

INHALT

Seite

Vorwort	1
Abstracts von den Mitgliedern	3
Nachrichten von den Mitgliedern	5
Informationen aus Politik und Organisationen	6
Bund, Länder und Kommunen	6
Krankenkassen	8
Hochschulen	16
Andere Verbände	21
Aus anderen Netzen	27
Wichtige Neuerscheinungen	30
Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH	32
Tagungsberichte und -ankündigungen	35
In eigener Sache: Erneuerung von Mitgliederdaten	40

Vorwort

Liebe Mitglieder des GNMH,

Die wichtigste Nachricht: Trotz aller Ankündigungen kommt das Präventionsgesetz erst in 2015.

Offensichtlich soll es eine breitere sozialversicherungsrechtliche Basis erhalten. (vgl. S.12)

Leider können wir diesen Rundbrief nicht wie üblich mit Originalberichten von den Mitgliedern eröffnen. Es sei für die Zukunft daran erinnert, dass einfache Entwürfe, Ideen usw. sehr willkommen sind. Ersatzweise wurden für diese Mal die Abstracts aus verschiedenen Artikeln von GNMH-Mitgliedern zusammengestellt (S. 2).

Die weiteren Inhalte werden durch Nachrichten aus Politik, Krankenkassen und Verbänden bestimmt:

- Nachrichten von Mitgliedern zu neuen Förderungen und Publikationen (S. 5)
- Krankenkassen organisieren Qualitätssicherung der Prävention (S. 8)
- Europäische Initiative zur Qualitätssicherung der Prävention (S. 9)
- Überlegungen zu neuen Hochschulstrukturen für die Gesundheitswissenschaften werden diskutiert (S. 16)
- Frühe Hilfen werden noch als unzureichend bezeichnet (S. 22)
- Kommission für Kinder psychisch kranker Eltern soll eingerichtet werden (S. 25)
- Es deutet sich eine Auseinandersetzung zur Medikalisierung der Prävention an (S. 25)
- Prävention als lebensweltorientiert (S. 26)
- Prävention als kommunale Initiative in Netzwerken (S. 28)
- Andere Netze berichten u.a. über die Bedeutung sozialer Ressourcen und ökonomische Zusammenhänge der Prävention (S. 28)
- Ganz am Ende finden Sie wieder die Hinweise, wie Sie sich auf der Website des GNMH verewigen können. Viele Mitglieder haben dies noch nicht getan und haben auch noch keine Aktualisierungen ihrer Daten vorgenommen

Neuerscheinungen auch der GNMH-Mitglieder finden sich auf den folgenden Seiten, sowie auch Hinweise auf Tagungsberichte und Tagungsankündigungen.

Die nächste Deadline für den Rundbrief wird wieder der 30. November 2014 sein. Bitte schicken Sie Ihre Nachrichten auch schon früher. Auch über eine Mitarbeit an diesem Rundbrief würden sich viele freuen.

Reutlingen, 24.6.2014

herzlichen Gruß

Bernd Röhrle

Abstracts von den Mitgliedern

Andreas Beelmann

Beelmann, Andreas; Pfost, Maximilian; Schmitt, Cordula. (2014) .Prevention and health promotion in children and adolescents: A meta-analysis of German-language effectiveness research. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(1), 1-14.

AB This article presents a meta-analytic review of the effectiveness of German-language prevention and health promotion programs for children and adolescents. A comprehensive literature retrieval delivered 146 research reports with 173 intervention-control comparisons matching the methodological and substantial eligibility criteria. These studies evaluated a broad range of different prevention fields and programs and were mostly directed toward universal samples. The mean post effect size was $d = 0.24$. Outcomes differed mainly according to outcome assessment. High effect sizes could be confirmed for proximal criteria such as knowledge-based variables or social-cognitive skills. Lower effect sizes were achieved for health-related outcomes, whereas behavioral outcomes (social skills, behavior problems) showed average effect sizes. Further effect moderators were the prevention strategy (lower effects for universal prevention measures) and the type of administrator (higher effects for program personal). There were clear deficits in follow-up evaluations. Nonetheless, the few long-term studies revealed that the effects of prevention and health promotion programs were at least stable. Notwithstanding a possible publication bias, findings give rise to a cautious optimism. (PsycINFO Database Record (c) 2014 APA, all rights reserved) (journal abstract)

Beelmann, Andreas; Heinemann, Kim Sarah. (2014). Preventing prejudice and improving intergroup attitudes: A meta-analysis of child and adolescent training programs. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(1), 10-24.

AB This article reports the results of a meta-analysis of 81 research reports containing 122 intervention-control comparisons of structured programs to reduce prejudice or promote positive intergroup attitudes in children and adolescents. Overall, the analysis revealed a mean effect size of $d = 0.30$, indicating low to moderate intervention effects. From the great variety of different approaches, interventions based on direct contact experiences along with social-cognitive training programs designed to promote empathy and perspective taking showed the strongest effect sizes. In addition, effects varied according to the program participant's social status (higher effects for majority groups), the target out-group (lower effect sizes for ethnic vs. disabled and aged out-groups), and the type of outcome assessment (higher effects for cognitive vs. affective and behavioral measures of intergroup attitudes). The discussion considers several limitations including the lack of implementation and follow-up research as well as future direction of research on promoting intergroup relations. (PsycINFO Database Record (c) 2014 APA, all rights reserved) (journal abstract)

Ludwig Bilz

Bilz, Ludwig. (2014). Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in der Schule übersehen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 28, 57-62.

AB Lehrkräfte können eine wichtige Rolle bei der Früherkennung psychischer Fehlentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen spielen. Diese Studie untersucht, wie Lehrpersonen internalisierende versus externalisierende Symptome bei Schülern wahrnehmen. Hierfür wurde 345 Sechst- und Zehntklässlern der "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ) vorgelegt und parallel wurden die Lehrkräfte befragt, bei welchen zwei Schülern ihrer Klasse sie am ehesten emotionale und bei welchen zwei Schülern sie am ehesten Verhaltensstörungen vermuten. Die Ergebnisse zeigen, dass Lehrkräfte mäßig in der Lage sind, psychische Beschwerden bei ihren Schülern wahrzunehmen. Die Übereinstimmung zwischen Lehrerurteil und Selbstangabe fällt bei externalisierenden Problemen höher aus als bei internalisierenden. Weiterhin liegen die Einschätzungen der Lehrkräfte bei Mädchen näher an den selbst berichteten Beschwerden als bei den Jungen. Es werden Schlussfolgerungen für die Lehrerprofessionalisierung und für zukünftige Forschungsbemühungen präsentiert. (Zeitschrift/A.Z. - ZPID)

Jochen Haisch

Hurrelmann, Klaus [Ed.]; Klotz, Theodor [Ed.]; **Haisch**, Jochen [Ed.]. (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber, 4., vollst. überarb. Aufl. (2014). 470 S.

Simon Mack

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; **Mack**, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gäbel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U.. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. 85(1), 77-87.

AB Die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1) und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH) erlauben erstmals seit dem 15 Jahre zurückliegenden Bundesgesundheitsurvey (BGS98) aktuelle Abschätzungen zu Morbidität, Einschränkungsprofilen und Inanspruchnahmeverhalten der deutschen Erwachsenen. Es werden die wichtigsten Ergebnisse zu Prävalenzen psychischer Störungen, zu damit assoziierten Beeinträchtigungen sowie zu Kontaktraum mit Gesundheitsdiensten berichtet. Der Studie liegt eine bevölkerungsrepräsentative Erwachsenenstichprobe (18-79 Jahre, n=5317) zugrunde, die überwiegend persönlich mit ausführlichen klinischen Interviews (Composite International Diagnostic Interview; CIDI) untersucht wurde. Wesentliche Ergebnisse waren: Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen beträgt insgesamt 27,7%, wobei große Unterschiede in verschiedenen Gruppen (z. B. Geschlecht, Alter, sozialer Status) zu verzeichnen sind. Psychische Störungen stellten sich als besonders beeinträchtigend heraus (erhöhte Zahl an Einschränkungstagen). Weniger als die Hälfte der Betroffenen berichtet, aktuell wegen psychischer Probleme in Behandlung zu stehen (10-40% in Abhängigkeit von der Anzahl der Diagnosen). (Zeitschrift/R.N. - ZPID)

Matthias Franz

Weihrauch, L., Schäfer, R. & **Matthias**, F. (2014). Long-term efficacy of an attachment-based parental training program for single mothers and their children: a randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 22, 2, 139-153

AB: Single mothers suffer more frequently from chronic diseases, depression, and elevated stress level. Their children display adaptation and behavior problems more often than children of dual-parent families. To prevent these risks, a parental training program (PALME) for single mothers and their preschool children was developed. The concept of PALME is based on attachment theory and psychodynamic-interactional approaches.

Subject and methods: The efficacy of the program was evaluated in a randomized control intervention study with 58 single mothers. Outcomes from the revised version of the Symptom Checklist SCL-90-R, SF-12 Health Survey, Psychogenic Impairment Score (BSS), Scales on the Experience of Emotions (SEE) and Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ were compared at baseline (t1), post-treatment (t2), and 6 months follow-up (t3) for statistical and clinical significance. Per-protocol analyses of variance were used to examine intervention effects.

Results: Statistically significant group x time interaction effects in favor of the intervention group indicated intervention effects on the mothers' psychological symptom load GSI score of SCL-90 R, depression, psychological well-being and psychogenic impairment. Some aspects of maternal emotional competence and behavioral problems of their children improved only in the short term.

Conclusion: The results suggest that PALME is an effective prevention program for the reduction of maternal depression and psychological symptom load and the improvement of well-being among single mothers.

Nachrichten von den Mitgliedern

Matthias Schäfer

Das präventive, bindungsorientierte **Elternt raining PALME** für alleinerziehende Mütter mit Kindern im Vorschulalter wird seit Februar 2014 dankenswerterweise von der Walter Blüchert Stiftung Gütersloh mit erheblichem Einsatz gefördert. Damit ist auch eine Namensänderung verbunden:

"**wir2**" heißt das Programm jetzt und findet sich unter www.wir2-bindungstraining.de

Gerd Kaluza

"Salute!"-Programm wird von Krankenkassen gefördert

Der Verband der Ersatzkassen vdek e.V. hat dem Gesundheitsförderungsprogramm "Salute! -Programm zur Förderung psychosozialer Gesundheitsressourcen" (als Buchpublikation erschienen in Kaluza, G., 2011, Stuttgart: Klett-Cotta) als einer innovativen Präventionsmaßnahme im Handlungsfeld "Stressbewältigung" die Förderungswürdigkeit i.S. des §0 SGB V zuerkannt. Der vdek e.V. hat diese Entscheidung mit der Auflage verbunden, das eine be-

gleitende Dokumentation und Evaluation durchgeführt wird. Ab sofort können Anbieter ihr "Salute!"-Kursangebot bei der Zentralen Prüfstelle (<http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de>) zertifizieren lassen. Voraussetzungen sind eine einschlägige psychologische, (sozial)-pädagogische oder gesundheitswissenschaftliche akademische Grundqualifikation, die Teilnahme an einer "Salute!" - Kursleiterschulung sowie die Mitwirkung an der wissenschaftlichen Begleitevaluation. Das GKM-Institut für Gesundheitspsychologie in Marburg wird in 2014 entsprechende Schulungen anbieten und die begleitende Evaluation koordinieren. Nähere Informationen und Termine der Schulungen finden Interessenten auf der Homepage des GKM-Instituts unter www.gkm-institut.de.

Informationen aus Politik und Organisationen

Aus den Ländern und Kommunen

Präventionsgesetz verspätet sich

Das von der Koalition geplante Präventionsgesetz kann nicht wie ursprünglich geplant im kommenden Januar in Kraft treten. Immerhin: Schwarz-Rot will die Arbeiten an der Gesundheitsvorsorge fortsetzen.

Von Anno Fricke

BERLIN. Mitte April hatte Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) erste Hinweise auf Sand im Getriebe des Präventionsgesetzes gegeben. Es werde in diesem Jahr noch auf den Weg gebracht werden und er hoffe, dass es sich nicht zu einer "never ending story" entwickle, sagte Gröhe bei der Jahrestagung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Magdeburg.

Im Koalitionsvertrag hatten sich Union und SPD noch darauf verständigt, ein Präventionsgesetz bereits in diesem Jahr zu verabschieden. Jetzt scheint endgültig klar: Der ambitionierte Zeitplan ist Geschichte. Das Gesetz kommt frühestens im Laufe des Jahres 2015. Damit sei er aber nicht vom Tisch.

"Es wird auf jeden Fall dazu in diesem Jahr noch einen Aufschlag geben", bestätigte eine Sprecherin des Gesundheitsministeriums der "Ärzte Zeitung". Die Agenda sehe derzeit vor, einen Gesetzesentwurf noch vor Jahresende im Kabinett beraten zu lassen.

Das bedeutet, dass das parlamentarische Verfahren, die Beratungen und die Expertenanhörungen im Gesundheitsausschuss sowie die Beratungen im Bundestag und anschließend im Bundesrat aller Voraussicht nach nicht mehr in diesem Jahr abgeschlossen werden können.

Alle Sozialversicherungsträger sollen einbezogen werden

Eine Vertreterin des Gesundheitsministeriums hatte am Wochenende beim Kinder- und Jugendärztetag darauf verwiesen, dass es sehr schwer sei, ein Präventionsgesetz im föderalen System zu konsentieren.

Hintergrund ist, dass zahlreiche Aufgaben der gesundheitlichen Prävention in die Kompetenz der Länder fallen. Dies gilt zum Beispiel für die Vorsorge in Kindergärten und Schulen.

Das Büro der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, der Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, wollte die Verzögerung des Gesetzes nicht aus Ländersicht kommentieren.

Man habe davon gehört, aber es gebe noch keine Meinung dazu, wurde der "Ärzte Zeitung" beschieden.

Der Koalitionsvertrag sieht zudem vor, außer den gesetzlichen Krankenkassen alle Sozialversicherungsträger in das Präventionsgesetz einzubeziehen, also auch die Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung sowie die Bundesanstalt für Arbeit.

Das ist ein Zugeständnis an den GKV-Spitzenverband, der am Entwurf des gescheiterten Präventionsgesetzes von Schwarz-Gelb die gesamtgesellschaftliche Ausrichtung vermisst hatte.

Gesetz schon zwei Mal gescheitert

Nach wie vor sind große Einzelkassen nicht glücklich über die von Schwarz-Rot geplante Einmischung in die Prävention. Es droht Parallelstrukturen aufgebaut zu werden, sagte eine Sprecherin der Techniker Krankenkasse der "Ärzte Zeitung".

Von den Kassen kritisch gesehen wird die vom Gesetzgeber ebenfalls vorgesehene Einbindung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Deren Budgets würden politisch motiviert eingesetzt, mal für Werbung für die Organspende, mal für Raucherentwöhnung.

Nachdem ein Gesetz zuletzt zweimal gescheitert ist (unter Rot-Grün 2005, Schwarz-Gelb 2013), stehen die Chancen dieses Mal gut, dass es Bundestag und Bundesrat überlebt - auch wegen der SPD-Mehrheit in der Länderkammer.

In Anlehnung an das in allerletzter Minute im Bundesrat gescheiterte Präventionsgesetz von Schwarz-Gelb sollen die Kassen je Versicherten sieben Euro jährlich in Prävention investieren, bis 2018 sollen es sogar zehn Euro sein.

Rund 80 Prozent der Mittel sollen in Prävention in Kita, Betrieb oder Pflegeheim fließen. Vorsorgeuntersuchungen sollen gestärkt, Impfquoten erhöht werden.

Copyright © 1997-2014 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

Ärzte Zeitung, 17.06.2014 05:34

Tempo gedrosselt

Von Anno Fricke

Keine Panik. Die angekündigte bislang noch leichte Verlängerung der Arbeiten am Präventionsgesetz bedeutet nicht sein Ende. Dies würde erst dann anstehen, wenn das Gesetz kurz vor den Wahlen 2017 immer noch nicht in trockenen Tüchern wäre.

Das Gesetz, wie angekündigt, noch in diesem Jahr zu verabschieden, war ohnehin enorm ambitioniert. Es müssen zuvor nicht nur die Interessen der Länder koordiniert werden. Es wird bestimmt auch kein Kaffeekränzchen, alle Sozialversicherungsträger bei der Finanzierung der Gesundheitsvorsorge unter einen Hut zu bringen.

Die Koalition macht aber nicht den Eindruck als wolle sie sich in die Phalanx von Regierungen der jüngeren Geschichte einreihen, die ein Präventionsgesetz versenkt haben. Immerhin hat die große Koalition seit Amtsantritt schon ein strammes Arbeitsprogramm aufgelegt: Als einer von wenigen Spitzenpolitikern der CDU hat Gesundheitsminister Hermann Gröhe kürzlich dafür sogar ein Fleißbienenchen von der Kanzlerin erhalten. Die Reform von Kassen, Pflege und Krankenhäusern zum Beispiel. Das Gesundheitsministerium ist seit jeher ein Haus mit hohem Ausstoß an Gesetzen und Verordnungen.

Vielleicht ist es deshalb bei allen sachlichen Problemen tatsächlich auch so, wie es aus Regierungskreisen heißt, dass das Gesetz ein paar Monate Schlange stehen muss, bis es Termine in Kabinett und Gesundheitsausschuss bekommen kann.

Krankenkassen

Kassen setzen auf zentrale Prüfstelle

BERLIN. Mehrere große gesetzliche Krankenkassen haben eine zentrale Prüfstelle Prävention gegründet. Sie soll sicherstellen, dass bundesweit mehr als 360.000 Kursangebote dieser Kassen im Bereich Prävention einheitlich mit Blick auf ihre Qualität überprüft werden - zentral, bundesweit und kassenartenübergreifend.

Individuelle Überprüfungen der Kassen sollen in Zukunft entfallen. Das neue Konzept bezieht sich einer Mitteilung der beteiligten Kassen zufolge auf angebotene Kurse aus den Bereichen "Bewegung", "Ernährung", "Stressbewältigung/Entspannung" sowie "Suchtmittelkonsum". Mit im Boot sitzen der Verband der Ersatzkassen, der BKK-Dachverband, die IKK classic, die Knappschaft, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die BIG direkt gesund und die IKK Brandenburg und Berlin. Auf dem Qualitätsportal www.zentrale-pruefstelle-praevention.de können Anbieter ihre Konzepte hochladen. Sie erhalten innerhalb von zehn Tagen Nachricht, ob der Kurs den qualitativen Anforderungen gerecht wird. Positiv geprüfte Kurse werden von den entsprechenden Kassen bezuschusst. Die über 47 Millionen Versicherten der beteiligten 119 Krankenkassen können alle qualitätsgeprüften Präventionskurse über die jeweilige Internetseite ihrer Krankenkasse aufrufen. Die Datenbank enthält mittlerweile etwa 369.000 geprüfte Kurse von rund 116.000 Anbietern aus ganz Deutschland. Die Kassen sind gesetzlich verpflichtet, insbesondere die Qualifikation von Kursanbietern sowie Leistungsnachweise und Trainermanuale zu prüfen. Ein bezuschusster Präventionskurs muss allen gesetzlichen Qualitätsanforderungen gerecht werden. "Bislang prüfte jede Krankenkasse die Kurse selbst. Dabei konnte es zu unterschiedlichen Prüfergebnissen bei ein und demselben Kurs und Anbieter kommen", erläuterte Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands, in einer Mitteilung der beteiligten Kassen. Durch das weitaus effizientere Prüfver-

fahren gehörten Doppelüberprüfungen bei den Kassen und unterschiedliche Wertungen der Kursqualität in Zukunft der Vergangenheit an.

<http://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/admin/>

Ärzte Zeitung, 14.02.2014

International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)

IUHPE European Health Promotion

The goal of the System is to promote quality assurance, competence and mobility in Health Promotion practice and education in Europe.

The System offers registration for Health Promotion practitioners and accreditation of Health Promotion courses that are assessed as meeting the specified competency-based criteria.

While the Accreditation System will initially be implemented in Europe, the IUHPE is exploring the possibility to expand it at global level.

The System offers:

- Clear, agreed guidelines and quality standards for the Health Promotion knowledge, skills and values required to practice effectively and ethically
- A basis for all aspects of quality assurance in Health Promotion practice, education and training
- Accountability to the public through the registration of Health Promotion practitioners
- Assurance that accredited Health Promotion courses provide graduates with the knowledge and skills required for effective practice and that awards are validated based on agreed criteria.
- Facilitation of movement of employment across roles, organizations, regions and countries through the use of agreed registration procedures
- Greater recognition and visibility of Health Promotion and the work done by Health Promotion practitioners
- A reference point for employers in recruitment and selection.

The IUHPE European Health Promotion Accreditation System was developed in response to the need for a quality assurance system to strengthen and unify the diverse Health Promotion workforce in Europe.

The System provides:

- an agreed mechanism to assure quality standards in reaching the Health Promotion goals identified in EU health strategies.
- agreed and validated qualifications in Health Promotion as the basis for free movement and employment across the EU.

The System is designed to be flexible and sensitive to different contexts while maintaining robust and validated criteria.

Building on the success of the CompHP Project*, the **IUHPE European Health Promotion Accreditation System** underwent extensive piloting in 2013 and will be fully implemented in 2014. *<http://www-new.iuhpe.org/index.php/en/comphp>

Practitioners registered within the Framework can use the title ‘European Health Promotion Practitioner’ (EuHP)

Accredited courses can be formally described as ‘IUHPE EuHP Accredited

Proposal to Include Mental Health, Stress Related Disorders and Psychosocial Wellbeing in the Health Targets for the OWG regarding the post-2015 Development Agenda*

From: The Psychology Coalition at the United Nations, New York

Submitted to the EU Policy Officer after the Tenth Session of the UN General Assembly Open Working Group on SDGs, 31 March-4 April 2014, UN Headquarters, New York

Co-sponsored by members of the Psychology Coalition at the United Nations including the International Association of Applied Psychology and the World Council of Psychotherapy and the Order of Portuguese Psychologists and the Federation of Iberoamerican Psychologists **

This proposal offers support for the inclusion of “Mental Health, Stress-related Disorders and Psychosocial Well-Being” in the OWG focus area of “Health.” Health and mental health is supported as a stand-alone focus area and also as an inter-linkage to all the focus areas being considered by the Open Working Group.

“Mental health” commonly applies to serious conditions like clinical depression, schizophrenia or organic brain syndromes; however, the populations of every country suffer from more widespread emotional distress as a concomitant to, and result of, poverty, inadequate living standards, violations of human rights, interruption of decent work, and natural disasters. Vast numbers of the population with “less clinically serious” or diagnosed conditions are suffering emotionally, but are not recognized or treated. In many countries, stigma against mental health or lack of recognition of the importance of what can be considered milder stress-related debilitating conditions leads to people seeking help that is inadequate or to being ostracized from their families and communities).

Supportive Rationale

Justification in UN documents and actions: Human rights standards and UN documents increasingly recognize mental health and psychosocial well-being as basic human rights. The preamble of the 1946 Constitution of the World Health Organization (WHO) defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.” In 1948, the Universal Declaration of Human Rights included the right to a standard of living adequate for health and well-being (Article 25). A number of international human rights standards provide for physical and mental health (for example, the 1966 International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, the 1989 Convention on the Rights of the Child, and the 2006 Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

Some outcome documents of major UN world conferences have focused on mental health goals, e.g., the 2001 World Conference Against Racism and the 1995 UN World Conference on Women at

Beijing. Physical and mental health was one of the 12 critical areas in the Beijing Platform for Action. The UN World Report on Violence Against Children (2006) includes abuses against children's mental health and psychosocial well-being in social contexts ranging from the family to the community and the WHO report, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group* (2010), presents compelling evidence that poor mental health impedes an individual's capacity to realize their potential, work productively, and make a contribution to their community. The United Nations General Assembly Resolution on Happiness (A/RES/65/309) called for Member States to take a holistic approach to development, giving attention to happiness and well-being in planning how to measure and achieve social and economic development.

At the United Nations Conference on Well-being and Happiness, 2-4 April 2012: *A New Economic Development Paradigm*, experts and representatives from all sectors of the international community addressed a new development paradigm to add wellbeing to a system based solely on GDP (Gross Domestic Product). The extent of global support for this approach was evident in the participation of high level representatives from countries around the world, as well as UN Secretary General Ban Ki-Moon, President of the General Assembly Mr. Nassir Abdulaziz Al-Nasser and President of the Economic and Social Council Mr. Miloš Koterec.

Justification in the World Health Organization's 2010 report, *Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group*. An estimated 450 million people globally are suffering from mental disabilities and many are affected by widespread stigma and discrimination making them vulnerable to violence, exploitation, physical and sexual abuse, malnutrition, illnesses and even death. In recent years, there is a growing conviction globally that unless the rights of persons with mental disabilities are mainstreamed in development sectors, people will remain caught up in a vicious cycle of poverty and mental ill health. The report recommends that "Targeted policies, strategies, and interventions for reaching people with mental health conditions should be developed, and mental health interventions should be mainstreamed into broader poverty reduction and development work."

Global Statistics on Mental Illness conditions. Mental health conditions affect millions of people in the world. Mental conditions and stress debilitates and also kills. The World Health Organization (WHO) estimates that 151 million people suffer from depression and 26 million people from schizophrenia, and 125 million people are affected by alcohol use disorders. About 844 thousand people die by suicide every year. According to the World Drug report 2013 (UNODC, United Nations, New York), while the use of traditional drugs such as heroin and cocaine seems to be declining in some parts of the world, prescription drug abuse and new psychoactive substance abuse is growing (http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf). As many as 40 million people suffer from epilepsy and 24 million from Alzheimer and other dementias. Studies in Asia, Europe, and North America have increasingly identified individuals with Autism Spectrum Disorders and other disabilities. The psychosocial and mental health impacts of emergencies and

disasters also undermine the affected populations both in the short-term and long-term. The World Health Report has estimated the high burden of disease for post-traumatic stress disorder (http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_posttraumaticstressdisorder.pdf). Stress related disorders have been proven to be directly related to the OWG focus areas of Poverty and Employment and Decent work for All (Carr, S., MacLachlan, M., and Furnjam, A., Eds., 2012, “Humanitarian Work Psychology,” Palgrave Macmillan Publishers).

WHO has reported that mental illnesses are the leading causes of disability adjusted life years (DALYs) worldwide, accounting for a loss from Non-Communicable Diseases (NCDs) of 37% of healthy years. Depression alone accounts for one third of this disability.

The Global Economic Burden of Mental Health problems. WHO estimated that the global cost of mental illness in 2010 was nearly \$2.5T (two-thirds in indirect costs), with a projected increase to over \$6T by 2030. The entire global health spending in 2009 was \$5.1T, in the context of an annual GDP for low-income countries being less than \$1T and the entire overseas development aid over the past 20 years being less than \$2T. These costs of poor mental health include interference with children’s ability to learn, and with the functioning of adults in families, at work and in the wider society. According to the 2011 World Economic Forum report, among Non-Communicable Diseases, mental health costs are the largest single source; larger than cardiovascular disease, chronic respiratory disease, cancer, or diabetes. Mental illness alone will account for more than half of the projected total economic burden from NCDs over the next two decades and 35% of the global lost output.

Reciprocity of health and mental health. The relationship between mental health and physical health is reciprocal, as proven by extensive research. For example, individuals suffering from mental distress are at high risk for developing cardiovascular disease, respiratory disease, and diabetes. Therefore, the true costs of mental illness must be even higher. Extensive research is available from issues of the Journal of Health and Wellbeing, by the International Association of Applied Psychology ([http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1758-0854](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1758-0854)). Harmful drinking is a major determinant for neuropsychiatric disorders, such as alcohol use disorders and epilepsy and other noncommunicable diseases such as cardiovascular diseases, cirrhosis of the liver and various cancers. The harmful use of alcohol is also associated with several infectious diseases like HIV/AIDS, tuberculosis and sexually transmitted infections (STIs).

As a Cross-cutting issue: Mental health conditions, as well as health, is a cross-cutting issue to many of the focus areas under consideration by the OWG. These include education, poverty eradication, gender equality and women’s empowerment, economic growth, employment and decent work for all, promote equality, sustainable cities and human settlements, climate, global partnerships and peaceful and non-violent societies.

Examples of Measures of Well-being

* The Happy Planet Index (<http://www.happyplanetindex.org>) which shows the extent to which 151 countries across the globe produce long, happy and sustainable lives. The overall index scores rank countries based on their efficiency, how many long and happy lives each produces per unit of environmental output.

* The “Better Life Index (<http://www.oecd.org/statistics/betterlifeinitiativemeasuringwell-beingandprogress.htm>) paints a comprehensive picture of well-being in OECD countries and other major economies, by looking at people’s material living conditions and quality of life across the population.

* World Happiness Report, 2012, 2013. (<http://unsdsn.org/happiness/>). This report gives extensive data, statistics and support that wellbeing can be measured and is crucial to measure development besides GDP. The report was commissioned for the April 2nd United Nations Conference on Happiness mandated by the UN General Assembly. The report shows that mental health is the biggest single factor affecting happiness in any country.

* World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF) (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf), developed in 15 sites worldwide, is based on the definition of quality of life advocated by the World Health Organization, which includes the culture and context which influence an individual's perception of health.

* The 2010 Human Development Report from UNDP included eleven dimensions including measurement of satisfaction with personal dimensions (job, personal health and standard of living); saying “yes” to elements of happiness (purposeful life, treated with respect, and social support network); a negative experience index; and overall life satisfaction. At the Second International Day of Happiness at the UN on 20 March 2014, UNDP’s Jon Hall emphasized the importance of measuring well-being for development.

Targets: PCUN offers targets of:

- a. By 2020, universal coverage and services for mental health, stress-related conditions and psychosocial wellbeing, integrated throughout all health systems, including through increased financing, development and training of the health and mental health workforce and access to safe, affordable, effective and quality treatments including those that are physical (e.g., medicines, vaccines) and those that are mental or psychological (therapies, counseling, support systems). Services can be provided in clinics, mobile vans and via new technology transfer to reach those in remote villages.
- b. By 2020, government policies and programmes should offer free services to reduce by 80 percent widespread depression and anxiety which exists throughout all cultures even when the culture may not call their stress or unhappiness by that name.
- c. By 2020, treatments should be made available to reduce by at least 80 percent the number of suicides, since suicide is so widespread in not only developed but also developing countries.
- d. By 2020, provide programmes raising awareness in the public, and in the schools, of mental health issues, stress-related disorders and psychosocial well-being, including addressing issues

like harmony and conflict resolution. This would follow a public health model, to reduce stigma about mental problems, to highlight strengths building, and to encourage people to seek professional help. Such a program has been recently launched by FIAP (the Federation of Iberoamerican Psychologists). This would address all the focus areas, e.g., in sustainable consumption, target (g) would address “awareness raising and education for creating sustainable lifestyle, and for target (c) on recycling, education would address caring about the environment so people willingly resist over-consumption and materialism and do what is necessary for the good of the society. This campaign would also address disaster prevention and resilience. Such a campaign would be not just on TV, but on radio, accessible in remote villages, and online and on cell phones. Also, social media campaigns should be launched, given the power of technology, cell phones and texting, especially for youth.

- e. By 2020, this above described awareness campaign in (d) also be instituted in the school systems. UN agencies, international humanitarian agencies, and NGOs have developed curricula and tools that teach children about stress reduction and peace. For example, Brazil experts have devised board games for children. These programmes should include arts, like music and drawing, that have been proven to boost confidence, cooperation and peacefulness, e.g., El Salvador’s school project of Escuela Distrito Italia shows that providing music and drawing activities for children have kept them out of gangs. This approach can be launched in other countries. This campaign should take a “Whole School Approach” that foster strengths-building in the wide school community, i.e., programmes that include teachers, parents and students. A model for this is being developed in Portugal.
- f. By 2020, policies and financial support for programmes be launched that facilitate people in conflict to cooperate. Psychosocial research has shown the positive impact when children from cultures in conflict play soccer together, or teens learn computer skills together, or adults trek across the Sahara together or break bread together. No matter the problems inherent in these programs, if they are mandated and supported, they can reach more critical mass.
- g. By 2020, institute programmes for psychosocial resilience in disaster preparation and recovery that have already been proven useful, but have suffered from lack of funding. (see: the UNDP report, "Towards Human Resilience: Sustaining MDG Progress in an Age of Economic Uncertainty", UNDP, New York, September 2011). These would reduce symptoms of PTSD and also promote coping strengths. In addition, by 2020, launch resources for service providers, first responders, educators and others. Many international humanitarian NGOs applied effective models after natural disasters in places like China and Japan, that were stopped due to lack of funds. A good resource is a DVD for professionals developed by a university in Argentina that needs funding, and the board game for children “Let’s Learn to Prevent Disasters” developed by UN ISDR and UNICEF that should be used widely. Consistent with this, under focus area 15, climate, we support (b) building resilience and adaptive capacity in all vulnerable countries, but suggest adding that this applies universally to all countries because many did not know they were vulnerable before a natural disaster like an earthquake hit. Also, that “resilience” be de-

defined as not only physical but also mental, specifically highlighting positive behaviors and increasing personal strengths.

- h. By 2020, implement and ratify Human Rights Standards in support of the well-being of international migrants
- i. By 2020, insure that programmes respect traditional healing in cultures but are also supplemented with availability of other gold standard interventions proven to be “best practices.”
- j. By 2020, provide training in income generating activities, especially for youth, girls and women, OVCs (orphans and vulnerable children) and those at risk, combined with life skills training, to address poverty and women’s empowerment. Integrate “mindset” training into employment training, that is proving to be a useful approach to insure employment success.
- k. By 2020, provide Employee Assistance Programs in all organizations. The mental health of employees affect their productivity and consequently the success of the organization and ultimately the GDP of the country. Deterioration of performance is an early warning sign of physical and mental health difficulties as well as substance abuse. Making assistance available to employees can lead to early diagnosis and treatment and a return to a productive work and family life.

Draft 7 April

**The Psychology Coalition at the United Nations (PCUN) is composed of representatives of psychology and psychology-related Non-Governmental Organizations (NGOs) accredited at the United Nations (UN) Economic and social Council (ECOSOC) and psychologists affiliated with United Nations departments, agencies and missions. Members of the Coalition collaborate in the application of psychological principles, science, policies and practice to global challenges of the UN agenda. The Coalition seeks to accomplish this overarching aim through advocacy, research, education, policy and program development, guided by psychological and social science knowledge to promote human dignity and human rights through psychosocial well-being, positive mental health, empowerment, and resilience. The Order of Portuguese Psychologists has 19,000 members and the Federation of Iberoamerican Psychologists has 350, 000 members.

CONTACT: Dr. Judy Kuriansky, Chair, Psychology Coalition at the UN, International Association of Applied Psychology (917) 224-5839 Email: DrJudyK@aol.com
Dr. Corann Okorodudu, Past Chair PCUN; Society for the Psychological Study of Social Issues, Okorodudu@rowan.edu

Aus den Hochschulen

Eberhard Göpel (09.12.2013)

Schlussfolgerungen aus der offenen Mitglieder-Tagung des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ am 5./6.12. 2013 in Berlin

- **Einige Argumente für eine neue Phase der Hochschul-Kooperation im Bereich der Gesundheitswissenschaften.**

Nur ein Viertel der 40 Mitglieds-Hochschulen waren bei der Mitglieder-Tagung vertreten, die unter dem Motto „Kräfte bündeln und nachhaltige Entwicklungen ermöglichen“ stand. Wir benötigen offensichtlich einen neuen Anlauf.

Universitäten mit einem größeren Entwicklungs-Potential basteln gegenwärtig eher an eigenen Hochschul- Arenen, während es in den Mitgliedsreihen des Kooperationsverbundes „Hochschulen für Gesundheit“ auch eine nicht unerhebliche Zahl an Hochschulen gibt, für die unsere Orientierung auf Forschungs- und Promotionskompetenz für die Gesundheitsstudiengänge sehr hoch gegriffen ist.

Damit wir als entwicklungsbezogener „Attraktor“ im Hochschulbereich wirksam bleiben können, ist es m.E. daher künftig sinnvoll, integrierende Ziele in einer politisch wirksamen Form zu formulieren, die auf mehreren Interessens-Ebenen aktive Beteiligungs- und Zugewinnmöglichkeiten eröffnen sowie wirksame Form der Öffentlichkeitsarbeit und der politischen Initiative zu entwickeln.

Dies erscheint mir im Anschluss an die Tagung möglich, wenn wir die „Kräfte bündeln und nachhaltige Entwicklungen ermöglichen“.

Mit der Akzentuierung der folgenden Zielsetzungen erscheint mir dies aussichtsreich und sinnvoll:

A. Wir überwinden die Universitäts - Fachhochschul - Trennung, in dem wir eine gemeinsame hochschulpolitische Interessensvertretung in der Form eines „**Fakultäten- und Fachbereichstag Gesundheit**“ auf den Weg bringen. Dies nicht durch eine weitere , fragmentierende Vereinsbildung, sondern als eine von Hochschulen für Gesundheit mit seinen 40 Mitgliedshochschulen initiierte ,die hochschulpolitische Interessensvertretung von gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen integrierende

Instanz gegenüber Politik und Öffentlichkeit mit einem eigenen Wahlstatut für die SprecherInnenfunktionen .

B. Wir überwinden die Hochschul-Grenzen, indem wir uns künftig auch an gesundheits/politischen Diskursen zur Zukunft der Gesundheitsversorgung mit eigenen Vorschlägen aktiv beteiligen. Als aktuelle Alternative zum weiteren Ausbau der „Super-Maximalversorgung“ in den Metropolregionen bietet sich dafür gegenwärtig ein **Investitionsprogramm für 80 dezentral integrierende , regionale „Hochschulen für Gesundheit“** mit Verantwortungen für die Sicherung der gesundheitlichen und sozialen Daseinsvorsorge in unterversorgten ländlichen und städtischen Regionen an.

Die Forderung an die Länder, für eine entsprechende Versorgungsplanung jeweils mit einer Anhaltszahl von 1: 1 Mio eine regionale“ Hochschule für Gesundheit “ zu beauftragen und entsprechend auszustatten, kann einen politischen Nachdruck schaffen.

C. Wir stellen in den Mittelpunkt der hochschulischen Ausbau-Forderungen angesichts des demografischen Wandels die **Pflege-Forschungsagenda und Forschungen zu einer präventiven Wende in der Gesundheitsversorgung** und bieten politisch an, vor allem für diesen Bereich die Entwicklungsanstrengungen des „Kooperationsverbundes Hochschulen für Gesundheit“ mit eigenen Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen auszurichten.

D. Wir entwickeln für diese Zielsetzungen **neben der institutionellen Mitgliedschaft** von Hochschulen ein **attraktives Angebot für individuelle Mitgliedschaften für Studierende und KollegInnen**, das wissenschaftliche Nachwuchsförderung, kollegiale Kooperation über die Hochschulgrenzen hinweg , Einladungen zu Entwicklungsdiskussionen sowie Beteiligung an gemeinsamen Programm-Planungen und Entwicklungs-Initiativen beinhaltet.

- **In den anstehenden Verteilungskämpfen im Gesundheits- und Hochschulbereich politisch mehrheitsfähig werden.**

In der vorbereitenden Beschäftigung mit meinem Beitrag zur Tagung ist mir zunehmend deutlich geworden, dass die bestehenden akademischen Ausweitungs-Hoffnungen der Gesundheitsfachberufe weitgehend auf nicht tragfähigen Annahmen beruhen.

Wir gehen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf einen **Schrumpfkurs der öffentlich gewährleisteten Finanzierungen auch im Gesundheitsbereich** zu, der in anderen europäischen Ländern seit der Finanzkrise 2008 sich bereits sehr deutlich verbreitet hat.

http://www.epha.org/IMG/pdf/_EPHA_Position_Paper_Reforming_Health_Systems_in_Times_of_Austerity_FINAL-1.pdf.

Der politische Mainstream wird auf eine neue Welle der Rationalisierung durch Technisierung, Informatisierung und Ökonomisierung in der Krankenversorgung eingestellt und lediglich um die künftige Positionierung der Pflege werden noch soziale Kämpfe ausgetragen (<http://www.buendnis-fuer-gute-pflege.de/>), bei denen die Hochschulen aber offensichtlich gegenwärtig keine Rolle spielen. Dies sollten wir ändern.

- **Zukunftsbezogene Entwicklungs-Szenarien auf der Grundlage aktueller Trends identifizieren und für politische Grundsatzentscheidungen auf der Ebene von EU, Bund, Ländern und Kommunen engagieren.**

Wie wir in der Tagung herausgefunden haben, benötigen wir neben der Aufmerksamkeit erzeugenden Vision von „Hochschulen für Gesundheit“ zunächst vor allem eine für die Öffentlichkeit **unmittelbar einleuchtende Leitidee für verbesserte , integrierte Versorgungsformen** vor allem für chronisch Kranke und für pflegebedürftige Personen, für die Verminderung der „Zivilisationskrankheiten“ und für die Verbesserung der gesundheitlichen Lebensqualität im Alltag. Im Mittelpunkt stehen dabei die weitreichenden Konsequenzen des demografischen und sozio-ökonomischen Wandels in den Regionen.

http://www.demografie-portal.de/DE/Informieren/Karte/Interaktive_Karte.html;jsessionid=6326594F4E28881B4FC33580398C4801.1_cid353

Daraus lassen sich dann zustimmungsfähige Folgerungen für die Hochschul-Bildung der

Gesundheitsberufe und für die wissenschaftliche Steuerungsfunktion von regionalen Hochschulen für Gesundheit ableiten und begründen.

Von erheblicher Orientierungs-Bedeutung sind dabei die Vorschläge der Robert-Bosch-Stiftung, die im Rahmen eines Symposiums „Wege zur Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen am 6./7..11.2013 zusammengefasst wurden:

http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/51021_51250.asp

Wir können uns zusätzlich auch an internationalen Beispielen orientieren und diese für die Bundesrepublik aufbereiten. Beispielhaft aus Kanada:

<http://www.youtube.com/watch?v=fOnzpurcqns>

In **England** ist zum Beispiel mit dem **Health and Social Care Act 2012** eine politisch konsistente Versorgungsstruktur gesetzlich etabliert worden, die zwei interessante Anregungen auch für gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland enthält:

- Die gewachsenen und gewucherten Regelungsstrukturen im Gesundheitswesen wurden als zunehmend dysfunktional und intransparent bewertet. (Beispielhaft hierzu ein Video zu den Reformbemühungen für den NHS in England: <https://www.youtube.com/watch?v=8CSp6HsQVtw>)

Für die lokale/regionale Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten werden dort jetzt kommunale „Health and Wellbeing Boards“ gebildet, die Änderungen im kommunalen Bereich organisieren sollen. https://www.youtube.com/watch?v=xD1_EgE_uJM.

Als zentrales politisches Ziel wird eine verlässliche integrierte soziale Unterstützungs- und medizinische Behandlungsplanung im persönlichen Lebenszusammenhang beschrieben. (Beispielhaft in dem folgenden Video vorgestellt: <http://vimeo.com/75291158#>)

Politische Stellschrauben sind in dieser Vision:

- **Aktivierung der lokalen Gemeinschaften und der kommunalen Einrichtungen für eine solidarische Daseinsvorsorge**
- Die Diagnose lautet: Soziale Vereinsamung und künftig angesichts des Rentenniveaus auch zunehmende soziale Verelendung ist zu einem primären Gesundheitsproblem geworden. Die Aktivierung von familiären, nachbarschaftlichen und professionellen sozialen und medizinischen Diensten steht vor allem im ländlichen Raum und in spezifischen Stadtregionen angesichts des demografischen Wandels im Mittelpunkt. Diese Politik ist vor allem sozialpolitisch begründet und versucht, ökonomische und soziale Nebenwirkungen überflüssiger, falscher und fehlender Behandlungen im Gesundheitswesen und fehlender sozialer Aufmerksamkeit und Unterstützung im kommunalen Lebensraum zu reduzieren.
Sie ist eindeutig aber auch durch den Versuch motiviert, sozialstaatliche Leistungsverpflichtungen abzubauen und das „Selbsthilfe-Potential“ lokaler Gemeinschaften in Anspruch zu nehmen.
- **Offensive Angebotsentwicklung der „Gesundheitswirtschaft“ und der „Wellness-Industrie“ für privat zu finanzierende Gesundheitsleistungen des „gehobenen Bedarfes“.** Kontrastierend zur „Standardversorgung“ läuft das „Medical Wellness“-und das Privatversorgungs-Programm der „Gesundheitswirtschaft“, einschließlich des „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ für ökonomische „LeistungsträgerInnen“ der Wirtschaft und eine wohlhabende-

re bürgerliche Mittelschicht.

Der Wellness-Markt (von Nahrungsergänzungsmitteln über pharmazeutische „Stimmungs- und Leistungsmodulatoren“ bis zum Abo in Fitness- und Healthclubs) hat in den USA inzwischen einen Umsatz von mehr als 300 Milliarden Dollar erreicht und gilt als der wirtschaftliche Boombereich der kommenden Jahre (Beispielhaftes Video:

<http://www.youtube.com/watch?v=SpTS6KON9cU>)

Dass die Zahlungskraft der leistungsmotivierten Mittelschichten allerdings inzwischen auch an Grenzen gerät, wird in den USA gegenwärtig bewusst:

Mehr als 50 % der Privatinsolvenzen von Familien erfolgten 2012 dort nach der Immobilienkrise aufgrund nicht mehr bezahlbarer Rechnungen für medizinische Leistungen.

„**Verlässliche und berechenbare medizinische Versorgung**“ („Accountable Care Coordination“) ist daher im Land der unbegrenzten Möglichkeiten inzwischen auch zu einem Leitbegriff der Reform-Diskussion geworden.

Beispielhaft: <https://www.youtube.com/watch?v=y51eT-1-BE8>

Bereit stehen jetzt die globalen Unternehmensberatungen um „disruptive changes“ zu managen.

Beispielhaft KPNG „Cutting through complexity“:

<http://www.youtube.com/watch?v=4FjkhwjQChQ>

- **Health Literacy“ und Gesundheitskompetenz** wird daher zu einem großen gesellschaftlichen Thema der kommenden Jahre. Ob die Menschen wollen und können oder nicht, spielt keine Rolle mehr. Der „Markt“ zwingt zur gesellschaftlichen Unterordnung unter die Fiktion der „rational und frei entscheidenden Konsumentin“, damit sie zur Königin im Reich des Konsums werden kann und mit den Folgen ungünstiger Entscheidungen allein zurechtkommen muß. Nicht nur die Risiken ihrer Finanzanlagen müssen Menschen nach der Finanzkrise im Kleingedruckten bewusst entdecken können, sondern im Rahmen der Gesundheitskrise müssen sie künftig nun auch beim Zahnarzt oder in der Klinik unter den vielen Optionen im Kleingedruckten die für sie bedeutsame und bezahlbare auswählen und die Verantwortung dafür übernehmen. In dieser aussichtslosen Überforderungssituation wächst der Markt für Vermittlungen aller Art – von den 1,2 Millionen Apps mit Informationen für jede Lebenslage bis zu vollautomatischen „Smartphone“-Programmen, die alle Optionen auf der Grundlage des persönlichen Profils screenen und die beste Möglichkeit in Echtzeit über die Datenbrille einblenden.
- **Die nächste ökonomische Welle: Die globale Gesundheits-Industrie**
In globaler Perspektive entwickelt sich in den kommenden Jahren für die Health Care Industrie die größte historische Geschäftsgelegenheit, die in dem folgenden Video aus Sicht globaler Konzerne und deren Exportinteressen beschrieben wird:
<http://www.youtube.com/watch?v=nf6w8UJUta8>
- **Hochschulen für Gesundheit können als wissenschaftliche und gesellschaftliche Advokaten für eine menschenwürdige, gerechte und sozial inklusive Gesundheitsentwicklung und –versorgung fungieren.**
Als unabhängige, fachlich kompetente und für eine gerechte gesellschaftliche Entwicklung engagierte wissenschaftliche Einrichtungen sind öffentliche Hochschulen eine tragende Säule für

eine demokratische Gestaltung eines zukünftigen Gesundheitswesens, das von grundlegenden BürgerInnen - Bedürfnissen ausgeht und diese in einem sozialen , gesellschaftlichen und kulturellen Kontext reflektiert und berücksichtigt.

Sie sind nicht überzeugend als Interessenvertretungen für spezifische Berufsinteressen einzelner Berufe oder spezifischer Wirtschaftsorganisationen.

Die Frage, ob sie in absehbarer Zeit als unabhängige wissenschaftliche Informanten der Öffentlichkeit, der Politik und der beruflichen Praxis von global agierenden Unternehmensberatungsfirmen abgelöst werden, entscheidet sich vermutlich bereits in den kommenden 10 Jahren.

Die Inszenierungen von „Health Capital“ lassen sich in der Bundeshauptstadt Berlin anschaulich studieren. (<http://www.berlinhealthweek.de/>)

Die Privatisierungspolitik öffentlicher Güter findet dabei nicht nur im Gesundheitswesen, sondern zunehmend auch im Bildungswesen statt.

Auch in diesem Fall gehen die entsprechenden Umwandlungsimpulse von global agierenden Konzernen aus, die nicht nur „Gesundheit“ , sondern auch „Bildung “ zu einer weltweit gleichförmigen Ware erklären, die in einer für jede(n) freundlich drapierten „personalisierten“ Form ggf. auch online aufbereitet und ausgeliefert werden kann und die aufwendige Vermittlungstätigkeit von qualifizierten und teuren Berufen in Schulen und Hochschulen künftig überflüssig macht.

Zu welchen Konsequenzen dies führt, ist zum Beispiel auf der Webseite:

<http://futureofhighered.org/> einsichtig.

Ein „Fakultäten- und Fachbereichstag Gesundheit“ ist neben dem Aufbau einer breiten Basis individueller Mitgliedschaften und einer wirksamen Öffentlichkeitsarbeit in diesem Zusammenhang eine vorsorgende Zukunftsinvestition in eine gemeinsame gesellschaftliche Konfliktfähigkeit angesichts der prognostizierten „disruptive times“ der kommenden Jahre.

Die alternativen Betätigungsmöglichkeiten für die „young lions“ und „high potentials“ werden bereits im Internet plakatiert:

http://www.janssen-cilag.de/bgdisplay.jhtml?itemname=nachwuchskraefte_gesundheitsparlament

<http://blogs.cisco.com/financialservices/disruptive-times-call-for-positive-innovation-change-agents/>

Bevor nun alle engagierten Studierenden zu jungen Löwen und „Corporate Rebels“ mutieren, die für die globalen Konzerne die „schöpferischen Zerstörungen“ für den Fortschritt des Kapitalismus organisieren , sollten wir auch mit dem Kooperationsverbund „Hochschulen für Gesundheit“ ein Angebot für studentisches Engagement für eine bessere, gerechtere , gesündere und nachhaltige Gestaltung unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens machen können - und sei es zunächst auch nur, um dem eigenen Berufsinteresse als WissenschaftlerInnen und HochschullehrerInnen eine aussichtsreiche Zukunftschance geben zu können.

Aus den Verbänden

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

Frühe Hilfen kommen nicht an

Frühe Hilfen heißt die Antwort auf Vernachlässigungsfälle wie Kevin und Co. Doch es hakt bei der koordinierten Hilfe für Kinder aus belasteten Familien. Experten haben Forderungen formuliert.

NEU-ISENBURG. Fast ein Fünftel der Kinder in Deutschland könnte nach aktuellen Schätzungen von sogenannten Frühen Hilfen profitieren. Doch von den rund 30 Milliarden Euro, die pro Jahr in die Kinder- und Jugendhilfe fließen, kommt nur ein geringer Teil den Frühen Hilfen zugute. Frühe Hilfen, so erläutert es die gleichnamige Internetplattform, "zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig zu verbessern.

Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen "Frühe Hilfen" insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten". Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen sei die "enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste". Mögliche Zielgruppe für Frühe Hilfen sind insbesondere sozial benachteiligte Familien, in denen die Kinder überdurchschnittlich häufig gesundheitliche Defizite haben.

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) könnten auch Kinder aus prekären Lebensverhältnissen früher erreicht werden. Hierfür müssten nur alle Beteiligten enger an einem Strang ziehen, wie das fiktive Beispiel von Sven belegt. Der achtjährige Sven ist eines der 70.000 Kinder pro Jahr, die eines Tages die Schule ohne Abschluss verlassen könnten. Er zählt zu den Kindern, die in sozial belasteten und bildungsfernen Familien aufwachsen. Sprachliche Anregung erhält Sven fast ausschließlich über Medien. Die daraus resultierenden Entwicklungsdefizite bleiben häufig lange unentdeckt, weil die Eltern von Frühen Hilfen oder Früherkennungsuntersuchungen nichts wissen - oder wissen wollen.

Dem Arzt fehlen Zeit und Ressourcen

Und selbst wenn bei der Vorsorge Entwicklungsauffälligkeiten festgestellt werden, deren Ursachen auch im sozialen Umfeld liegen, fehlen dem Kinder- und Jugendarzt oft Zeit und die nötige Infrastruktur an Hilfen, um gegensteuern zu können. Da Kinder früh und regelmäßig in den Praxen vorgestellt werden, komme es in den ersten Lebensjahren darauf an, dass Kinder- und Jugendärzte auch das Lebensumfeld ihrer jungen Patienten im Blick haben, sagt der Sozialpädiater Professor Volker Mall, Ärztlicher Direktor im Kinderzentrum München. Nur so könne Entwicklungsstörungen oder Kindesvernachlässigungen begegnet werden. Doch bei Sven wird erst im Alter von fast fünf Jahren in der kinderärztlichen Praxis eine Sprechstörung festgestellt. Diese wäre auch noch leicht zu beheben gewesen, wenn die Eltern und die Kita das Kind bei der Sprachanregung unterstützen würden. Doch die Eltern sind dazu nicht in der Lage und in der Kita fehlen in den meisten Bundesländern die personellen Ressourcen und die Förderkompetenzen. Zunächst wird Sven einer Logopädin vor-

gestellt, der Erfolg ist begrenzt. Bald müssen Medikamente verabreicht werden, um erste aggressive Auswüchse des Jungen einzudämmen. Dennoch zeigen sich bei Sven in den ersten beiden Schuljahren Konzentrationsmängel, Wahrnehmungsstörungen und Sprachdefizite. Frühe Weichenstellungen hätten das verhindern können.

Das Deutsche Kinderbulletin, das auf eine Initiative von Wissenschaftlern, von Kinder- und Jugendärzten, Politikern und Publizisten zurückgeht und im November vorgestellt wurde, zeigt Alternativen auf, um Lebensläufe wie den von Sven zu verhindern. Entscheidend ist für Volker Mall, dass Kinder- und Jugendärzte künftig eng mit pädagogischen Einrichtungen, Sozial- und Jugendämtern, Frühförderstellen, Familienhebammen und Familienkinderkrankenpflegerinnen zusammenarbeiten. Dies ist das Ziel der "Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen" im Rahmen des 2012 in Kraft getretenen Kinderschutzgesetzes. Dessen Intention ist es, lokale Netze zu initiieren, um die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen rund um die Familie zu verbessern. Dafür werden bis Ende 2015 rund 177 Millionen Euro bereitgestellt. Dafür werden bis Ende 2015 rund 177 Millionen Euro bereitgestellt. Damit sollen regionale Netze auf- oder ausgebaut, ehrenamtliche Mitarbeiter qualifiziert und Familienhebammen eingesetzt werden.

Warum Frühe Hilfen nicht greifen

Erhebungen von Professor Manfred Cierpka von der Universität Heidelberg belegen, dass die regelmäßigen Hausbesuche der Familienhebammen die Entwicklungsperspektiven von Kindern aus sozial schwachen Familien verbessern. Doch die Frühen Hilfen greifen oft noch nicht richtig. Dies liegt laut Mall vor allem an drei Gründen: Der Austausch zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen funktioniert nicht optimal. Barrieren wie Schweigepflicht oder einseitige Informationspflichten verhindern dies. Die Rolle der Kinder- und Jugendärzte ist bei den Frühen Hilfen häufig nicht klar definiert. Die Kostenübernahme für Kooperationsstrukturen ist bisher bundesweit nicht verbindlich geregelt.

Als Sven ganz jung war, steckte das System "Frühe Hilfen" noch in den Anfängen. Die neuen, hoffentlich verbesserten Frühen Hilfen könnten dazu beitragen, Lebensläufe wie den von Sven positiver zu gestalten.

Deutsches Kinderbulletin

Um Kinder aus bildungsfernen und prekären Familienverhältnissen besser zu erreichen und in ihrer gesundheitlichen und sozialen Entwicklung zielgerichtet zu fördern, ist in Berlin das "Deutsche Kinderbulletin" veröffentlicht worden. Einige Thesen aus dem Papier:

Wir erleben gegenwärtig einen epochalen Umbruch der kindlichen Lebenswelten. Viele Eltern sind verunsichert, weil die traditionellen Werte bei der Erziehung heute kaum mehr Gültigkeit haben.

Wir begrüßen es, dass der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz nun endlich durchgesetzt ist. Hier wurde in einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung ein substanzieller Fortschritt erreicht.

Wir fordern neue Kooperationsstrukturen für die bislang eher nebeneinander arbeitenden großen gesellschaftlichen Hilfesysteme (Pädagogik; Sozialwesen, Gesundheitswesen, Medizin).

Wir fordern, künftig einen Teil der Erzieherinnen - wie in anderen Ländern längst üblich – akademisch auszubilden.

Wir fordern, qualifizierte Fachkräfte in Kindertagesstätten bei deutlich geringeren Gruppengrößen, damit diese den an sie gestellten hohen Anforderungen auch gerecht werden können.

Wir fordern, eine zwischen Bund, Ländern und Kommunen abgestimmte zusätzliche finanzielle Kraftanstrengung in Milliardenhöhe, ohne die die Kinderbetreuung qualitativ und personell nicht verbessert werden kann.

Von Raimund Schmid

Deutscher Ärztetag:

Der Arzt soll Lotse werden

Der Ärztetag hat die Bundesregierung aufgefordert, den Fokus beim geplanten Präventionsgesetz stärker auf die Möglichkeiten der ärztlichen Prävention zu richten.

DÜSSELDORF. "Hausärzte sind prädestiniert für Prävention", sagt Bayerns Kammerpräsident Dr. Max Kaplan. Ärzte sind für ihre Patienten wichtige Ansprechpartner - und das nicht nur in Krankheits-, sondern auch in Gesundheitsfragen. Sie können alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gut erreichen und ihre Beratung ist nachhaltig wirksam. Genau deshalb forderte der 117. Ärztetag am Donnerstag in Düsseldorf, dass das im Koalitionsvertrag von Union und SPD festgeklopfte Präventionsgesetz die Rolle der ärztlichen Prävention stärken muss. Die Delegierten bemängeln, dass es Ärzten bisher an einem gesetzlichen Auftrag fehlt, um Patienten primärpräventiv zu beurteilen und zu beraten. Primärprävention ist bisher ausschließlich Sache der Kassen, und ärztliche Prävention beschränkt sich auf Schutzimpfungen. Der EBM sieht bisher auch keine eigene Abrechnungsziffer für eine präventive Beratung vor. "Ärzte können Präventionslotsen sein", hieß es in Düsseldorf. Neben der geplanten Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten müsse das neue Gesetz die Rolle des Arztes bei der Verhaltensprävention stärker berücksichtigen. Die bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder-, Jugendliche und Erwachsene sollten erweitert werden: Feste Bestandteile dieser Untersuchungen müsse auch ärztliche Beratung sein, in der Risiko- und Belastungsfaktoren mit dem Patienten erörtert werden, so die Delegierten. Ausdrücklich unterstützten sie die Aufforderung des Präsidenten der Bundesärztekammer Professor Frank Ulrich Montgomery, der im Vorfeld des Ärztetags gefordert hatte, in Deutschland angebotenen Früherkennungs-Screenings auf den Prüfstand zu stellen. Nötig sei eine wissenschaftliche Analyse aller Statistiken, die es zu den Vorsorgeuntersuchungen gebe, hatte der BÄK-Chef klargestellt. Auch Nordrhein's Kammerchef Rudolf Henke machte deutlich, dass bei Präventionsmaßnahmen auf Wirksamkeitsanalysen nicht verzichtet werden könne. "Dafür müssen wir uns einsetzen, wenn wir erreichen wollen, dass unsere Leistungen auch adäquat vergütet werden", sagte Henke. (*fuh*)

Ärzte Zeitung, 30.05.2014 06:23 Prävention

Sachverständigenkommission

Vorschläge für Kinder psychisch kranker Eltern

BERLIN. Eine Sachverständigenkommission soll die Bedürfnisse von Kindern psychisch kranker Eltern ermitteln und Vorschläge für Anpassungen in der Sozialgesetzgebung erarbeiten. Darauf haben sich Experten vor dem Familienausschuss verständigt. Die betroffenen drei Millionen Kinder stellten keine homogene Gruppe dar, für die einheitliche Hilfsangebote entwickelt werden könnten, sagte die Pflegewissenschaftlerin Sabine Metzger. Der Psychologe Albert Lenz, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, legte dar, dass es zwar große Fortschritte bei den Hilfen für die betroffenen Kinder gebe. Von einer flächendeckenden Versorgung als Regelangebot in den Kommunen sei man aber weit entfernt. Die meisten Angebote würden als zeitlich befristete Projekte regionaler Träger oder Stiftungen organisiert und finanziert. Das Hauptproblem liege in der unzureichenden Abstimmung der Sozialgesetzgebung. Das für die Kinder- und Jugendhilfe relevante Sozialgesetzbuch VIII sehe zwar einen umfangreichen Katalog von Hilfen vor, ist aber nur unzureichend mit den anderen Sozialgesetzbüchern verzahnt, kritisierte Jutta Decarli, Geschäftsführerin des Bundesverbandes für Erziehungshilfe e.V. Vor allem das im SGB V geregelte System der Gesetzlichen Krankenkassen sei nicht entsprechend auf das SGB VIII abgestimmt. Die Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern müssten daher dringend reformiert werden.

Ärzte Zeitung, 05.06.2014

Wer wird Regisseur bei der Prävention?

Pädiater heben mit Blick auf einen neuen Anlauf für ein Präventionsgesetz die Hand: Sie fordern primärpräventive Inhalte ein. Doch der Paritätische Wohlfahrtsverband sieht die Regie bei der Prävention nicht bei Ärzten.

DÜSSELDORF. Beim Thema Prävention wollen Kinder- und Jugendärzte eine größere Rolle spielen und setzen dabei auf die bessere Vernetzung mit allen Beteiligten. Mit dem geplanten Präventionsgesetz müsse die Sozialgesetzgebung so erweitert werden, dass auch nach dem Vorschulalter ein lückenloses Angebot für Kinder und Jugendliche bestehe, sagte der Landesverbandsvorsitzende der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein Dr. Thomas Fischbach auf einem Symposium der Ärztekammer Nordrhein. "Dieses Präventionsangebot muss unbedingt primärpräventive Inhalte haben und der Erfassung für die Entwicklung relevanter gesundheitlicher Risikofaktoren dienen", erläuterte Fischbach. Als Anknüpfungspunkt für ein erweitertes Konzept der sozialen Prävention wollen die Pädiater weiterhin die Vorsorgeuntersuchungen im Kleinkindalter heranziehen. "Dort haben wir den Zugang", sagte Professor Norbert Wagner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin. Mit den Untersuchungen in den ersten beiden Lebensjahren werden über 90 Prozent der Kinder erreicht, bei den Untersuchungen bis ins Vorschulalter immerhin noch über 80 Prozent. **Hausärzte bei Modellen einbeziehen.** Ein Hausarzt aus dem Publikum forderte, die Hausarztpraxen bei Präventionsmodellen einzubeziehen, denn viele ältere Kinder und Jugendliche hätten hier ihre Ansprechpartner. Das Podium stimmte zu: Bei aller Diskussion um Prävention ab der Schwangerschaft dürfe man diese Gruppe nicht vergessen. Eine Vernetzung müsse in einem für alle

Seiten verbindlichen Rahmen stattfinden, fordern die Kinderärzte. "Informationswege werden seitens der Jugendhilfe oft nur als Einbahnstraße betrachtet, der Arzt quasi als Zulieferer verstanden", beklagte Fischbach. Tatsächlich habe er in seiner Praxis einen Blick dafür entwickelt, "wenn etwas nicht stimmt" in einer Familie. Es sei aber frustrierend, wenn der Arzt entsprechende Hinweise weitergebe, aber nie erfahre, was daraus geworden ist. Als Koordinatoren entsprechender Netzwerke sieht Professor Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, die Pädiater nicht. "Dafür sind sie auch zu teuer. Es geht nicht ohne Mediziner, aber es ist nicht notwendig, ihnen die Regie zu geben."

Projektitis statt nachhaltiger Politik

Rosenbrock definiert Prävention als "Beseitigung von Nachteilen durch soziale Ungleichheiten". Dies umzusetzen, sei allerdings nicht nur eine Frage besserer Vernetzung, sondern auch der finanziellen Ressourcen. "Sonst lügt man sich in die Tasche". Rosenbrock kritisierte eine grassierende "Projektitis" in der Politik, die ein nachhaltiges Vorgehen in der Prävention erschwere. Der Kritik schloss sich Fischbach an. Mit "Kinder Zukunft NRW" gebe es in Nordrhein-Westfalen ein Modell zum vorbeugenden Kinderschutz und zur frühen Gesundheitsförderung, das sich in der Evaluierung bewährt habe und nun flächendeckend umgesetzt werden könnte. Stattdessen sehe es so aus, als ob ein neues Projekt aufgesetzt werde. "Projekte sind eben auch ein Markt", sagte er. "Das Schwierige an der Prävention ist, dass die dahinter stehende Bedrohung immer langfristig ist und es daher nicht einen unmittelbaren Handlungsdruck gibt", sagte Professor Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Für eine wirksame Zusammenarbeit forderte sie in Übereinstimmung mit allen Diskussionsteilnehmern mit Blick auf das anstehende Präventionsgesetz: "Es muss intensiv an der Überwindung der Grenzen zwischen den Sozialsystemen gearbeitet werden."

Ärzte Zeitung, 14.04.2014 Katrin Berkenkopf

Prävention ist mehr als Plakate zu drucken

Krankheiten zu verhindern ist allemal besser als sie zu heilen. Doch viele Versuche haben frustrierend geringe Erfolge gebracht. Dabei ist längst bekannt, wie es gut funktionieren kann, schreibt unser Gastautor. Plakate und TV-Spots jedenfalls reichen ihm nicht.

Von Prof. Rolf Rosenbrock

Vorbeugen ist besser als Heilen. Das stimmt. Strittig ist: Wie macht man das? Beim Impfen, also beim medizinischen Arm der Prävention funktioniert das insgesamt ausgezeichnet. Überhaupt haben Medizin und Pharmazie die Infektionskrankheiten in reichen Ländern – trotz MRSA und trotz Masern - gut unter Kontrolle. Ehrlicherweise muss man aber dazusagen, dass der große Sieg über die Seuchen des 19. Jahrhunderts nicht primär ein Sieg der Medizin war: als es in des 1940er Jahren endlich wirksame Impfungen und Medikamente gegen die Tuberkulose gab, waren die Erkrankungs- und Sterberaten an dieser Geißel der Menschheit in Europa bereits um mehr als 90 Prozent gegenüber ihren je gemessenen Höchstwerten zurückgegangen.

Dieser Sieg war nicht primär die Folge von ärztlicher Behandlung oder der Erfolg von Gesundheits-
erziehung, sondern das Ergebnis besserer Bildung, unverdorbenen Lebensmittel, besserer Arbeits-
bedingungen und Stadtsanierung. Heute freilich geht es kaum noch um Infektionskrankheiten, 70
Prozent des Erkrankungs- und Sterbegeschehens (und auch der Versorgungskosten) erklären sich
aus den bekannten wenigen, sehr großen, durchweg chronisch-degenerativ verlaufenden Erkran-
kungen.

Ihre Manifestation kann - theoretisch - zu einem sehr großen Teil verhütet, zumindest in höhere
Lebensalter verschoben werden. Versuche, dies mit Information, Ermahnungen, Beratung, Sanktio-
nen und Belohnung zu erreichen, brachten und bringen frustrierend geringe Erfolge. Dabei ist sehr
wohl bekannt, wie es gehen kann.

Prävention muss in den Lebenswelten ansetzen

In tausenden Betrieben wird es erfolgreich vorgemacht: Den Beschäftigten selber wird dort die
Möglichkeit geboten, darüber zu beraten und zu entscheiden, wie ihre Arbeitssituation durch orga-
nisorische und technische Veränderungen angenehmer werden kann, ohne die Produktivität zu
senken.

Sie werden direkt einbezogen und erleben auf diesem Wege, dass sie selbst an ihrer Lebenswelt im
Betrieb etwas verändern können. Das stärkt das Selbstwertgefühl und vermittelt auch das Gefühl,
im Austausch und Zusammenwirken mit der Arbeitsgruppe Missstände abstellen und Verbesserun-
gen durchsetzen, kurz: etwas bewirken zu können. Dieses Erleben ist für die Gesundheit genauso
wichtig wie die realen Veränderungen im Betrieb, die sich dabei stets ergeben. Im Ergebnis sinkt
der Krankenstand in der Regel um circa ein Drittel, und zwar für nahezu alle Krankheiten und für
lange Zeit. Gleichzeitig steigen bei den Beteiligten auch die Motivation und die Kraft, im persönli-
chen Lebensstil achtsamer und freundlicher mit sich selbst zu sein, zum Beispiel bei der Bewegung
und beim Essen, und auch beim Rauchen.

Dahinter steckt kein Geheimnis, sondern die wissenschaftlich gesicherte Tatsache, dass Prävention
dann erfolgreich ist, wenn sie in den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzt und sie von vorn herein
als die eigentlichen Experten ernst nimmt und einbezieht. Viele Beispiele zeigen, dass dieser Ansatz
nicht nur in Betrieben, sondern auch in KiTas, Schulen und Altenheimen, sozialen Brennpunkten
und im Freizeitbereich erfolgreich ist. Dort erreicht Prävention auch sozial benachteiligte Gruppen
und hilft dabei, die in Deutschland sehr große - und weiter zunehmende - sozial bedingte Ungleich-
heit von Gesundheitschancen zu verringern.

Nötiger Wille, alle Beteiligten zum Mitmachen zu bringen

Im Grunde nicht anders funktioniert die Aids-Prävention, bei der im Zusammenspiel zwischen
staatlichen Stellen und Selbsthilfe die Anzahl der Neuinfektionen seit Jahrzehnten auf einem im
Europa-Vergleich rekordverdächtig niedrigen Niveau gehalten wird. Diesen Ansatz in Politik zu
übersetzen, bedeutet mehr, als Plakate drucken, TV-Spots zu schalten oder den Ärzten eine Gebühr
für Gesundheitsberatung zu bescheren. Seine breite Anwendung würde zwar nicht sehr viel Geld
erfordern. Aber sie setzt den politischen Willen voraus, alle Beteiligten in Staat, Wirtschaft, Zivil-

gesellschaft, Medizin und Sozialversicherungen zum Mitmachen zu bringen und auf Präventionsziele zu verpflichten - durch Aufklärung, Anreize und auch durch Vorschriften. Denn in Deutschland gibt es circa hunderttausend KiTas und Schulen, ein paar Millionen Betriebe und viele tausend soziale Brennpunkte. Derzeit laufen die Beratungen für das im Koalitionsvertrag angekündigte Bundespräventionsgesetz. Nach dem Scheitern 2005, 2008 und 2013 ist das immerhin der vierte Anlauf. Ihm ist Erfolg zu wünschen. Auch weil darin vorgesehen ist, den größten Teil der verfügbaren Gelder für partizipativ gestaltete Interventionen in Lebenswelten einzusetzen. Das ist zwar primär keine Aufgabe für Ärztinnen und Ärzte. Aber die Erfolgsaussichten steigen, wenn die Medizin als wichtiger Anwalt der Gesundheit der Bevölkerung auch den nichtmedizinischen Arm der Prävention stärkt. **Ärzte Zeitung, 27.05.2014 05:03**

Saarland: Präventionsangebote im Netz gebündelt

Im Saarland nehmen immer mehr Gemeinden am Netzwerk für Prävention teil. Eine Website gibt Interessierten nun Überblick über die verschiedenen Initiativen.

SAARBRÜCKEN. Immer mehr Kommunen und Landkreise im Saarland beteiligen sich an einem landesweiten Netzwerk zu gesundheitlicher Prävention. Gleichzeitig sorgt ein neues Terminportal im Internet für mehr Transparenz. Als 20. Gemeinde ist Anfang Dezember Kleinblittersdorf dem ständig wachsenden Kooperationsverbund "Das Saarland lebt gesund!" beigetreten. Die Initiative des Sozialministeriums und der Landes-Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS) wurde 2011 gegründet. Ein wichtiges Instrument, um die an den vielen Einzelprojekten Beteiligten in Kontakt zu bringen und ihre Aktivitäten bei der Bevölkerung bekannter zu machen, ist dabei der gemeinsame Internetauftritt. Neben aktuellen Meldungen und Rubriken wie der "Gesundheitstipp des Monats" wurde neuerdings ein Veranstaltungskalender eingerichtet. In diesem Terminportal kann man differenziert nach Altersgruppen, Gemeinden, Themen und Angebotsarten suchen.

Zu den Filtermöglichkeiten gehören beispielsweise Vortrag, Seminar, Kurs oder Einzeltermin. Die Themenpalette reicht von Ernährung oder Entspannung über Prävention bis zur Sucht.

Michael Kuderna **Ärzte Zeitung online, 10.12.2013**

Links zu anderen Netzwerknewsletter weltweit

Deutscher Präventionstag

<http://www.praeventionstag.de/nano.cms/news/details/1147>

13.05.2014: **Neues Internetportal Wegweiser Prävention**

Das neue Internetportal www.wegweiser-praevention.de wurde am 12.05.2014 im Rahmen des 19. Deutschen Präventionstages freigeschaltet. Es handelt sich hierbei um ein Kooperationsprojekt der

Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (DFK) und des Landespräventionsrates Niedersachsen (LPR).

Der Wegweiser Prävention ist ein umfassendes Informationsportal zur „Entwicklungsförderung und Gewaltprävention für junge Menschen“. Das Portal weist den Weg zu Präventionsprogrammen, die auf ihre Wirksamkeit und Praxistauglichkeit hin überprüft sind und daher von renommierten Wissenschaftlern empfohlen werden. Insbesondere allen Verantwortlichen und Mitwirkenden in Kindertageseinrichtungen und Schulen, die ihre Einrichtungen weiterentwickeln und dafür professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen wollen, wird die Orientierungshilfe empfohlen. Neben grundlegenden Empfehlungen zur Arbeit mit Präventionsprogrammen finden sich gezielte Hinweise zu Zielsetzung, Qualität, Verbreitung und Verfügbarkeit einzelner Angebote. Neben grundlegenden Empfehlungen zur Arbeit mit Präventionsprogrammen finden sich gezielte Hinweise zu Zielsetzung, Qualität, Verbreitung und Verfügbarkeit einzelner Angebote.

Berufverband Deutscher Psychologen - BDP

newsletter@bdp-verband.de

Psychische Belastungen jetzt im Arbeitsschutzgesetz verankert

Arbeitgeber sind künftig zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen verpflichtet. Mit dem Gesetz zur Neuorganisation der bundesunmittelbaren Unfallkassen (BUK-NOG) ist im September 2013 gleichermaßen eine Präzisierung des Arbeitsschutzgesetzes beschlossen worden. Demnach erstreckt sich die Pflicht eines Arbeitgebers zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen nun nicht mehr nur auf körperliche, sondern auch auf psychische Belastungen im Unternehmen.

European Network for Workplace Health Promotion

European Parliament pilot project on health and safety of older workers

The European Commission has concluded a delegation agreement with EU-OSHA on a pilot project on the health and safety of older workers. According to this agreement, EU-OSHA will assist the Commission in implementing a request by the European Parliament on this topic. The pilot project began in June 2013 and runs until the end of 2015.

https://osha.europa.eu/en/priority_groups/ageingworkers/ep-osh-project

"Santiago Declaration" on the state of the economy and health

The results of a high level conference, which took place in Santiago de Compostela in 2013, have been announced.

<https://go.madmimi.com/redirects/1387536956-9a3697ffa91e61a68ecc82c4e19ba581-26ace07?pa=19240969568>

Promoting health, preventing disease: is there an economic case?

Sherry Merkur, Franco Sassi, a policy summary by Sherry Merkur, Franco Sassi and David McDaid. It provides an overview of what is known about the economic case for investing in a num-

ber of different areas of health promotion and non-communicable disease prevention.

<https://go.madmimi.com/redirects/1387536956-49c463d7f7dab9c734b3a1396bdb0e96-26ace07?pa=19240969568>

Mental Health Foundation New Zealand

Hinweise zur Salutogenität des Schreibens

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/32/515/temple-for-christchurch-helps-mend-broken-spirits/>

Frauen und Gesundheit Filme

<http://www.ffg-video.ch/>

Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern: Projektevaluation

http://www.wikip.ch/files/62/Evaluationsbericht_wikip_FHNW_HSA.pdf

Obsan Dossier 27

Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa

<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.Document.177380.pdf>

Themenheft Einsamkeit im Alter

http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_01_2014_Januar_Februar_2014_gekuerzt_PW.pdf

Weiteres siehe

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

<http://www.publicmentalhealth.org>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<http://www.npg-rsp.ch/>

Wichtige Neuerscheinungen

- Barthelmes, I., Hildebrandt, S. & Nolting, H. D. (2014). *AOK-Präventionsbericht. (2014). Die Leistungen der AOK – Die Gesundheitskasse in der Prävention und Gesundheitsförderung. Mit Qualität für die Gesundheit. Schwerpunktthema: Gesundheitsförderung im Setting Kita.*
www.aok-gesundheitspartner.de
- Brinkmann, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie.* Pearson. ISBN 978-3-8689-4165-4
- BVPG (2014). *Potenzial Gesundheit. Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)*
http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_potenzial%20gesundheit_2013_langfassung.pdf
- BVPG (2014). *Statusbericht 8. Dokumentation der Statuskonferenz 2013. Betriebliche Gesundheitsförderung »Gesundheit in kleinen und mittleren Unternehmen.*
http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_statusbericht_8.pdf
- BVPG (2014). *Dokumentation der Statuskonferenz 2013 »Gesundheitsförderung bei Jugendlichen«*
http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_statusbericht_9.pdf
- BZGA: Band 46: *Expertise zur Suchtprävention neu aufgelegt*
<http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2318>
- Chiara Samele, C., Frew, S., & Urquía, N. (2013). *Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health.*
http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
- Dellenbach, M & Angst S. (2014). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*
www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/Psychische_Gesundheit/Alter/Best_Practice_psy-Ges-Alter.pdf
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2014). *Einsamkeit im Alter – im Themenspektrum von Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement u.a. andere Beiträge*
http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_01_2014_Januar_Februar_2014_gekuerzt_PW.pdf
- DPWV (2014). *Zwischen Wohlstand und Verarmung: Deutschland vor der Zerreißprobe. Bericht zur regionalen Armutsentwicklung in Deutschland 2013*

http://www.der-paritaetische.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1402996030&hash=31fd7474f2cce6dd6cb7b4052e01e0fafdc55983&file=fileadmin/dokumente/2013_armutsbericht/A4_armutsbericht-2013_web.pdf

Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Schneider T., Seitz, A., König, L., Spröber, N. (2014). *Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a. D.*

http://beauftragter-missbrauch.de/file.php/1/Endbericht_Auswertung_Anlaufstelle_Missbrauchsbeauftragte.pdf

Franzkowiak P, Luetkens C, Sabo P (Hg.) (2013): *Dokumente der Gesundheitsförderung II. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung von 1992 bis 2013*. Fachverlag Peter Sabo, Mainz. 264 Seiten. Preis: 28,90 Euro.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2014). *Resilienz* UTB GmbH, Stuttgart (12. März 2014)

Garlichs, D. (2013). Das neue Präventionsgesetz der Bundesregierung „Quantensprung“ oder Wahlkampfretorik? *Präventive Gesundheitsförderung* · 8, 200–203.

<http://mijn.bsl.nl/zeitschriften/zeitschriften-weitere-fachbereiche/praevention-und-gesundheitsfoerderung-2013-06/das-neue-praeventionsgesetz-der-bundesregierung/4528112.html>

DVD *Zwischen Bangen und Hoffen* Psychisch erkrankte Menschen – Angehörige und das soziale Umfeld

Paritätischer Wohlfahrtsverband (2014). *Das Soziale – in der Krise? Paritätisches Jahresgutachten 2014*.

www.der-paritaetische.de/uploads/media/frei_web-gutachten.pdf

Friedli, A. (2014). *Psychisch erkrankte Menschen – Angehörige und das soziale Umfeld*

Film

Dieser Film erzählt in berührender Weise über persönliche Erfahrungen von Menschen, die mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert sind oder waren – sei es als Betroffene oder als Angehörige. Die Protagonistinnen und Protagonisten sprechen auch über erlebte Stigmatisierungen. Dass sie damit leben gelernt und die Tabuisierung solcher Krankheiten überwunden haben, zeigen sie alleine schon dadurch, dass sie im Film mitmachen. Sie berichten uns, was sie auf ihrem Weg zurück in den sozialen und beruflichen Alltag als hinderlich oder förderlich erfahren. Der Film ermutigt die Angehörigen psychisch Erkrankter, Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen und der eigenen Gesundheit Sorge zu tragen, bevor die Begleitung der Nächsten über ihre Kräfte geht. An der Premiere sind Protagonistinnen, Fachgruppenmitglieder und die Regisseurin anwesend, um mit Ihnen ins Gespräch zu kom-

men.

info@ffg-video.ch / www.ffg-video.ch

Schickler; A. (2014). *Resilienzförderung als Präventionsmöglichkeit bei Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter*. Diplomica Verlag (4. April 2014)

Steffen. W. (2014). *Prävention braucht Praxis, Politik und Wissenschaft. Kriminalprävention braucht Präventionspraxis, Präventionspolitik und Präventionswissenschaft. Gutachten für den 19. Deutschen Präventionstag 12. & 13. Mai 2014 in Karlsruhe*.

http://www.praeventionstag.de/kriminalpraevention/Module/Media/Medias/Gutachten-A4_345.pdf

vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.) (2014). *Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal. Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung Gutachten*

http://www.aktionsrat-bildung.de/fileadmin/Dokumente/ARB_Gutachten_Burnout.pdf

Literatur von Mitgliedern des GNMH

Ludwig Bilz

Bilz, L. (2013). Die Bedeutung des Klassenklimas für internalisierende Auffälligkeiten von 11- bis 15-Jährigen: Selbstkognitionen als Vermittlungsvariablen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 60(4), 282-294.

Bilz, L., Ottova, V. & U. Ravens-Sieberer (2013). Psychische Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern: Prävention und Früherkennung. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich: Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys "Health Behaviour in School-aged Children"* (S. 168-189). Weinheim: Juventa.

Ottova, V., Hillebrand, D., **Bilz, L.** & Ravens-Sieberer, U. (2013). Psychische Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen aus geschlechtsspezifischer Sicht. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich: Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys "Health Behaviour in School-aged Children"* (S. 38-57). Weinheim: Juventa.

Ritter, M., **Bilz, L.** & Melzer, W. (2013). Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern im Schulkontext - Die Bedeutung der Schulzufriedenheit für die Gesundheit von Heranwachsenden.

In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich: Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys "Health Behaviour in School-aged Children"* (S. 190-208). Weinheim: Juventa.

Matthias Franz

Franz, M. (Hg.) (2014). *Die Beschneidung von Jungen. Ein trauriges Vermächtnis*. Vandenhöck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

(s.a.: http://www.v-r.de/pdf/titel_inhalt_undleseprobe/1011073/inhaltundleseprobe_978-3-525-40455-3.pdf), www.männerkongress2014.de, http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20140507_OT0081/zwei-jahre-kölnerurteil-neüs-fachbuch-heizt-beschneidungs-diskussion-wieder-an)

Jochen Haisch

Haisch, J. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis. In K. Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor, J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber (2014). S. 287-296

Karl Kuhn

Kuhn, K. (2013). Workplace related mental health problems – risks and prevention. *Die Psychiatrie* 2013; 10.

Jürgen Matzat

Hausteiner-Wiehle, Constanze, Henningsen, Peter, Häuser, Winfried, Herrmann, Markus, Ronel, Joram, Sattel, Heribert, **Matzat, Jürgen**, Schäfert, Rainer (2014, im Druck). Nichtspezifische Funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden: S3 Leitlinie und Patientenversion. Journal Club Schmerzmedizin „Leitlinien in der Praxis“.

Kirschning, Silke, **Matzat, Jürgen**, Buschmann-Steinhage, Rolf. (2013). Partizipative Rehabilitationsforschung *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8, 191-199.

Matzat, J. (2013). Selbsthilfe trifft Wissenschaft zur Patientenbeteiligung an der Entwicklung von Leitlinien. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107, 314-319.

Matzat, Jürgen (2014). Patientenpartizipation im Gesundheitswesen. Zur Bedeutung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen. *Forum sozialarbeit + gesundheit* 1/ 29-33

Schäfert, Rainer, Henningsen, Peter, Häuser, Winfried, Hermann, Markus, Ronel, Joram, **Matzat, Jürgen**, Sattel, Heribert, Hausteiner-Wiehle, Constanze (2014). Nichtspezifische Funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden: S3 Leitlinie und Patientenversion. *Psychotherapeut*, 59 (2), 155-172.

Bernd Röhrle

Röhrle, B. (2014). Partnerschaft, Kooperation und Solidarität als Voraussetzung für eine gelingende Vernetzung eines intergenerativen sozialen Settings. In H. Binne, J. Dummann, A. Gerzer-Sass, A. Lange & I. Teske (Hrsg.), *Handbuch intergenerativen Arbeitens – Perspektiven zum Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser*. (S. 217-232). Leverkusen: Budrich.

Röhrle, B. (2014). Präventive Angebote: Deutschsprachige Forschung und Intervention. *Pro Mente Sana Aktuell*, 1, 6-7.

Röhrle, B. (2014). Die Prävention psychischer Störungen. *Psychotherapie und Seelsorge*, 02, 26-29.

Simon Mack

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; **Mack, S.**; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gäbel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U.. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*. 85(1) 2014, 77-87.

Termine- Tagungsankündigungen

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

Tagungsberichte

Kurzbericht zur Statuskonferenz „Kompetenzentwicklung in der Gesundheitsförderung“ der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Alice Solomon Hochschule Berlin, 20.3.14

Im Mittelpunkt dieser Tagung stand die Frage, welche Qualifikationen der oder die gesundheitsförderlichen Berufe haben sollten. Diskussionsvorlage war eine auf europäischer Ebene Sammlung von dafür notwendigen Kompetenzen (bei Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung -BZGA zu bestellen; Konzepte Band 5, ISBN 978-3-942816-49-6). Ziel ist eine international anerkannte Struktur eines allgemeinen Berufes der Gesundheitsförderung zu entwickeln. Im Mittelpunkt der Sammlung stehen ethische Werte wie das Menschenrecht „Gesundheit“. Kernkompetenzen um diese Wertegruppierung liegen zwischen Advocacy, Befähigung und Vermittlung, die sich an die allgemeinen Zirkel der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung orientiert. Dabei werden Kernkompetenzen wie Partizipation formuliert, die u.a. gesundheitsförderliche Veränderungen ermöglichen und intersektorale Beratung ermöglichen. Dafür wird eine lange Liste von Wissen und Fähigkeiten vorgeführt. Der Kern dieser Bemühungen sind die nach Bologna angezielten europäisch vereinheitlichten Linien entsprechender Studiengänge. Dabei ist unklar, ob es einen übergreifenden Beruf der Gesundheitsförderung gibt (seit 1998 in der BRD studierbar). Viele drängen auf den Markt, nicht nur omnipotenten Gesundheitsförderer sondern auch viele andere Berufe, nachdem die präventive Wende immer mehr an Bedeutung gewinnt. Auf diesem Hintergrund wurden Grundlagen wie evidenzbasierte Konzepte der Gesundheitsförderung vorgestellt, deren Praktikabilität diskutiert wurde. Bei der Suche nach geeigneten Kompetenzen im Detail wird der Begriff der Zielgruppenspezifität in Frage gestellt und settingorientierte Konzepte dagegen gehalten. Dabei galt der Prozess der Partizipation als zentral. Konservativ bleiben aber Vermittlung von Wissen und anwendungsspezifische Trainingsprogramme, wie sie die BZGA anbietet. In verschiedenen Teilgruppen wurden Anwendungszusammenhänge wie Kindertagestätten und Öffentlichkeitsarbeit diskutiert, aber auch der Bereich der sozialen und an Bildungsinstitutionen vorgestellt und die allgemeinen Leitlinien herunter gebrochen. Am Ende blieben einfache Einteilungen wie fachliche und kommunikative bzw. persönliche Kompetenzen. Ansonsten überwogen klassische Konzepte wie die Salutogenese. Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich an Anbieter der verschiedensten Berufe. In Frage gestellt wurde ob nicht letztlich der Markt die Anbieter und damit auch die dahinterstehenden Kompetenzen auswählt. In kommunal bezogenen Gesundheitsförderungsprogrammen wurde vor allem die sozialen Schieflagen angesprochen und über ein sog. Präventionskettenprinzip lebenslauforientierte und damit kommunale Anbieterstrukturen angesprochen. Insgesamt wurden viele Konzepte kurz angerissen und warten noch auf eine vertiefte Diskussion. Dass diese notwendig ist, zeigt die unterschiedliche Sprachlichkeit der sehr unterschiedlichen Berufe die in der BVPG organisiert sind, vom Ergotherapeuten bis hin zum Psychotherapeuten.

Bernd Röhrle

6th Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Meeting

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/6th_milestones_meeting/en/index.html

Ausbildungsinstitut Meilen

Wie viel Prävention braucht der Mensch? Und was sind Risiken und Nebenwirkungen von Prävention? 29. und 30. November 2013

http://www.system magazin.de/berichte/2013_zuerich_prasevention.php

Kommende Fachtagungen

Fachkongress: Prävention im Alter (PrimA) - Potenziale aktiveren, Risiken reduzieren, Krisen mildern

24.7.2014

Hochschule München

Dachauer Straße 100a (Gebäude T), 80335 München

Das ganze Programm und die Anmeldung finden Sie hier:

http://www.sw.hm.edu/projekte_und_forschung/forschung/aktuelle_forschungsprojekte/forschungsgruppe__interdisziplinaere_gerontologie_/prima/tagungsprogramm_1.de.html

Swiss Public Health Conference 2014 / Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz – «Public Mental Health»

Olten

21. / 22. August 2014

www.conference.public-health.ch

Positive Psychology and Well-being

August 26-28, 2014, Suzhou, China (CPPWb 2014) "

cppwb@wuhongzheng.info

Fachgruppe Gesundheitspsychologie

10. Kongress für Gesundheitspsychologie mit dem Thema "Gesundheit im sozialen Wandel" einladen, 31. August bis zum 2. September 2011 in Berlin

Keynote Speakers sind

- Michäl Eid, Berlin
- Johannes Siegrist, Düsseldorf
- Hannelore Weber, Greifswald

Call for Papers, Informationen zu Programm, Terminen und Beitragseinreichung:

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/10-kongress-fuer-gesundheitspsychologie/>

Angstbeißer, Trauerkloß, Zappelphilipp? – Seelische Gesundheit bei Männern und Jungen“

findet an der **Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf** am **19. und 20. September 2014** der
inzwischen **3. Männerkongress** statt.

kontakt@maennerkongress2014.de

School Mental Health Preconference Session

September 23, 2014

Imperial College London United Kingdom

***TO REGISTER, CONTACT:* Heather McDaniel**

laskyh@mailbox.sc.edu

Deutsche Akademie für Präventive Medizin

Prevention Update 2014

10.-11. Oktober 2014

Haus des Gastes/Bürgerhaus

Hautvillerplatz 1, 65399 Kiedrich im Rheingau

http://www.akaprev.de/prevention_update_2014.html

Der 11. Konfliktmanagement-Kongress

Hannover

19./20.9.2014

wird unter dem Motto „Mediation und Kultur“ stehen.

<http://www.km-kongress.de/nano.cms/programm>

28th Conference of the EHPS: Beyond prevention and intervention: Increasing well-being

Innsbruck, Austria

26-30 August, 2014

Our aim is to offer a program of interest to scholars as well as practitioners, a program founded on

research results as well as evidence from the field. Our efforts should provide an excellent opportunity for participants to interact by exchanging and debating new directions in the broad area of psychology.

<http://www.ehps2014.com>

XX World Congress on Safety and Health at Work 2014 - Global Forum for Prevention

Germany, Frankfurt, 24-27 August

<https://www.safety2014germany.com/>

28th Conference of the European Health Psychology Society (EHPS)

„Beyond prevention and intervention: increasing well-being“

Innsbruck, Austria

August 26-30, 2014

<http://www.ehps2014.com/>

Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung 2014

Mittwoch, 3. September 2014, Universität Freiburg (Schweiz)

<http://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/agenda/bgf-tagung.html>

Young People and Sexual Health: Reducing Risky Behaviour through Education and Empowerment

Tuesday 23rd September 2014 Thon Hotel Bristol Stephanie Brussels

<http://phirn.org.uk/young-people-and-sexual-health-reducing-risky-behaviour-through-education-and-empowerment>

The Eighth World Congress on the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioural Disorders. Mental Wellbeing in All Policies Imperial College, London

24.09.- 26.09.2014

<http://apmd.org.au/event/8th-world-congress-promotion-mental-health-and-prevention-mental-and-behavioural-disorders>

Institut für Forschung u. Ausbildung in Kommunikationstherapie.

Fortbildung: KOMmunikations-KOMpetenz-Training in der Paarberatung

Teil1: 14.11. -16.11.14

Teil2: 05.12. -07.12.14

Ruckertstr. 9, 80336 München

Telefon: 089/ 54 43 11 -0 Telefax: 089 / 54 43 11 -26

info@institutkom.de

2. Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung 2015

Austria, Bregenz, 26-27 March 2015

Bregenzer Festspiel- und Kongresshaus GmbH

Platz der Wiener Symphoniker 1

6900 Bregenz

Österreich

T: +43 (5574) 413-0

F: +43 (5574) 413-413

information@festspielhausbregenz.at

International Mental Health Congress

Lille 2015

28.-30.4.2015

<http://imhclille2015.com/>

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)
-