]; Christiansen, Hanna [Ed.]. (2013). *Prävention und Gesundheitsförderung Band V. Hilfen fuer Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen*. DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. 432 S. Series: Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung

Christiansen, Hanna; **Röhrle, Bernd**. (2013). Prävention chronischer körperlicher Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: Piquart, Martin. *Wenn Kinder und Jugendliche koerperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Berlin: Springer. S. 135-149

Sanders, R.

Die neueste Ausgabe von Beratung Aktuell ist ab sofort zum kostenlosen Download bereitgestellt.

[http://www.active-books.de/beratung-aktuell.html?&no_cache=1&tx_kjebook_pi1\[ebook\]=463&cHash=d730c59e72](http://www.active-books.de/beratung-aktuell.html?&no_cache=1&tx_kjebook_pi1[ebook]=463&cHash=d730c59e72)

Tagungsberichte, -termine- Tagungsankündigungen

Übersicht zu **Präventionskongressen** allgemein: http://phpartners.org/conf_mtgs.html

Tagungsberichte

Präventionskongress 2012: Gesund und aktiv älter werden – Strategien für Deutschland und Europa

Der 5. gemeinsame Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V

http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/kongress2012/bvpg_kongressbericht_2012.pdf

Bericht: Ferienuniversität Kritische Psychologie – Reflexionen gegen die Entfremdung von Theorie und Praxis

von Christian Küpper, Grete Erckmann, Felicitas Karimi, Leonie Knebel

Vom **11.-15. September 2012** fand die 8. Ferienuniversität Kritische Psychologie „Subjektivität in der Krise?“ an der Freien Universität Berlin (FU) statt. Über 90 Veranstaltungen gruppierten sich um die drei Themenblöcke „Kritische Praxis“, „Kritische Wissenschaft“ und „Gesellschaftskritik: Arbeiten und Leben im Neoliberalismus“, die ergänzt wurden von thematisch vielfältigen Einführungsworkshops in die Kritische Psychologie. Organisiert wurde die Ferienuniversität von einem autonomen Arbeitskreis bestehend aus Studierenden, WissenschaftlerInnen sowie PraktikerInnen der Psychologie und angrenzender Wissenschaftsbereiche. Die über 750 Teilnehmenden der Ferienuniversität sind Ausdruck einer kollektiven Suche nach einer kritischen, sozialverantwortlichen und gesellschaftstheoretisch informierten Perspektive auf psychologische Problemfelder. Da die Überwindung aller Verhältnisse „in denen der Mensch ein erniedrigtes, ein geknechtetes, ein verlassenes, ein verächtliches Wesen ist“ (Marx) noch immer nicht gelungen ist, steht, so die OrganisatorInnen, die Weiterentwicklung einer emanzipatorisch intendierten und praktisch eingreifenden Psychologie auf der Agenda. In Anbetracht des allgemeinen Trends der Verdrängung kritischer Ansätze aus psychologischer Wissenschaft und Praxis war es daher erklärtes Ziel, eine kritische Gegenuniversität zu schaffen. Die Veranstaltungen des Themenblockes „Kritische Praxis“, auf die sich die anschließende Darstellung konzentriert, stellten im Besonderen ein Bemühen dar, einer unreflektierten Klinischen Psychologie in Wissenschaft und Praxis etwas entgegenzustellen.

Wesentlicher theoretischer Bezugspunkt war dabei die Kritische Psychologie, wie sie seit den 1970ern vorrangig an der FU Berlin in einer Arbeitsgruppe um Klaus Holzkamp entwickelt und diskutiert wurde. Diese versteht sich als marxistische Subjektwissenschaft und hält an der Möglichkeit fest, dass das unabgegoldene Projekt menschlicher Emanzipation Wirklichkeit wird. Dafür stellt sie ein begriffliches und methodologisches Instrumentarium zur Verfügung, welches die Besonderheit der menschlichen Trinität als ein aus Natur entsprungenes, gesellschaftlich und individuell sich entwickelndes Lebewesen adäquat erfassen will. Sie hat die Marxsche Erkenntnis, wonach die Menschen nicht nur Produkte ihrer gesellschaftlichen Lebensverhältnisse sind, sondern als ProduzentInnen derselben in einem sinnlich-tätigem Verhältnis zur Welt stehen, gewissermaßen psychologisch ausbuchstabiert. Als Theorie menschlicher Lebenspraxis stellt sie sich in den Dienst der sozialen Selbstverständigungsversuche der Einzelnen über ihre Eingebundenheit in leidvolle Lebensbedingungen unter anderem entlang der Achsen race, class, gender und disability. Angestrebt

wird die Realisierung vormals unterbundener oder nicht sichtbarer Handlungs- und Erfahrungsmöglichkeiten, somit die Befähigung zum praktischen Eingriff in solidarischer Absicht. Originärer Gegenstand interdisziplinär ausgerichteter psychologischer (Praxis-)Forschung ist demnach „die Welt, wie das Subjekt sie - empfindend, denkend, handelnd - erfährt“ (Markard). Dergestalt bewegt sie sich in großer Nähe zu einer kritischen Gemeindepsychologie und Gesundheitsforschung.

Wichtige Fragen, denen im Themenblock „Kritische Praxis“ nachgegangen werden sollte, waren die nach der Beziehung zwischen psychischem Leiden, dessen Ausdrucksformen und den jeweiligen Lebensverhältnissen der Einzelnen sowie nach emanzipatorischen Handlungsperspektiven für Hilfesuchende und professionell Handelnde. Die bekannte, jedoch relativ allgemein gehaltene These des Leidens an den gesellschaftlichen Verhältnissen, konkretisiert sich unter anderem in der gesellschaftlich breit geführten Diskussion um den Leidenskomplex Depression. Die Frage nach der gesellschaftlichen Bedeutung der Depression war daher auch Gegenstand mehrerer Veranstaltungen. Unter Bezugnahme auf Alain Ehrenbergs „Das erschöpfte Selbst“ vertrat Christina Kaindl die Position, Depression als „Krankheit unserer Zeit“ zu dechiffrieren. Die Einzelnen sehen sich im neoliberal organisierten Kapitalismus und damit einhergehender Umstrukturierung gesellschaftlicher Lebens- und Arbeitsweisen zunehmend mit Imperativen der Selbstverwirklichung und des Selbstmanagements konfrontiert. Die bis in intimste Lebensbereiche reichende Struktur der permanenten Arbeit an sich Selbst führt zur Überforderung, zur massiven Erschöpfung und zeigt sich klinisch in Leidenskomplexen der Depression und des Burn-out. Charlotte Jurk hingegen wies daraufhin, dass in der Rede über die Volkskrankheit Depression, gesellschaftliche Zusammenhänge all zu schnell aus dem Blick geraten. Mittels der Diagnose Depression wird das Leiden an den gesellschaftlich-sozialen Zumutungen in individuelles Versagen umgedeutet. Die Schwammigkeit des Depressionsbegriffs ermöglicht dabei die diskursive Anschlussfähigkeit pathologisierender Zugriffe auf die Psyche. Zu nennen wären die Herstellung von Behandlungsbedürftigkeit und die zunehmende Medikalisierung. In eine ähnliche Richtung argumentierte Jonas Westphal. Er untersuchte die Wirkmächtigkeit der Serotoninhypothese und der ihr zugrunde liegenden neurochemischen Sichtweise des Menschen. Obwohl keine neurochemischen Ursachen für Depression belegt, hält sich doch hartnäckig die Vorstellung, Depression wäre auch die Folge eines, wenn auch mittlerweile komplexer angenommenen Neurotransmitterungleichgewichts. Da eine einheitliche Theorie der Depression und ihrer Entstehungsverhältnisse noch immer nicht vorliegt, lotete Thomas Goetzel die Fruchtbarkeit einer historisch-wissenschaftstheoretischen Perspektive aus. Diese soll ermöglichen, die theoretischen Grundlagen sowie darin eingegangene Vorannahmen und Begrenzungen gegenwärtig hegemonialer Konzeptionen wie die des biopsychosozialen Modells und die der psychischen Störungen herauszuheben.

Wie sich in der Auseinandersetzung um den Komplex Depression bereits zeigt, richtete sich in vielen Veranstaltungen der Fokus auf die Kritik an der Psychologisierung, Pathologisierung und Personalisierung gesellschaftlicher Missstände. Aus kritisch-psychologischer Perspektive gilt es, diese Verkürzungen zu benennen und die gesellschaftlichen Bezüge im Leiden der Einzelnen kenntlich zu machen. Auf damit zusammenhängende Schwierigkeiten machte Ariane Brennsell aufmerksam. Es mangelt an einer Sprache jenseits des klinischen Vokabulars, in der sich subjektive Erfahrungen (alltäglichen) psychischen Leidens ausdrücken lassen. Eine solche Sprache vom Subjektstandpunkt steht vor der Herausforderung, die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse und darin liegende Momente struktureller Gewalt auf die subjektive Erfahrung (des Leidens) und umgekehrt beziehen zu können. Ein plastisches Beispiel erwähnter Verkürzungen lieferte Rosemarie Straub mit einer sprachanalytischen Betrachtung diagnostischer Verfahren für AD(H)S und Hochbegabung bei Kindern und Jugendlichen. Die Sprachregelung der ExpertInnen gibt sich unanfechtbar und affiziert die Welt- und Selbstsicht der Betroffenen. In der gesellschaftlichen Rede über den Wahnsinn manifestiert sich selbige Konstellation. Sarah Dittel und Christian Küpper arbeiteten heraus, wie die vorgefundenen Begriffe Schizophrenie, Psychose, Wahn und psychische Krankheit/Störung die Frage nach der Besonderheit ver-rückter Lebenserfahrungen verstellen und gesellschaftlichen Ausschluss legitimieren können. Ein subjektwissenschaftlicher Zugang zu Ver-rücktheit verfolgt dem entgegen das Ziel der Wiederaneignung subjektiver Erfahrung. Zugleich sollen damit diskursive Verquickun-

gen von Geschlecht und Wahnsinn sichtbar werden. Vanessa Lux unterzog die Rolle der Genetik für die Erklärung psychischen Leidens einer kritischen Prüfung. Diese Variante biologistisch-deterministischen Denkens hat sich in den letzten Jahren unter dem Eindruck neuerer Überlegungen wie die der Epigenetik und der auf Veränderbarkeit zielenden psychologischen Praxis gewandelt. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell erfüllt hierbei eine wichtige Vermittlungsfunktion. In diesem wird der genetischen Prädisposition jedoch weiterhin ein prominenter Platz eingeräumt, obwohl noch immer keine empirischen Belege vorliegen, die diesen Platz rechtfertigen würden. Die Gesellschaftlichkeit menschlicher Existenz und des psychischen Leidens verschwindet andererseits hinter der Vokabel Stress.

Ein großes Veranstaltungsensemble konzentrierte sich auf verschiedene Settings psychologischer Praxis. Kurt Bader und Heinz Mölders stellten das niederländische Multiloog-Projekt vor, welches sich maßgeblich am subjektwissenschaftlichen Ansatz der „sozialen Selbstverständigung im Rahmen alltäglicher Lebensführung“ (Holzkamp) orientiert. Dieses niedrigschwellige Angebot hat zum Zweck, einen vertrauensvollen Rahmen für die Verständigung über (problematische) Alltagskonstellationen bereitzustellen, um subjektive Erfahrungen verbalisierbar und verborgenes Wissen ggfs. bewusst machen zu können. Das Projekt Selbstverständigung über Drogengebrauch (ProSD) existiert seit 2008 in Berlin und begreift sich explizit als kritisch-psychologisch arbeitende Praxisforschungs- und Selbsthilfegruppe. Wie Nicole Bromann, Felicitas Karimi und Christoph Vandreier ausführten, basiert ihre Arbeit auf der Grundannahme, Drogenkonsum als subjektiv begründete Handlung zu begreifen. Damit steht diese quer zu der hegemonialen Vorstellung, wonach Konsumierende als bedingte Objekte einer subjektivierten Substanz gesehen werden und so Abstinenzorientierung als Maßstab gilt. Gemeinsam mit den Teilnehmenden des Projekts wird in einem partizipativen Setting versucht, subjektive Begründungsstrukturen zu erforschen, die dem als problematisch erfahrenen Drogengebrauch zu Grunde liegen.

Das Verhältnis der Kritischen Psychologie zur Psychotherapie gestaltet sich nicht eindeutig. Jochen Kalpein und Michael Zander zeichneten in ihrem Beitrag die seit den 70iger Jahren geführten Debatten nach. Wurde anfänglich versucht, einen eigenständigen psychotherapeutischen Ansatz zu entwickeln, fokussierten spätere Überlegungen stärker auf die Kritik an der Therapeutisierung gesellschaftlicher Widersprüche. Die Frage nach einer kritisch-psychologischen Konzeption der als klinisch imponierenden Phänomene begleitete die Auseinandersetzungen. Auf Grundlage des kritisch-psychologischen Konfliktmodells kreisten Diskussionen dabei wiederholt um die Rolle biographischer Erfahrungen und aktueller Lebenssituationen bei der Genese, Dynamik und Überwindung psychischer Problemlagen, wie auch um die Möglichkeit einer nicht psychologisierenden und nicht entpolitizierenden Erfassung des Zusammenhangs zwischen individuellen psychischem Leiden und gesellschaftlichen Bedingungen. Vorgestellt wurde zudem ein Forschungsprojekt von Ole Dreier, welches den therapeutischen Prozess als soziale Praxis begreift, eingebettet in der alltäglichen Lebensführung und somit nur unter Bezug auf diese verstehbar. Gegenwärtiges Ziel in den Auseinandersetzungen ist es nicht, wie sich in verschiedenen Veranstaltungen zeigte, den bekannten Therapieschulen noch eine weitere hinzuzufügen. Bestehende therapeutische Angebote werden vielmehr dahingehend diskutiert, inwieweit diese die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse der Hilfesuchenden in den Therapieprozess mit einbeziehen und die Spezifik des therapeutischen Settings inkl. der arbeitsrechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen reflektieren. Einbezug gesellschaftlicher Verhältnisse kann jedoch nicht heißen, dass TherapeutInnen die eigene politische Analyse den Hilfesuchenden abstrakt von außen überstülpen. Der geäußerte Indoktrinationsvorwurf im Zusammenhang offen gelegter politischer Perspektiven wurde dahingehend verhandelt, dass dieser, so lange der kritisch-psychologische Anspruch nicht unterlaufen wird, die Welt- und Selbstsichten der Einzelnen als je ihre Welt- und Selbstsichten ernst zunehmen und sich auf dieser Basis im therapeutischen Prozess über die individuellen Problemlagen zu verständigen, sein Ziel verfehlt. Wie Günter Rexilius betonte, geht es dabei immer auch um ein Wissen um die Grenzen emanzipatorischer psychotherapeutischer Arbeit. Deutlich wird dies in dem Plädoyer von Fiona Kalkstein für die Notwendigkeit einer feministischen Betrachtung von Psychotherapie. Patriarchale Verhältnisse müssen auf gesellschaftspolitischer Ebene bekämpft werden. Zugleich werden diese aber Inhalt des therapeutischen Prozesses, wenn das Leiden Betroffener an verschiedensten Formen patriarchaler

Macht- und Ausschlussverhältnisse Gegenstand desselben. Das umrissene Spannungsfeld bewegt sich zwischen den widersprüchlichen Polen therapeutische Unterstützung ohne Beseitigung der Bedingungen individueller Leidenszustände einerseits und gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse andererseits. Das Verhältnis von Verhaltenstherapie und Gesellschaftskritik diskutierten Christine Daiminger, Leonie Knebel, Bernd Röhrle und Silvia Schriefers. Zwar muss sich die Verhaltenstherapie qua ihrer Fundierung im behavioristischen Paradigma mit dem Vorwurf auseinandersetzen, als Sozialtechnik der Anpassung im Dienste etwaiger Herrschaftsverhältnisse zu stehen, doch wird aus gemeindepsychologischer Perspektive die Orientierung auf die gegenwärtige Lebenswelt und deren Veränderbarkeit als progressives Element verhaltenstherapeutischer Ansätze herausgehoben. Veränderbarkeit ist dann nicht als Anpassung der Einzelnen an fremdbestimmte Verhältnisse zu verstehen, sondern als Veränderung dieser Verhältnisse selber im Sinne eines emanzipatorisch intendierten Empowerments der Betroffenen. Aus Sicht der Kritischen Psychologie wird entgegen dieser gemeindepsychologischen Lesart geltend gemacht, dass es den Konzepten des Empowerment und der Lebensweltorientierung an einer fundierten Gesellschaftstheorie ermangelt. Ähnliches kritisiert Boris Friele in seiner Auseinandersetzung mit dem systemischen Paradigma, welches zunehmend Einzug in den psychosozialen und therapeutischen Berufsalltag hält. Der individualistische Blick auf die Einzelnen wird aufgegeben zu Gunsten eines Verständnisses der Eingebundenheit des Lebens und Handelns in systemischen Zusammenhängen. Jedoch, so der Vorwurf, verharret das systemische Denken größtenteils in unmittelbaren sozialen Kontexten und sieht ab von gesellschaftlichen Vermittlungszusammenhängen, die diese Kontexte grundlegend strukturieren.



Eine besondere Konstellation von subjektiver Erfahrung und professioneller Unterstützung ergibt sich in dem Themenfeld Flucht und Trauma. Fartash Davani widmet sich der Subjektivität und Kreativität des Handelns von Frauen mit Fluchterfahrungen. Anhand des Umstandes, dass Geflüchtete in Deutschland auf Grund der politischen sowie rechtlichen Rahmenbedingungen in eine Parallelgesellschaft verwiesen werden, zeigt sich besonders deutlich, dass Betroffene von der deutschen Mehrheit nicht als handelnde Subjekte wahrgenommen werden und ihr psychisches Leiden verleugnet wird. Flucht ist als eine subjektive Entscheidung zu verstehen, der aktuell erlebten Krisensituation mit dem Ziel ihrer Bewältigung und der Wiederherstellung gesicherter, normaler Lebensvollzüge zu entkommen. Klaus Ottomeyer betont, dass psychologische Arbeit im Kontext von Flucht, Verfolgung und Traumatisierung vor einer doppelten Aufgabe steht. Einerseits gilt es, den KlientInnen einen sicheren Ort, eine unmittelbare heilsame Begegnung zu bieten, andererseits sind die diskriminierenden Lebensbedingungen zu skandalisieren. Es ist Aufgabe der Professionellen, beide Aufgaben auszubalancieren und in geeigneter Weise aufeinander zu beziehen. David Becker berichtete von den Herausforderungen psychosozialer Arbeit im Gazastreifen und in der West Bank und machte darauf aufmerksam, dass die rein klinische Diagnosekategorie „Posttraumatische Belastungsstörung“ nicht hinreicht, anhaltend traumatisierende Prozesse zu erfassen. Es handelt sich vielmehr um eine sequentielle Traumatisierung, die zum einen im Zusammenhang mit der chronischen Angst gesehen werden muss, die Teil des alltäglichen Lebens der dort lebenden Menschen ist und zur Schlüsselkategorie der menschlichen Interaktion wird, und zum anderen mit der Trauer über den Verlust von Personen vor dem Hintergrund eines permanenten Konfliktes zwischen Phasen akuter Gewalt und Phasen des Wartens. Weiterhin wurde der Frage nachgegangen, ob und in welcher Form es sinnvolle Traumaarbeit inmitten eines Konfliktes geben kann.

Die Frage, welche Funktionen psychosoziale Berufspraxis im neoliberalen Gesundheits- und Sozialsystem hat, diskutierten Grete Erckmann und Jana Krystilik am Beispiel der Sozialen Arbeit. Soziale Arbeit als eine Antwort auf die soziale Frage im Kapitalismus hat grundsätzlich ein doppeltes Mandat zu erfüllen. Zum einen ist sie Ordnungsmacht. Sie hilft Gesetze und gesellschaftliche Normvorstellungen durchzusetzen. Zum anderen versucht sie, Partei zu ergreifen für die Exkludierten und organisiert Unterstützung bei der Verwirklichung ihrer Lebensansprüche. Soziale Arbeit kann daher nicht unpolitisch sein. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung, der Personalisierung von Notlagen und der Etablierung der Leitidee des „aktivierenden Sozialstaates“ in den vergangenen Jahren ist dieser Grundwiderspruch sozialer Arbeit neu zu bewerten. Es wurde erörtert, wie diese sozialstaatlichen Veränderungen die konkrete Arbeit der SozialarbeiterInnen behindern und was es bedeutet, dass Konzepte wie Empowerment und Partizipation ihrer politischen Dimension beraubt wurden.

In einer offenen Abschlussrunde wurde beschlossen, 2013 eine Theorie-Praxis-Konferenz auszurichten, um einen kontinuierlichen Austausch über problematische Aspekte der eigenen Arbeit zu organisieren, kritisch-psychologische Konzeptionen für therapeutische und beraterische Tätigkeiten weiterzuentwickeln sowie theoretischen Diskussionen und praktische Entwicklungen rückzubinden. Kontakt und Material zum nachlesen und nachhören einiger Veranstaltung gibt es unter: <http://2012.ferienuni.de>

Eberhard Göpel

19.04.2013

Bericht zu einem Planungstreffen der IUHPE Working Group on Competencies and Workforce Development in Health Promotion für ein gemeinsames Registrierungs- und Akkreditierungssystem für PraktikerInnen und Studienprogramme der Gesundheitsförderung in Europa am 18./19.4.2013 in Paris

Die IUHPE (www.iuhpe.org) als globale Fachgesellschaft für Gesundheitsförderung hat seit mehreren Jahren die Initiative ergriffen, den Professionalisierungs-Prozess von PraktikerInnen der Gesundheitsförderung durch internationale Konsensbildungsprozesse zu professionellen und akademischen Standards zu befördern. Genutzt wurden dafür wissenschaftliche Zeitschriften wie „Health Promotion International“, internationale Tagungen auf europäischer und globaler Ebene sowie die Beteiligung an europäischen Entwicklungsprojekten im Bereich der Forschung und Praxisentwicklung.

Von 2009- 2012 wurde auf dieser Grundlage von der EU- Kommission die Entwicklung eines professionellen Kompetenzrahmens für PraktikerInnen der Gesundheitsförderung in Europa und die Erarbeitung eines Systems der beruflichen Registrierung und der Akkreditierung von Studienprogrammen entwickelt.

Dieses Projekt war mit umfangreichen Literatur-Auswertungen, Recherchen zum Entwicklungsstand der Professionalisierung der Gesundheitsförderung in verschiedenen europäischen Ländern sowie mit Befragungen von Praxisorganisationen verbunden.

Die Ergebnisse dieses Projektes sind in Form von detaillierten Projektberichten, einem Handbuch zu professionellen und akademischen Kern-Kompetenzen für Praktiker der Gesundheitsförderung und einem Durchführungsplan zur Etablierung eines europäischen beruflichen Registrierungs und Akkreditierungssystems auf der Webseite <http://www.iuhpe.org/index.html?page=659&lang=en> veröffentlicht worden.

Für das Jahr 2013 wurde von der EU-Kommission eine Pilotphase zur Implementierung des Akkreditierungssystems bewilligt, die vorsieht, dass zunächst in einem Land exemplarisch mit einer nationalen Akkreditierungs-Organisation die berufliche Registrierung von 20 PraktikerInnen und die Akkreditierung von zwei Studien-Programmen auf der Grundlage des „CompHP“ Handbuchs erprobt wird.

Im Rahmen der zweitägigen Sitzung der IUHPE European Working Group on Competencies and Workforce Development wurde nun die weiterführende Planung für die Jahre 2014-2017 vorgestellt

und diskutiert. In dem detaillierten Durchführungsplan, der auch die Grundlage für weiterführende Förderanträge bei der EU-Kommission bildet, sind folgende Zielsetzungen formuliert:

1. Angestrebt wird, in den kommenden Jahren in Europa im Kontext der europäischen Planungen zu „Health Workforce Development“ die Tätigkeit von „Health Promotion Practitioner“ auf eine gemeinsame Qualifizierungs- und Kompetenzgrundlage zu stellen. Die Formulierung von Kern-Kompetenzen im „CompH – Handbuch“ bildet dafür die Grundlage. Die zu registrierende Berufsbeschreibung ist „European Health Promotion Practitioner (EuHPP)“. Die internationale fachliche Registrierungsorganisation ist die IUHPE mit Sitz in Paris, die in den kommenden Jahren diese Berufsbeschreibung auch mit anderen Welt-Regionen abstimmen wird. Entsprechende Interessensbekundungen gibt es bereits aus Nord- und Südamerika, Australien und Asien. Die europäische Entwicklung wird dabei als Pilot und Vorbild gesehen.
2. Vorgesehen ist eine zunehmende Dezentralisierung der beruflichen Registrierung und der Akkreditierung von Studienprogrammen. In einzelnen Ländern oder Regionen soll dafür der Aufbau von „National Accreditation Organisations (NAO)“ im Rahmen eines systematischen „Capacity Building Process“ auf der Grundlage des Entwicklungsplanes 2014-2017 gefördert werden. Die Funktion von NAOs kann durch Berufsorganisationen der Gesundheitsförderung wahrgenommen werden oder im Rahmen eines Partnerschaftsprozesses durch einen entsprechenden Zusammenschluss verschiedener Fachorganisationen, die sich zur Übernahme der NAO-Funktionen in Abstimmung mit der IUHPE verpflichten.
3. Die berufliche Registrierung als European Health Promotion Practitioner ist kostenpflichtig und an einen entsprechenden Qualifikationsnachweis entweder durch den erfolgreichen Abschluss eines akkreditierten Studienprogrammes oder eines individuellen Nachweises einer äquivalenten Berufsausbildung und Berufstätigkeit gebunden. Sie ist mit einer beruflichen Fortbildungsverpflichtung im Umfang von 120 Stunden in fünf Jahren verbunden. Die Verlängerung ist von dem Nachweis entsprechender Fortbildung abhängig.
4. Ab August 2013 wird eine eigene Webseite der IUHPE über die Regularien der Registrierung und über geeignete Fortbildungsmöglichkeiten berichten. Diese Webseite wird zunehmend als eine globale Kommunikations-Plattform für Education and Training in Health Promotion ausgebaut und es sollen auf diesem Wege auch Online –Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten aufgebaut werden. Ergänzende Funktionen wie Diskussions- Foren und Tools für Forschung und Praxis sollen zunehmend eingebaut werden. Die Kommunikations-Sprache auf der Webseite wird zunächst Englisch sein, für die verschiedenen Sprachregionen sollen aber zunehmend bilinguale Versionen durch die NAO's erstellt werden.
5. Zu den strategischen Zielen der IUHPE gehört es, die Praxis der Gesundheitsförderung auf der Grundlage der Ottawa-Charta als eine zentrale berufliche Qualifikation im Kontext der anerkannten Gesundheitsberufe im globalen Massstab zu platzieren und damit eine „Gesundheits-Wende“ in der weltweiten Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Um dies zu erreichen, sind umfangreiche Aktivitäten zur Förderung entsprechender Abstimmungs- und Kooperationsprozesse in den einzelnen Ländern und Regionen notwendig. Nationalen Agenturen der Gesundheitsförderung, Hochschulen sowie Berufsvereinigungen und Organisationen, die die Ziele der Gesundheitsförderung aktiv unterstützen, kommt dabei eine tragende Bedeutung zu. Von dem jeweiligen Engagement im Rahmen entsprechender Kooperationsprozesse ist es abhängig, wie rasch die Integration der Gesundheitsförderungs-

SpezialistInnen in die Versorgungsstrukturen eines zu entwickelnden gesundheitsfördernden Gesundheitswesens und darüber hinaus auch in andere gesundheitsrelevante Politikbereiche (Bildung, Wirtschaft, Stadtentwicklung etc) gelingt. Das Programmbüro der IUHPE in Paris wird dabei einen transnationalen fachlichen Austausch über die Webseite hinaus aktiv unterstützen.

6. Für die deutschsprachigen Regionen haben Guido Nöcker von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) und Eberhard Göpel für den Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V. (www.hochges.de) an dem Beratungstreffen teilgenommen. Sie haben sich gemeinsam bereiterklärt, die Rahmenbedingungen für die Bildung einer NAO zur Umsetzung der skizzierten Planungen in Deutschland in den kommenden Monaten zu prüfen, mit dem Ziel, dass auch in Deutschland bereits im Jahr 2014 berufliche Registrierungen und auch Akkreditierungen von Studienprogrammen möglich werden kann.

Persönliche Bewertung:

Mit der Ausarbeitung des CompHP –Handbuches und des Aktionsplanes 2013- 2017 für die europaweite berufliche Registrierung von „European Health Promotion Practitioner (EuHPP)“ hat die IUHPE einen wichtigen Beitrag zur Verankerung der beruflichen Gesundheitsförderung im Spektrum der anerkannten Gesundheitsberufe in einem internationalen Kontext geleistet. Nachdem „Health Workforce Development“ in Europa bisher vor allem auf den Personalbedarf der Einrichtungen der stationären Krankenversorgung ausgerichtet war, entsteht mit dem „European Health Promotion Practitioner“ jetzt auch für den Bereich der lebensweltlichen Gesundheitsförderung ein international anerkanntes berufliches Qualifikations-Profil, das korrespondierende Prozesse des „Capacity Building“ sowohl im Bereich von Lehre und Forschung an den Hochschulen als auch beim Aufbau von geeigneten Infrastrukturen für die Praxis in den Städten und Gemeinden befördern kann. Der Aufbau einer nationalen Akkreditierungs-Organisation (NAO) im Kontext des internationalen Akkreditierungsverfahrens der IUHPE eröffnet die Chance, in einem Partnerschafts-Prozess mit unterstützenden Organisationen auch einen massgeblichen Beitrag zur fachlichen Konsolidierung der beruflichen Entwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu leisten.

Ich werde mich daher dafür einsetzen, dass ein entsprechender Partnerschaftsprozess als eine Hochschul-Initiative mit verschiedenen Berufsvereinigungen mit einem Qualifizierungs-Interessen im Bereich der Gesundheitsförderung für den Aufbau einer NAO auch in Abstimmung mit der BZgA, der BVPg, den Landesvereinigungen, dem Verlag Gesundheitsförderung mit dem „Journal Gesundheitsförderung“ und weiteren fachlich engagierten Zeitschriften und Organisationen in Deutschland initiiert wird und dass die Möglichkeiten geprüft werden, dies ggf. auch im Kontext des Netzwerkes Gesundheitsförderung D/A/CH zu einer transnationalen Initiative im deutschsprachigen Raum zu erweitern.

Für weitere Informationen zum „CompHP“-Projekt kann die Webseite der IUHPE (s.o.) konsultiert werden, auf der ab August 2013 auch eine eigene Webseite mit allen Informationen zu dem Registrierungs- und Akkreditierungsverfahren verlinkt sein wird.

Für Anfragen zur Beteiligung und zur Entwicklung in Deutschland kann zunächst meine Post- oder Email-Adresse beim Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ genutzt werden:

Prof. Dr. Eberhard Göpel
Kooperationsverbund Hochschulen für Gesundheit e.V.
c/o Alice Salomon Hochschule Berlin
Alice Salomon Platz 5

12627 Berlin
goepel@hochges.de
www.hochges.de

Vorträge vom Männergesundheitskongress der BZgA am 29. Januar 2013 in Berlin

<http://www.maennergesundheitsportal.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/?artikel2=494#anker2>

Männergesundheit in historischer Perspektive |

Prof. Dr. Martin Dinges, Institut für Geschichte der Medizin, Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart

Krankheiten und Gesundheitsverhalten von Männern |

Prof. Dr. Theodor Klotz, Klinikum Weiden in der Oberpfalz

Männergesundheit: Zugangswege zu Männern |

Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Männergesundheit in Deutschland - Ergebnisse des Männergesundheitsberichts des Robert-Koch-Instituts |

Anne Starker, Robert-Koch-Institut

Das fragwürdige Bewegungsverhalten der Männer - Hauptsache das Auto ist gesund! Prof.

Dr. Ingo Froböse, Deutsche Sporthochschule Köln

Tagungsankündigungen

Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2013

Mittwoch, 21. August 2013, Universität Zürich

„Mehr Wert durch Vielfalt: gesunde Teams und Führung“

http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Allgemeines/2013_nationale_tagung_BGF/index.php?lang=d

World Mental Health Congress of the World Federation for Mental Health will be held in Buenos Aires Argentina from 25-28 August 2013.

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.wmhc2013.aasm.org.ar%2Fen&ei=qGwHUveAH4myhAeUm4Eo&usg=AFQjCNGckjymggqE0rOjDwxyEb0Uymt-tQ&sig2=Dw0wftuk8ejhr6C7-3WusQ&bvm=bv.50500085,d.ZG4>

The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) and Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth) are pleased to invite you to the 21st IUHPE World Conference on Health Promotion, 25 – 29 August, Pattaya, Thailand.

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.iuhpeconference.net%2F&ei=3WwHUUpGGBcyChQfOuICYDA&usg=AFQjCNGsGypHhrFVIDAmwCEtjvdwiPTV2g&sig2=ZQ7wy4SVwio1nHO0WdQ1nQ&bvm=bv.50500085,d.ZG4>

Gesundheitspsychologie

vom **05.-07.09.2013** findet in Luxemburg der **11. Kongress für Gesundheitspsychologie** statt.

Anmeldung als Teilnehmer/Teilnehmerin über die Internetseite des Kongresses (www.kongress-gesundheitspsychologie-2013.eu/index.php?id=12)

41. HERBSTTAGUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR SUIZIDPRÄVENTION – HILFE IN LEBENSKRISEN E. V. (DGS)

06.09.2013 - 08.09.2013, Dresden

Die Tagung mit dem Titel „Suizidalität im Kontext psychischer Erkrankungen - Integration suizidpräventiver Maßnahmen in Klinik, Praxis und Gesellschaft“ wird von der AG Suizidforschung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Dresden in Kooperation der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses Dresden Neustadt Psychosozialen Krisendienst der Stadt Dresden veranstaltet.

Weitere Informationen: www.suizidprophylaxe.de

September 15-18, 2013

13th European Regional Conference of ISPCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and neglects) Dublin, Ireland

The conference theme is "Protecting Children in a Changing World" and the sub-themes are:

- Prevention of child abuse and neglect through early and sustained involvement
- Interventions and programmes for children and families experiencing adversity
- Addressing children's rights and participation
- Reforms in child protection and welfare policy
- Children in out of home care
- Building the evidence base
- Contemporary issues

<http://www.ispcan.org/event/Dublin2013>

International Symposium on Culture of Prevention – Future Approaches 25–27 September 2013 Helsinki Congress Paasitorni, Finland

<http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CDsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ttl.fi%2Fcultureofprevention2013&ei=UWwHUpPTHoK6hAeg5YD4CO&usg=AFQjCNFLMf6teCyeIVeuUrzDbyqMN2RagQ&sig2=6bnM94neXokmokwySqhsWQ&bvm=bv.50500085,d.ZG4>

19. Deutscher Präventionstag 2014 in Karlsruhe

Der 19. Deutsche Präventionstag ([DPT](#)) findet am 12. und 13. Mai 2014 in Karlsruhe statt. Gastgebende Veranstaltungspartner sind das Land Baden-Württemberg und die Stadt Karlsruhe. Das call-for-paper Verfahren und weitere Detailinformationen werden Mitte August 2013 veröffentlicht.

Aus dem Programm der Deutschen Psychologen AkADemie

http://www.psychologenakademie.de/wp-content/uploads/2011/08/DPA-Jahresprogramm_2013.pdf

Multimodales Stresskompetenztraining (mmsK) - Kursleiterschulung

Kompaktseminar im Kloster Benediktbeuern

Doz.: T. Welker,

Termin **25.-28.1.2013** Ort **Benediktbeuern**

Methoden der Motivation in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Doz.: Julia Scharnhorst, Dipl.-Psych.

Termin **07.10.2013-08.10.2013**

Ort **Berlin**

Curriculum Gesundheitsförderung und Prävention -
Schwerpunkt Betriebliches Gesundheitsmanagement

Doz.: Julia Scharnhorst, Dipl.-Psych.

Termin **24.05.2013-15.11.2013**

Ort **Berlin**

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Doz.: Julia Scharnhorst, Dipl.-Psych.

Termin **11.11.2013-15.11.2013**

Ort **Berlin**

Curriculum: Ggesundheitsförderung im Alter

Doz.: Gesamtleitung: Dr. Simon Forstmeier

Termin **16.09.2013-20.09.2013**

Ort **Berlin**

Modul e: Prävention affektiver Störungen

Doz.: Mag. Reinhard Drobetz

Termin **20.09.2013** Ort **Berlin**

Modul F: Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung

Doz.: Prof. Dr. Gert Kaluza,

Termin **05.09.2013-07.09.2013**

Marburg

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.

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 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 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/English)
-