

INHALT

Seite

Vorwort	3
Originale von den Mitgliedern	
Prävention psychischer Störungen durch paarorientierte Interventionen. Die Auswirkungen von Trennung und Scheidung (<i>Rudolf Sanders</i>)	4
Wohlbefinden / Well-Being (<i>Röhrle, Bernd</i>)	5
Strategien zu Vergebung und Versöhnung / Beratung und Psychotherapie / Vergebungs-, Versöhnungskompetenz. (<i>Notker Klann, Erhard Scholl, Harald Krebs, Peter Kohlgraf & Friederike von Tiedemann</i>)	13
Nachrichten von den Mitgliedern	19
Informationen aus Politik und Organisationen	
Deutscher Bundestag	
Koalitionsvertrag zum Thema Prävention	20
Kleine Anfrage zu Gesundheitliche Auswirkungen bei minderjährigen Kindern aus Trennungsfamilien	
NRW: Landesgesundheitskonferenz richtet gesundheitliche Prävention neu aus	
Erlangen: Gemeinsame Gesundheitsstrategie der Gesundheitsregion	22
Zukunftsforums Public Health: Vorrang für Verhältnisprävention	22
Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung	24
Dokumentation des zweiten Präventionsforums	24
Deutscher Präventionstag: Gutachten für den 23. Deutschen Präventionstag	25
AOK und Robert Bosch Stiftung: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz	26
21. Deutscher Ärztetag: Beschlüsse zu Prävention und Gesundheitsförderung	26
Aus anderen Netzen	26
Bundesministerium für Gesundheit, Deutscher Präventionstag, Gesundheitsförderung Schweiz, Kraftwerk Gesundheit	26
Aus den Forschungsbereichen	29
Buchbesprechungen und –ankündigungen	
Friederike von Tiedemann <i>Versöhnungsprozesse in der Paartherapie</i>	34
Walter Schmidt <i>Woran Ehen scheitern können</i>	36
Elmar Brähler, et al.. <i>Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen</i>	41
Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven	41
Neue Bücher	49
Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH	52
Termine- Tagungsankündigungen	57
Tagungsberichte	
Tagungsankündigungen	
Stellenanzeigen	59
In eigener Sache: Erneuerung von Mitgliederdaten	61

Liebe Mitglieder des GNMH,

dies ist ein besonders erfreulicher Rundbrief; ist es doch gelungen einige Originalia zu veröffentlichen. Man sieht, man ist beteiligt bei positiv psychologisch getragenen Themen, klassische Belastungsthemen wie Trennungen werden angesprochen und auch eine Übersicht zu Auffassungen, was den Wohlbefinden ausmacht wird geboten. Bleibt zu hoffen, dass sich die Bereitschaft kleine Papiere für den Rundbrief bereitzustellen so bleibt. An dieser Stelle sei allen (außer mir selbst) gedankt, für diese Bereitschaft.

Im politischen Teil des Rundbriefes tauchen vor allem die Koalitionsvereinbarungen auf und die damit einhergehenden Hoffnungen oder auch defizitären Sichtweisen für die kommende Zeit zur Fortentwicklung der Prävention. Zudem finden sich wieder viele Initiativen auf landes- und kommunaler Ebene; auch im Forschungsbereich (auch eigene Initiativen).

Neu im Literaturteil sind Buchbesprechungen und Buchankündigungen. Man wird sicher wieder etwas Interessantes in diesem Heft finden.

Reutlingen, Juli 2018

Mit herzlichen Gruß

A handwritten signature in cursive script that reads "Bernd Röhrle".

Bernd Röhrle

**Prävention psychischer Störungen durch paarorientierte Interventionen
Die Auswirkungen von Trennung und Scheidung
*Rudolf Sanders***

Mit einer Trennung oder Scheidung gehen – ebenso wie mit schweren Beziehungskrisen und Partnerschaftskonflikten – erhebliche Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Gesundheit beider Partner einher (Bodenmann, 2013; Hahlweg, 2003; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003). Darüber hinaus sind eine Trennung oder Scheidung der Eltern ebenso wie das Aufwachsen in einer durch chronische Paarkonflikte belasteten Familie zentrale Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltensstörungen und emotionalen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

„Eine Scheidung stellt in den meisten Fällen eine gravierende Belastungssituation für die Partner, die Kinder und die gesamte Familie dar und geht mit einschneidenden persönlichen, sozialen, ökonomischen und häufig ökologischen Veränderung einher, die eine hohe Adaptionfähigkeiten erfordern. Auch wenn die unmittelbaren Effekte einer Scheidung nach rund 2 bis 3 Jahren abzunehmen scheinen und sich die Kinder und Ex-Partner mit der Situation abzufinden beginnen, zeigen verschiedene Parameter, dass die Scheidungsfolgen bis ins Erwachsenenalter, ja manchmal das gesamte Leben und über mehrere Generationen hinweg nachwirken. So erreicht die Lebenszufriedenheit bei Geschiedenen nie mehr das Niveau vor der Scheidung. Ihr Befinden ist nachhaltig schlechter als das bei Verheirateten, auch wenn sie selber sich wieder verheiraten. Kinder zeigen auch Jahre nach der Scheidung einen niedrigen Selbstwert, dysfunktionale Erwartungen bezüglich der späteren eigenen Partnerschafts stabilität und des Beziehungsglücks und häufig auch schlechtere akademische Leistungen und frühe eigene Partnerschaften mit Auswirkungen auf ihren sozioökonomischen Status. Auch wenn in der Familienkonfliktthese davon ausgegangen wurde, dass eine Scheidung im Falle einer stark konflikträchtigen Partnerschaft für die Kinder von Vorteil sei, zeigen neuere Forschungsergebnisse, dass eine Scheidung in aller Regel ungünstig ist. Auch wenn die Anpassung von der Situation vor, während und nach der Scheidung abhängt und vor allem die Regelung der familiären Verhältnisse nach der Scheidung (weiterhin gute und tragfähige Beziehungen zu beiden Eltern) eine wichtige Rolle bei der Abschätzung der Scheidungsfolgen spielt, sind diese einschneidend.“
(Bodenmann, 2013, S. 223)

Die Partnerschule – ein Kompetenztraining damit die Liebe bleibt und wächst

Trotz der hohen Bedeutung, die das Gelingen einer nahen Beziehung für den Einzelnen hat und das Bewusstsein um die große Gefahr von Trennung und Scheidung, werden präventive Programme nur wenig genutzt. In Krisensituationen nehmen lediglich 15% der Paare Beratung bzw. Therapien in Anspruch (Doss et al. 2010). Häufig kommen Paare erst zu einem sehr späten Zeitpunkt wenn bereits schwerwiegende Verletzung stattgefunden haben (De Maria 2005).

Die Partnerschule ist ein innovatives Präventionsprogramm. Es basiert auf einem integrativen Menschenbild mit einer „bio-psycho-sozial-ökologischen“ Ausrichtung. Es sieht Frauen und Männer ganzheitlich in ihrer körperlichen, seelischen und geistigen Realität mit ihren sozialen und ökologischen Kontexten und im Kontinuum der Lebensalter (Petzold 1993). Die Partnerschule bezieht deshalb jeweils die biologisch-somatische Seite des Menschen als „Körper-Wesen“ ein und nutzt für diese „Bio-Dimension“ körper- und bewegungstherapeutische Ansätze (Petzold H. & Orth I. Hrsg. 1990, Lissy-Honneger 2015). Für die seelische Seite, die „Psycho-Dimension“ des Menschen, wird schematherapeutisch orientiert und emotionsfokussierend gearbeitet (Sanders & Kröger 2013). Wegen der großen Bedeutung der „Sozio-Dimension“, der sozialen Seite des Menschen, seines großen Wunsches, Weggefährten im Abenteuerland der Ehe zu finden (Sanders 2015), geschieht das Lernen von Beziehungskompetenzen vor allem in und mit Gruppen. Dadurch finden viele ganz neue Kontakte, häufig auch echte Freunde auf ihrem Lebensweg. Um diesem Suchen und Finden einen offiziellen Rahmen zu geben, wurde im Jahr 2000 das Netzwerk Partnerschule e.V. gegründet. Hier treffen sie auf Wegbegleiter für ihre geistigen Bedürfnisse und Sinnfragen. Sie machen Empowerment-Erfahrungen, deren Ziel die Förderung der Fähigkeit der Menschen ist, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen (Sanders 2008).

Bodenmann G. (2013): Klinische Paar- und Familienpsychologie. Huber Bern

Hahlweg, K. (2003): Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (S. 429-454). Göttingen: Hogrefe.

Lissy-Honneger, R. (2015): Paare in Bewegung. Körperarbeit in der Partnerschule. Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz. <http://www.partnerschule.de/bewegung.pdf>

Petzold H. (1993): Integrative Therapie, Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis, 3 Bände. Paderborn: Junfermann

Petzold H. & Orth I. Hrsg. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Junfermann, Paderborn.

Robles, T.F. & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003): The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79, 409-416.

Sanders R. & Kröger C. (2013): Die Partnerschule als schematherapeutisch orientierter und emotionsfokussierender Beratungsansatz für Paare. In: *Beratung Aktuell*. 01/2013 S. 20. – 44

Sanders R. (2015): Eheberatung – Gefährtenschaft im Abenteuerland. Die Partnerschule als bindungsbasierte Paar- & Eheberatung. *Beratung Aktuell*, S.3 -25.

Sanders R. (2018): Empowerment - Hilfe zur Selbsthilfe - in der Ehe- und Familienberatung am Beispiel des „Netzwerk Partnerschule E.V. In: *Beratung Aktuell* 1 /2018, 35-51

Folgende Masterarbeit wurden bisher über den Ansatz Partnerschule geschrieben:

Slowik, Sven (2018): *Prävention als Dimension der Ehepastoral. Kriterien einer wirksamen Ehevorbereitung und –begleitung. Am Beispiel des Beziehungs-Kompetenzen- Trainings Partnerschule Ruhr* – Universität Bochum Lehrstuhl für Pastoraltheologie

www.partnerschule.de/ehevorbereitung.pdf

Löwen, Bettina (2016): *Die Bedeutung von Autonomie und Verbundenheit für gelingende, lebenslange Partnerschaft.*

Masterarbeit Kath. Hochschule NRW, Abt. Paderborn

www.partnerschule.de/autonomie.pdf

Lissy-Honegger, R. (2015): *Paare in Bewegung – Körperarbeit im Rahmen der Partnerschule*

Masterarbeit Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie

www.partnerschule.de/bewegung.pdf

Neitsch, Annika (2012): „*Kindermund tut Wahrheit kund!*“ – *Wie Kinder die Paarberatung ihrer Eltern erleben. Eine qualitative Untersuchung am Beispiel der Partnerschule.*

Hochschule Coburg, Klinische Sozialarbeit

www.partnerschule.de/kindermund.pdf

Weitere Veröffentlichungen zur den Partnerschule finden sich unter

<https://partnerschule.eu/publikationen/>

Rudolf Sanders, 8.6.18

Wohlbefinden / Well-Being. ¹

Röhrle, Bernd

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat 1946 in ihrer Verfassung festgelegt, dass unter Gesundheit ein "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" zu verstehen sei. Dieses Gesundheitsverständnis ist zum Inbegriff einer, erst Jahrzehnte später expliziten, salutogenetischen Perspektive geworden. Für die WHO wird Wohlbefinden (im englischen Original: "well-being") zur Fähigkeit, eigene persönliche, soziale und ökonomischen Ziele umzusetzen. Dadurch können kritische Lebensereignisse bewältigt, ein gemeinschaftlich angelegter Lebensweg beschritten und die dafür notwendigen Lebensverhältnisse gepflegt werden. Damit sind sowohl subjektive wie objektive Anteile von Gesundheit angesprochen, und zugleich wird eine ganzheitliche Sicht einer bio-psychozialen Gesundheit festgelegt.

Definition und Typisierungen

Wohlbefinden ist ein individueller oder kollektiver Zustand oder Prozess, sich selbst, andere und entsprechende Lebensumstände als positiv zu erleben. Allerdings wird Wohlbefinden je nach wissenschaftlichem Verwendungszusammenhang ((z.B. in der Wirtschaft, Politik, Soziologie oder Psy-

¹ In BZGA Leitbegriff der Gesundheitsförderung (*letzte Aktualisierung am 22.03.2018; <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/>*) (mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber)

chologie) unterschiedlich operationalisiert. Im engeren Sinne zeichnet sich Wohlbefinden durch folgende *Typisierungen* aus:

- aktuelles vs. habituelles,
- subjektives vs. objektives,
- psychologisches vs. soziologisches vs. ökonomisches,
- individuelles vs. umweltgebundenes,
- handlungsbezogenes vs. dispositionelles,
- mentales, physisch-körperliches, emotionales, funktionales, soziales, spirituelles, gemeindeorientiertes,
- hedonisches bzw. eudaimonisches und ontologisches Wohlbefinden.

Eine gewisse grundsätzliche und philosophienahe Bedeutung bei all diesen Unterscheidungen haben zwei unter dem letzten Spiegelstrich genannten Arten des Wohlbefindens. Unter hedonischen Formen des Wohlbefindens versteht man das Prinzip der Unlustvermeidung und der Annäherung an lustvolle Zustände. Das eudämonische Wohlbefinden meint die Verwirklichung eines guten (sinnvollen, die menschlichen Potenziale verwirklichenden) Lebens. Daraus entstand ein psychologisches Konstrukt, das Momente der Selbstakzeptanz, und der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit umfasst. Es schließt aber auch die Beziehungen zu anderen mit ein und betont auch die Fähigkeit zur Autonomie, zur Bewältigung alltäglicher Probleme, und zur zielorientierten Gestaltung des eigenen Lebens. Das hedonische Wohlbefinden beschreibt mehr die Seite des affektiven Erlebens, des Genießens. Die Vorstellung von einem ontologischen Wohlbefinden ist der Versuch, eudaimonisches und hedonisches Wohlbefinden als philosophische Kategorie zu verknüpfen.

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

Wohlbefinden wird manchmal auch gleichgesetzt mit positiven und negativen affektiven Anteilen, mit Glück, Lebenszufriedenheit, Lebensqualität, "Flourishing" (positiv getöntes Erfahren im Lebensvollzug mit einem starken Erleben der eigenen Stärken, Kreativität, Güte, Wachstumsmöglichkeiten und Widerstandsfähigkeit), mit Wellness und auch der Negation von Krankheit oder Anomie bzw. Gesundheit. Auch diese begrifflichen Erweiterungen des Wohlbefindens sind zusätzlich noch in sich unterschiedlich definiert und zugleich auch an verschiedene Krankheiten bzw. Altersgruppen angepasst worden. *Subjektives Wohlbefinden* ist das Ergebnis von Vergleichen. Diese beziehen sich auf Urteile, inwieweit Bedürfnissen, Wertmaßstäben und Einstellungen hinreichend entsprochen wurde. Beteiligt sind dabei Motive (z.B. Hoffnung, Optimismus, Prosozialität), die auf das Selbst oder das Kollektiv bzw. die Umwelt ausgerichtet sind. Zusammen sind sie mehr oder weniger reichsspezifisch (materiell, sozial, gesundheitlich etc.) und im Extremfall an lebensübergreifenden Themen orientiert. Wichtig ist, wie die internen oder externen Handlungs-, Entwicklungs- und Bewältigungsmöglichkeiten beschaffen sind. Das auf das Wohlbefinden bezogene Handeln bzw. seine Ergebnisse oder die entsprechenden externen Ereignisse sind auf diesen Urteilsprozess bezogen. *Objektives Wohlbefinden* beschreibt die für die subjektive Form notwendigen Lebensverhältnisse. In der Regel wird dabei das ökonomische, ökologische und humane Kapital einer Gesellschaft erhoben, d.h. seine strukturellen und Sicherheit bietenden Möglichkeiten, individuell und kollektiv

die Voraussetzungen für das subjektive Wohlbefinden zu schaffen (Determinanten von Gesundheit). Individuelles Wohlempfinden entspricht der subjektiven Form. Das kollektive Wohlempfinden wird in die Nähe des Begriffs des Humankapitals gerückt, also des insbesondere im Wissen der Gesellschaft beheimateten und auch wirtschaftlich nutzbaren Potentials. Dieses kann durch Bildung und soziale Interaktion freigesetzt werden.

Bei der *Messung* von Wohlbefinden, von Lebensqualität, des Glücks, der Lebenszufriedenheit und des Flourishing finden sich fast alle der oben genannten Bestimmungsstücke wieder. Die OECD hat 2013 einen Orientierungsrahmen vorgestellt, um den Umgang mit der Vielfalt der entwickelten Messinstrumente zu erleichtern. Dieser Rahmen hilft bei der Auswahl der Messverfahren insbesondere dann, wenn verstärkt an den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer angesetzt werden soll. Aus epidemiologischen Untersuchungen zum Wohlbefinden in nationalen und transnationalen Zusammenhängen geht hervor, dass sich die Werte für das Wohlbefinden im mittleren Bereich bewegen (in der Regel mit Vorteilen für Europa und die USA). Ähnliche Angaben werden auch für die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität von Kindern gemacht.

Wohlbefinden und Gesundheit: Modelle und Bedingungen

Wohlbefinden wird mit einer Vielzahl von Merkmalen in Zusammenhang gebracht. Dazu gehört die Qualität des sozialen Lebens, die eigene Befindlichkeit, der Erfolg des Lebensvollzugs sowie viele förderliche Umweltbedingungen - v.a. auch Kategorien der Gesundheit als selbst eingeschätzte Kategorie, als Korrelat der Langlebigkeit, des Gesundheitsverhaltens und objektiver Kriterien der physischen und psychischen Gesundheit. Der direkte Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Gesundheit steht in einem mäßigen korrelativen Bezug. Längsschnittstudien können kaum quasi-kausale Wirkungen nachweisen. Dieses Ergebnis dürfte damit im Zusammenhang stehen, dass zwischen Wohlbefinden und Gesundheit wesentlich komplexere Wirkgefüge anzunehmen sind. So konnte nachgewiesen werden, dass eine Vielzahl von psychophysiologischen, neurologischen, psychologischen Prozessen und Verhalten als vermittelnde Größen beteiligt waren. Zudem spielt auch eine Vielzahl von personengebundenen und kontextuellen Bedingungen bei diesen vermittelnden Prozessen eine Rolle. So ist u.a. die Wirkung nachgewiesen von Dopamin oder Endorphinen, der Reagibilität des Immun- und autonomen Nervensystems, der HPA-Achse, der Herzrattentätigkeit, der neurologischen Aktivität der Amygdala und der des Verstärkerzentrums (mesolymbisches System; Nucleus Accumbens). Sie alle beeinflussen die affektiven, motivationalen und kognitiven Aspekte des Wohlbefindens und vermögen entsprechendes Verhalten zu verstärken. So wirken sich positive Affekte teilweise auf gesundheitsrelevantes Wissen und Motivationen (Risikowahrnehmung, Handlungserwartungen, Motive, etc.) aus. Auch stärkt Wohlbefinden die Bereitschaft, sich zu bewegen und gesunde Nahrungsmittel zu wählen, in beträchtlichem Ausmaß.

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

Modelle und Theorien des Wohlbefindens haben versucht, solche komplexen Zusammenhänge abzubilden. Die dabei beteiligten Faktoren sind in Abb. 1 zusammenfassend dargestellt. Abb. 1: Modell zum Zusammenhang von Wohlbefinden und Gesundheit Für die Verarbeitung von Informatio-

nen, die für das Wohlbefinden relevant sind, müssen Handlungsziele und Wertorientierungen vorhanden sein. Diese führen Vergleichsprozesse zu bestimmten Empfindungen und Wahrnehmungen verschiedener Arten des Wohlbefindens. Durch psychobiologische oder psychologische Prozesse, aber auch durch wahrnehmbares Handeln (einschließlich der Verarbeitung von Stressoren), werden in Interaktion mit entsprechenden Umweltbedingungen die notwendigen Vergleiche als Voraussetzungen des Wohlbefindens möglich. Sollgrößen dieser Prozesse sind dabei auch kollektiv gesteuert (Wohlbefinden als soziologische Größe).

Individuelle und kontextuelle Bedingungen

Zu den derzeit gut untersuchten Rahmenbedingungen für Wohlbefinden zählen:

- Genetische Dispositionen und Persönlichkeitsmerkmale;
- Gender und Alter;
- Informationsverarbeitung und Verhalten;
- Lebensereignisse;
- Soziale Position und Lebenslage;
- Soziale Netzwerke und soziales Kapital;
- Arbeitswelt und gesellschaftliche Bedingungen.

In Zwillingstudien zeigen sich zwar vereinzelt *genetische* bzw. dispositionelle Teileffekte. Es überwiegen jedoch Studien, welche Merkmale der Persönlichkeit, des Verhaltens und der sozialen Umwelt für das Wohlbefinden als bedeutsamer hervorheben. Bei *Persönlichkeitsmerkmalen* korrelieren Extraversion, Neurotizismus und Verträglichkeit am stärksten mit Lebenszufriedenheit, Glückserleben und negativem Affekt. Subjektives Wohlbefinden wird am deutlichsten durch Extraversion und Neurotizismus vorhergesagt.

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

Geringe *geschlechtsbezogene Unterschiede* im Wohlbefinden werden bei Frauen mit einer höheren Morbidität, mit häufigerem Witwendasein, mit empfundener geringerer Attraktivität im Alter, mit ökonomischer Benachteiligung und mit ihrer größeren Veröffentlichungsbereitschaft in Zusammenhang gebracht. Zum Wohlbefinden verschiedener *Altersgruppen* liegen folgende Ergebnisse vor: Abhängig von verschiedenen Rahmenbedingungen (physische und psychische Gesundheit, Persönlichkeitsmerkmalen, Beschäftigungsstatus, inneren Werten, Zielorientierung, Selbstwirksamkeit, Hoffnung, soziale Unterstützung bzw. Familienqualität, elterlicher Erziehungsstil, Lebensqualität der Nachbarschaft, Enkulturation - weniger bedeutend: Geschlechtsgruppenzugehörigkeit, ethnische Verbindung und sozio-ökonomischer Status) zeigen Kinder und Jugendliche eine hohe Lebenszufriedenheit und ein überwiegend ausgeprägtes Glücksempfinden. Zur Stabilität bzw. Veränderung von Wohlbefinden im Alternsprozess liegen keine konsistenten Ergebnisse vor. Der Höhepunkt für Glücksgefühle scheint jedoch nach 50 Lebensjahren abzunehmen, während die Lebenszufriedenheit wieder zunimmt.

In vielen Studien zur *Informationsverarbeitung* ist nachgewiesen, dass für die psychische Gesundheit, die Lebenszufriedenheit, Lebensqualität und für positive Affekte entscheidend ist, wie gut

Emotionen oder Stress reguliert werden konnten. Klare interaktive Bezüge zwischen verschiedenen Formen des Wohlbefindens sind für hedonisches Wohlbefinden und affektive Lagen nachgewiesen. Weniger deutlich ist der Zusammenhang zwischen eudaimonischem Wohlbefinden und dem Sinnerleben. Positive Affekte helfen, Stressoren zu bewältigen und innere und äußere Ressourcen zu aktivieren (z.B. Kohärenzsinn, personale Projekte, soziale Unterstützung). Prosoziales, vertrauensvolles *Verhalten* und die Bereitschaft, Belohnungen aufzuschieben, erweist sich vielfach als "glücklich" machend, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sind gesteigert. Risikoverhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität korrelieren hingegen negativ. Lebensereignisse, soziale Netzwerke, Qualität an Arbeitsplätzen, verschiedene Merkmale der Umwelt bis hin zu gesamtgesellschaftlichen Merkmalen, wie Modernität, nehmen als *kontextuelle Merkmale* nachweislich Einfluss auf das Wohlbefinden. Heirat und Geburtserleben erweisen sich in Längsschnittstudien als bedeutsamste Prädiktoren für positiv gestimmtes kognitives und affektives Wohlbefinden. Scheidung, Verwitwung, Arbeitslosigkeit und Berentung sagen teilweise erhebliche negative Effekte des Wohlbefindens vorher. Diese Ergebnisse werden allerdings stark von weiteren Faktoren mitbestimmt wie Persönlichkeitsmerkmalen, Bewältigungsfertigkeiten, Fertigkeiten zur Emotionsregulation und Einbindung in soziale Netzwerke.

Soziale Position und Lebenslage: Die Zusammenhänge zwischen dem Einkommen bzw. Lebensstandard oder auch Bildung und verschiedenen Arten des Wohlbefindens bewegen sich weitgehend im mittleren Effektbereich. In Abhängigkeit von vielen Kovariaten (z.B. materialistische Orientierung, allgemeines Einkommensniveau eines Landes, Befriedigung der Grundbedürfnisse) erhält der Zusammenhang einen u-förmigen und dabei meist auch stabilen Verlauf. Bedeutsamer ist jedoch die subjektiv empfundene Ungerechtigkeit in Form der wahrgenommenen Unterschiedlichkeit der konkreten Lebenslagen.

Soziale Netzwerke und soziales Kapital wirken sowohl direkt als auch indirekt auf das Wohlbefinden ein. Die Qualität sozialer Kontakte in sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien und ehe-lichen Beziehungen ist dabei für das Wohlbefinden bedeutsamer als deren Quantität. Untersucht man die Bedeutung des sozialen Kapitals (definiert als Ressourcenzugang, Vertrauen, soziale Integration, etc.), so finden sich auch hier positive Bezüge zur Lebensqualität, zum Glückserleben und, in einem weiten Sinne, auch zur Lebenszufriedenheit.

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung

Arbeitswelt und gesellschaftliche Bedingungen: Der Wert von Arbeit wird meist als Ressource und sinnstiftendes Moment dargestellt. Auch Wohlbefinden ist nachweislich von Merkmalen am Arbeitsplatz abhängig. So zeigen sich im "World Happiness Report" 2017 weltweit deutliche Unterschiede zwischen Beschäftigten und arbeitslosen Menschen in ihrer Lebenszufriedenheit und Affektqualität. Aber auch bei den Beschäftigten konnte nachgewiesen werden, dass Bedingungen am Arbeitsplatz (Belohnungswert, Kommunikation, Führungsqualität, Arbeitsplatzsicherheit- und Stabilität, etc.) in einem deutlichen Bezug zum Wohlbefinden stehen. Für Länder der OECD (2011) sind die Zusammenhänge zwischen der Lebenszufriedenheit und dem Einkommen, der sozialen Gerechtigkeit, Wohnverhältnissen, Arbeitsplatzsicherheit, Unterstützungspotentialen und Gesund-

heit besonders hoch. Zusätzlich scheinen das Ausmaß an Liberalität, die Stabilität von Regierungen, die soziale Sicherheit, das Ausmaß an persönlicher Sicherheit und weitere Merkmalen der Lebensqualität (u. a. Zugang zu sauberem Wasser, Luftqualität, sanitäre Ausstattung, Freizeitmöglichkeiten) für das subjektive Wohlbefinden entscheidend zu sein. Das *Zusammenspiel von Person-Umweltbezüge* als Bedingungen des Wohlbefindens ist vermutlich am besten durch die Interaktion bestimmter Persönlichkeitseigenschaften und selbst gewählter Situation vorherzusagen. Ein stark mit dieser Vorstellung verbundenes Konzept ist die Idee der Verwirklichungschancen/Capabilities. Ursprünglich wurde mit diesem Konzept der Wohlstand von Gesellschaften erfasst, also das Ausmaß an freiheitlichen, ökonomischen Ressourcen und Chancen bzw. Sicherheiten. Diese sind für das Wohlbefinden letztlich nur bedeutsam, wenn bestimmte Fertigkeiten vorhanden sind, entsprechende Angebote auch nutzen zu können. Wohlbefinden wird mit Verwirklichungschancen gleichgesetzt, um stabile Lebensverhältnisse zu schaffen und den Zugang zu Bildung, Bindung, Autonomie, Erfolg und Freude zu gewährleisten.

Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens

Nicht nur auf Basis der Befunde zum Zusammenhang von Wohlbefinden und Gesundheit, sondern auch durch eine positive Orientierung von Gesundheitszielen, wie sie die WHO, die positive Psychologie sowie andere gesellschaftliche Vorstellungen von einem gelingenden Leben vorgegeben haben, wurden zahlreiche Interventionen zur Förderung des Wohlbefindens entwickelt. Im Vordergrund stehen dabei kurativ und präventiv bedeutsame Programme, die edukativ oder selbsthilfeorientiert das Wohlbefinden v.a. von erkrankten Personen verbessern wollten. Es überwiegen Studien aus der positiven Psychologie, die psychischen Problemen vorbeugen und sie behandeln will.

- *(a) Interventionen bei körperlichen Erkrankungen:* Bei Studien zu diesem Thema wird in der Regel geprüft, ob klassische medizinische Maßnahmen bei körperlichen Erkrankungen nicht nur zu einer symptomatischen Besserung führen, sondern auch die Lebensqualität verbessern. Die Ergebnisse sind eher gemischt, wenn die Wirkung von Psychopharmaka bei Schmerzen, bei der Rückfallprophylaxe von Psychosen oder bei Demenzkranken untersucht wurde. Bariatrische Eingriffe (Verkleinerung des Magens) zeitigen kaum nachvollziehbare Effekte in der Lebensqualität der Patienten und Patientinnen. Auch wenn die Wirkung psychosozialer Maßnahmen untersucht wurde, fallen die Ergebnisse eher gemischt aus: so bei Arthritis, Asthma, Herzerkrankungen, COPD, Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und Hämodialysepatienten/-patientinnen. Hohe Werte konnten in der Veränderung der Lebensqualität bei Patienten/Patientinnen mit Osteoporose oder Multipler Sklerose nachgewiesen werden. Insgesamt bleiben die Wege noch im Dunkeln, auf welche Weise sich die Hilfen auf Arten und Komponenten des Wohlbefindens ausgewirkt haben.
- *(b) Interventionen bei psychisch Erkrankten:* Es liegen nur wenige Nachweise dafür vor, dass die psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen auch Merkmale des Wohlbefindens (meist Lebensqualität) verbessern hilft, Viele Ergebnisse zeigen überwiegend Effekte bei den Symptomen und weniger bei Merkmalen des Wohlbefindens (nachgewiesen für psychotische Erkrankungen, Ess- und Angststörungen).

- (c) Viele Maßnahmen werden auch *im präventiven Bereich* mit zum Teil deutlicheren Effekten angeboten. Spezielle Untersuchungen zur Wirksamkeit von Methoden zur Steigerung positiver Aktivitäten, zu mehr Achtsamkeit und Dankbarkeit berichten über schwache bis mittlere Effekte. Klassisch-präventive Vorgehensweisen wie das Training körperlicher Fitness erweisen sich für das Ausmaß an positiven Affekten bei älteren Menschen als nur wenig erfolgreich. Bei Jugendlichen lassen sich einige positive Effekte nachweisen, die aber möglicherweise mehr mit der Zugehörigkeit zu Vereinen oder Clubs zu tun haben könnten. *Settingorientierte Maßnahmen* zur Stärkung des Wohlbefindens sind im Wesentlichen auf Interventionen am Arbeitsplatz beschränkt (Gesundheitsförderung und Betrieb). Körperliches Training am Arbeitsplatz, positiv psychologische Maßnahmen oder webbasierte psychosoziale Hilfen bessern nur wenig das psychische Wohlbefinden, die Absentismusrate und die Produktivität.

Fazit und Ausblick

Wohlbefinden im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit zu untersuchen und zu fördern, ließ viel Hoffnung aufkommen. Doch die Zusammenhänge zwischen den Bedingungen und Folgen des Wohlbefindens sind komplex. Nur selten werden Untersuchungen konzipiert, die umfassend alle beteiligten Komponenten prüfen. Das gilt gleichermaßen für individuelle, kollektive und gesellschaftliche Maßnahmen, Wohlbefinden zu pflegen. Selbst wenn sich die Ergebnisse durch komplexer angelegte Studien verbessern lassen, bleiben am Ende auch Gefahren, wenn man sich einseitig auf die Kategorie Wohlbefinden festlegt. Die Gefahren sind groß, Wohlbefinden nicht vorwiegend in der Interaktion mit dem Pathogenen zu sehen, es nur auf Personen zu reduzieren und nicht auch als ein Umweltmerkmal zu begreifen. Die neueren gesundheitspolitischen Strategien zur Förderung von "Gesundheit und Wohlbefinden" versuchen sich an einer Gesundheit der Bevölkerung zu orientieren, die mehr soziale Determinanten und nachhaltige Entwicklungsziele im Auge hat, um so auch den Gefahren eines individualisierenden Reduktionismus von Wohlbefinden vorzubeugen. Sie nutzen das vielfältige Potential des Konzepts des Wohlbefindens, um es mit verschiedenen Politikbereichen zu verknüpfen und umso dem übergeordneten Ziel der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit zu dienen. Auch die globalen Vorstellungen zur nachhaltigen Entwicklung nehmen in der Agenda 2030 und den "Sustainable Development Goals (SDG)" darauf Bezug (Gesundheitsförderung international 3, Global Health/Globale Gesundheit). Weltweit werden entsprechende Bemühungen erkennbar, insbesondere in Ländern wie USA, Kanada, Australien, aber auch in Ländern der Europäischen Union. Der Europäische Gesundheitsbericht (2012) will das Konzept des Wohlbefindens deutlich revitalisieren. Trotz der bislang schwachen Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden, will man dafür eintreten, dass die Lebensbedingungen und auch das Gesundheitssystem gerade auch über die Bedeutungsvielfalt des Konzepts zu einem Garanten des gesellschaftlichen Wohlbefindens werden. Diese Sicht beeinflusste u.a. auch europäische Aktionsprogramme zur Öffentlichen Gesundheit, wie das vom Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) und die von Netzwerken wie dem EuroHealthNet. Der gewünschte Paradigmenwechsel ist in einigen europäischen Ländern wie z.B. in England oder Holland schon deutlich angekommen. Sie alle verknüpfen das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit mit der Förderung von Wohl-

befinden (Gesundheitsförderung und Europäische Union). In Deutschland wird das Wohlbefinden vor allem im Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität (2016) angesprochen. Es taucht aber auch als Thema im Bereich der Förderung der kindlichen Entwicklung, der Kindergesundheit und des Kindeswohls auf; hier auch als "Aufwachsen in ‚Wohlergehen‘" (Präventionsketten/Integrierte kommunale Gesundheitsstrategien) und in Verbindung mit Förderung der Resilienz. Dadurch wird insgesamt ein Paradigmenwechsel weg von einer engen und eindimensionalen Auffassung von (physischer) "Gesundheit" zu einem mehrdimensionalen Konzept hin entwickelt, bei dem eine Vielzahl von biopsychosozialen Prozessen auf der individuellen Ebene und auch ein komplexes Gefüge von gesellschaftlichen Lebensbedingungen, Institutionen und sozialen Netzwerken beteiligt sind. Bleibt zu hoffen, dass diese differenziertere Revitalisierung von Wohlbefinden auch zu einer nachhaltigen gesellschaftlichen Wende führt, bei der Gesundheit und Wohlbefinden wichtige Säulen eines menschenwürdigen Lebens werden.

Literatur:

- Biswas-Diener, R. (2013). Positive Psychology as Social Change. New York.
- Brown, N. J. L., Lomas, T. & Eiroa-Orosa, F. J. (Eds.) (2018). The Routledge international handbook of critical positive psychology. London.
- Bericht der Bundesregierung zur Lebensqualität in Deutschland: <https://www.gut-leben-in-deutschland.de/SiteGlobals/PL/18795112>
- Centers of Disease Control and Prevention (2016). Well-being concepts. Atlanta. (<https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>; 08.02.18)
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E. & Tay, L. (2015). Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. *International Journal of Psychology*, 50(2), 135-149.
- Estes, R. J. & Sirgy, J. (2017). The Pursuit of human well-being the untold global history. Cham.
- Helliwell, J., Richard Layard, R. & Sachs, J. (eds.) (2017). The world happiness report. <http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/HR17.pdf>
- Linton, M.-J., Dieppe, P., Medina-Lara, A. (2016). Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: exploring dimensions of well-being and developments over time. *British Medical Journal*, 6, e010641.
- OECD (2013). OECD guidelines on measuring subjective well-being. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Röhrle, B. (2017). Ressourcen aktivieren: Förderung von Wohlbefinden bei älteren Menschen. In R. Frank (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. (S. 275-290)., 3. Aufl.).
- Ruini, C. (2017). Positive psychology in the clinical domains. Research and practice. New York.
- Unicef (2016). Innocenti Report Card (<https://www.unicef-irc.org/publications/series/16/>)
- White, S. C. (2016) Introduction: The many faces of wellbeing. In S. C. White & C. Blackmore (Eds.), *Cultures of wellbeing*. (pp. 1-44). London.

- WHO (2012). Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. First meeting of the expert group, Copenhagen, Denmark, 8-9 February 2012. Copenhagen.
- WHO (2013). Der Europäische Gesundheitsbericht 2012. Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen
- WHO (2013). Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert. Kopenhagen.
- WHO (2015). Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus-neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen.

Strategien zu Vergebung und Versöhnung / Beratung und Psychotherapie / Vergebungs-, Versöhnungskompetenz²

Notker Klann, Erhard Scholl, Harald Krebs, Peter Kohlgraf & Friederike von Tiedemann

1. Einleitung

Es wird die Frage geprüft, ob es einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ gibt, der konstitutiv in allen erfolgreichen Vergebungs- und Versöhnungsprozessen anwesend ist. Eine gezielte Auswertung des Erfahrungswissens von Paaren soll Einsichten dazu erbringen. Es werden Anregungen für die professionelle Bearbeitung, Beratung und Psychotherapie, von Verletzungen in Paarbeziehungen und anderen Beziehungsnetzwerken erwartet. Damit können Impulse zur Anreicherung der Vergebungskompetenz in kleineren Netzwerken und in der Gesellschaft verbunden sein, die am Ende des Forschungsvorhabens in Projekte für eine „Allgemeine Prävention“ einfließen werden.

Die Trägerschaft dieses Teils des Forschungsvorhabens lag beim Bundesverband Katholischer Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater e.V.

Zusammenfassend werden die wichtigsten Definitionen vorgestellt, damit ein einheitlicher Verstehenshorizont gegeben ist:

1.1 Vergebung

Der ursprünglichen Bedeutung nach, meint das Wort *Vergabung* „etwas fortgeben, hinweg geben, in Besitz übertragen“, später auch im Sinne von ‚eine Sache aufgeben, deren strafrelevante Verfolgung berechtigt wäre‘ (nach Herzog, 2017, S.19).

1.2 Versöhnung

Das Wort ‚versöhnen‘ kommt von ‚versuenen‘ und bedeutet „Frieden stiften“, „schlichten“, und „still machen“. Versöhnung ist die Wiederaufnahme einer positiven Beziehung zwischen zwei

² Vortrag gehalten auf der dritten Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Positiv-Psychologische Forschung (DGPPF): - Zusammenwachsen – Förderung der positiven Entwicklung von Individuen, Organisationen und Gesellschaft - (03. – 05. Mai 2018, Ruhruniversität Bochum)

Menschen, die in irgendeiner Weise verfeindet oder zerstritten waren. Versöhnung wird immer als gemeinsamer Prozess verstanden, während Vergebung nicht von der Reaktion des Anderen abhängig ist. Versöhnung erfordert somit, dass eine Vergebung vorausgegangen ist. Gleichzeitig müssen beide Parteien den Wunsch haben, den Konflikt zu beenden. Es handelt sich somit um einen dialogischen, zwischenmenschlichen Prozess (nach Herzog, 2017, S.20 / 21).

1.3 Vergebungs-, Versöhnungskompetenz

Die Definitionen verdeutlichen, dass gezieltes Verhalten und Handeln für die Erreichung von Vergebung und Versöhnung notwendig sind. Da dieses in abgestufter Weise - erfolgreicher, weniger erfolgreich - denkbar ist, braucht es bisweilen eine gut entwickelte und trainierte Vergebungs- und Versöhnungskompetenz, um das angestrebte Ziel erreichen zu können. Damit eröffnet sich eine präventive Perspektive

1.4 Zwischenergebnis

In diesem Beitrag wird davon berichtet, wie das Erfahrungswissen von Paaren, bezüglich Vergebung und Versöhnung, erfasst und ausgewertet wurde (Tiedemann, von, 2017). Mit einer Evaluationsstudie soll im nächsten Schritt überprüft werden, ob sich evidenzbasiert belegen lässt, dass es wirklich einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ gibt, der konstitutiv in allen erfolgreichen Vergebungs- und Versöhnungsprozessen anwesend ist, um die weiteren Projektziele erreichen zu können.

2. Methoden

Damit das Erfahrungswissen breit gefächert erfasst werden kann, wurden drei Stichproben ausgewählt, die für unterschiedliche Erfahrungskontexte stehen.

2.1 Repräsentative Stichprobe

Um das „durchschnittliche“ Verhalten im Umgang mit Kränkungen und Verletzungen als Bezugspunkte zur Verfügung zu haben, ist eine deutschlandweite repräsentative Umfrage durch EMNID durchgeführt worden. Die Befragung erfolgte in persönlicher Form im Rahmen einer Mehrthemenbefragung per CAPI-Technik (CAPI = Computer Assisted Personal Interviewing). Dabei konnten 1396 Personen erfasst werden.

2.2 Stichprobe: Paare ohne aktuelle Belastung

Es handelte sich um Paare / Personen, die sich im Augenblick mit keiner Vergebensproblematik in ihrer Beziehung beschäftigten (N = 266). Diese wurden über unterschiedliche christliche Organisationen und durch persönlichen Einsatz der Autoren rekrutiert. Damit sollte u. a. der Hypothese nachgegangen werden, ob die Aussage / Hypothese stimmt, dass religiös gebundene Personen über eine höhere Vergebungskompetenz verfügen.

2.3 Stichprobe: Paare mit aktueller Belastung

Diese Stichprobe wurde über Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, in katholischer Trägerschaft, gewonnen. Es handelt sich um Klienten (N = 276), die aktuell in ihrer Beziehung eine Vergebensproblematik hatten und Beratung in Anspruch genommen haben.

2.4 Fragebogen

Den Untersuchungspersonen (mit und ohne Vergebensproblematik) ist ein Fragebogen vorgelegt worden, der insgesamt 79 „geschlossene Fragen“ und 2 „offene Fragen“ enthielt.

Für diese Präsentation werden schwerpunktmäßig die Resultate aus den „offenen Fragen“ vorgestellt. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine retrospektive und persönliche Auswertung der selbst gemachten Erfahrungen mit dem durchlebten Vergebungsprozess der untersuchten Personen. Dieser konnte noch aktuell andauern, gescheitert oder erfolgreich abgeschlossen worden sein. Die frei formulierten Ausführungen zu den offenen Fragen wurden zusammengestellt (110 DIN-A4-Seiten).

Die Antworten sind dann von Studierenden der Katholischen Hochschule Mainz inhaltsanalytisch ausgewertet worden. Dies geschah mit dem Ziel, die Ereignisse (Gründe für Verletzungen / Kränkungen) und die zum Einsatz gebrachten Handlungsmuster / Strategien im Vergebungsprozess, mithilfe charakteristischer Oberbegriffe erfassen und ordnen zu können.

3. Ergebnisse

3.1 repräsentative Umfrage

Die deutschlandweite repräsentative EMNID – Erhebung zeigt (Kohlgraf, P., Kröger, C, & Scholl, E., 2015), dass relativ kurz vor der Befragung 25% der antwortenden Personen eine Kränkung und/oder Verletzung erlebt haben. Danach fühlten sie sich ziemlich (16%), stark (6%) oder sehr stark (3%) gekränkt und/oder verletzt.

Diese Personen gaben auf die Frage: „Wie stark haben Sie Ihrem Partner vergeben?“ zur Antwort:

- gar nicht = 22 %,
- wenig/etwas = 8 %,
- ziemlich = 20 %,
- stark = 27 %,
- sehr stark = 23 %.

Auf die Feststellungen aus dem MOFS – Fragebogen (Schulz, J. & Kröger, C., 2010) wurden diese Antworten gegeben:

„Seit meine Partnerin / mein Partner sich so verhalten hat, bin ich weniger geneigt, mit ihm/ihr zu reden“. Dieser Feststellung „stimmen eher zu – 8%“, „stimmen zu – 2%“, „stimmen stark zu – 1%“.

„Ich Sorge dafür, dass meine Partnerin/mein Partner sich schuldig fühlt, für das, was vorgefallen ist“. Dieser Feststellung „stimmen eher zu – 10%“, „stimmen zu – 2%“, „stimmen stark zu – 1%“.

3.2 Stichproben Klienten / Nicht Klienten

Kränkungs-, Verletzungsereignisse

Im Überblick werden die genannten Ereignisse, die zu Kränkungen und Verletzungen führten, zusammenfassend vorgestellt. Es wurden acht Ereigniskomplexe gefunden, die nach Häufigkeiten sortiert, diese Rangreihe bilden:

Ereignisse	N = 543	%
1. Verhaltensweisen (alltägliches Verhalten)	150	27,6
2. Rückzug – fehlende Kommunikation	118	21,7
3. Unterschiedliche Denkweisen	103	19,0
4. Untreue (sexuell)	75	13,8
5. Verhalten gegenüber anderen Personen	55	10,1
6. Rollenverhalten innerhalb der Familie	47	8,7
7. Verbale oder körperliche (z. B. Aggression) Auffälligkeiten	34	6,3
8. Krankheit und Sucht	10	1,8

Die Tabelle der Ereignisse macht die Vielschichtigkeit und die Verknüpfungen deutlich, die Bestandteil einer kränkenden und verletzenden Erfahrung sein können. Gleichzeitig zeigte sich, dass bei einem Teil der Personen es nicht nur ein Ereignis (17 % zwei Ereignisse; 5% drei bis fünf Ereignisse) gab, welches kränkende und / oder verletzende Konsequenzen für die betroffene Person hatte. Deshalb ist in Beratung und Therapie eine differenzierte Bestandsaufnahme geboten.

Umgang mit Kränkungen/Verletzungen

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Erarbeitung eines Beratungs- oder Therapiekontraktes ist das Wissen darum, welche Versuche und / oder Strategien, um Vergebung zu erreichen bzw. zu gewährleisten, bisher zum Einsatz kamen und mit welchem Erfolg dies geschah. Dazu gibt die Auswertung der Untersuchungsgruppe diese Hinweise:

Insgesamt konnten 45 Verhaltensmuster / Strategien isoliert werden, die im Rahmen von Vergebungsprozessen bei den Befragten zum Einsatz kamen. Wenn diese unter dem Gesichtspunkt der Anwendungshäufigkeiten (von wenigstens 30 Personen zum Einsatz gebracht) in eine Rangreihe gebracht werden, bleiben 10 Verhaltensmuster / Strategien übrig. Es werden hier nur die hilfreichen Strategien berücksichtigt. Die destruktiven Vorgehensweisen werden in diesem Kontext nicht erwähnt.

Diese auf diesem Weg gewonnenen Verhaltensmuster, im Sinne der Arbeitshypothese, ob es einen „kleinsten gemeinsamen Nenner“ gibt, der konstitutiv in allen erfolgreichen Vergebungs- und Veröhnungsprozessen anwesend ist, weisen untereinander zum Teil Schnittmengen auf. Dies berück-

sichtigend, ergeben sich zusammenfassend 5 Strategiekombinationen (Expertenmeinung), um Vergebung und Versöhnung einzuleiten, voranzubringen und zu einem erfolgreichen Abschluss zu kommen:

- Es sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, immer wieder das Gespräch zu suchen und dafür die geeigneten Kompetenzen zur Verfügung zu haben.
- Das Geschehene / Erfahrene durchdenken, Distanz zu den eigenen Gefühlen entwickeln, um Einsicht ringen, eigene Anteile erkennen, Verantwortung übernehmen.
- Sich in den anderen hineinversetzen, eine Perspektivübernahme versuchen.
- Einbeziehen, dass die Bearbeitung (Vergebung / Versöhnung) Zeit braucht und sich diese als ein Entwicklungsprozess erweisen wird.
- Eine geeignete Entschuldigung ist die Voraussetzung für bewusstes Vergeben und die Basis für den Versöhnungsprozess.

Diese Strategiekombinationen orientieren sich an zwei übergeordneten Gesichtspunkten: Es geht darum, das Wohlwollen bei den beteiligten Personen füreinander zu vermehren und gleichzeitig Groll, Ärger und Distanz zu reduzieren (Paleari, Regalia & Fincham, 2009).

Eine weiterführende Analyse bezüglich der Verhaltensmuster zeigt, dass 34,6% der erfassten Personen von keiner Strategie berichtet haben. Gleichzeitig muss in diesem Kontext auch erwähnt werden, dass dies auch bedeutet, es konnte aus der frei formulierten Antwort keine Strategie isoliert werden. Somit existiert eine gewisse Unschärfe. Bei 18,8% konnte eine Strategie gefunden werden. Unter dieser Voraussetzung ist festzuhalten, dass über 50% der erfassten Personen keine oder nur eine Vorgehensweise kennen, wenn sie Vergebung einleiten oder voranbringen möchten (Klann, N. & Scholl, E., 2017).

4. Diskussion der Ergebnisse

Die deskriptive und induktive Vorgehensweise zur Erhellung des Vergebens- und Versöhnungsprozesses und die dabei erlangten Ergebnisse bedürfen einer Evaluation. Dies ist umso mehr geboten, weil der größte Teil, der zusammengetragenen Aussagen retrospektiven Charakter hat. Dafür eignen sich besonders die Kolleginnen und Kollegen, die mit Personen in Beratung und Psychotherapie arbeiten, die mit einem Vergebensproblem befasst sind. Die beschriebenen Strategien sind so arrangiert worden, dass sie für den Beratungs- und Therapieprozess einsetzbar sind (Tiedemann, von, 2017) und im Hinblick auf ihre „Wirksamkeit“ geprüft werden können. Die organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen hierfür werden zurzeit ausgehandelt. In diesem Kontext laden wir zur Mitwirkung und Unterstützung ein. Es geht darum, die wichtigen Elemente zu finden, die Vergebung und dann auch Versöhnung ermöglichen. Dies ist und kann nur ein kollektives Vorhaben sein.

Das Ergebnis der EMNID – Untersuchung, 25% der Antwortenden hat zeitnah zum Befragungszeitpunkt persönlich eine erhebliche Verletzung / Kränkung erlebt, ist ein wichtiger Indikator.

Wenn unter theoretischen Gesichtspunkten eine Trennung zwischen Verletzten und Verletzer vor-

genommen wird, verdoppelt sich die Anzahl derer, die aktuelle mit einer Vergebungproblematik befasst sind. Wenn dann noch die geringe Vergebungskompetenz dabei berücksichtigt wird, spitzt sich die Situation weiter zu. Damit ist vielleicht ein wichtiger Faktor beschrieben, der mit Trennung und Scheidung assoziiert ist.

Der vorgelegte Überblick der aktuellen Studien macht deutlich, wie groß die Notwendigkeit ist, im Sinne einer „Allgemeinen Prävention“, tätig zu werden. Im Kontext dieser Konferenz sehen wir eine Möglichkeit, „Verbündete“ zu finden, die uns bei der Vermehrung von Vergebungskompetenz unterstützen können. Für uns ist zunächst die Vermehrung der therapeutischen Kompetenz ein wichtiges Ziel. Daraus möchten wir nach der Evaluationsphase ableiten, wie die gesammelten Erfahrungen und der inhaltliche, fachliche Zugewinn für präventive Projekte nutzbar gemacht werden können, damit eine allgemeine Vergebungskompetenz in unterschiedlichen Netzwerken und in der Gesellschaft zunehmen kann.

Literatur

- Herzog, A. (2017). Was ist Versöhnung, was nicht? Ein Überblick. In Tiedemann, von (Hrsg.), Versöhnungsprozesse in der Paartherapie. Paderborn: Junfermann.
- Klann, N., Kohlgraf, P. & Scholl, E. (2016). Bewältigungsstrategien von Paaren nach Verletzungen. Ergebnisse aus einer empirischen Umfrage. *Beratung Aktuell* 17 (2), S. 16-77. (<https://www.active-books.de/kategorien/buch/507-beratung-aktuell-22016-junfermann-verlag/>).
- Klann, N. & Scholl, E. (2017). Empirische Ergebnisse zu Bewältigungsstrategien von Paaren nach Verletzungen. In Tiedemann, von (2017). (Hrsg.), Versöhnungsprozesse in der Paartherapie. Paderborn: Junfermann.
- Kohlgraf, P. (2018). Vergeben uns versöhnen. Erfahrungen des Glaubens – Felder des Handelns. Grünewald: Ostfildern.
- Kohlgraf, P., Kröger, C. & Scholl, E. (2015). Vergebung und Verzeihen – Eine Befragung im Kontext kirchlicher Ehe- und Familienberatung. *Herder-Korrespondenz* 69 (2), S. 100-104.
- Paleari, F. G., Regallia, C. & Fincham, F. D. (2009). Measuring Offence-Specific Forgiveness in marriage: The Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS). In: *Psychological Assessment* 21 (2), S. 194-209
- Schulz, J. & Kröger, C. (2010). Deutsche Übersetzung der Marital Offence-Specific Scale, Technische Universität Braunschweig.
- Tiedemann, von, F. (2017). (Hrsg.), Versöhnungsprozesse in der Paartherapie. Paderborn: Junfermann.

Autoren: Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Notker Klann, Am Eichweg 14, 53572 Bruchhausen, Mail: klann.beratung@t-online.de; Dipl.-Psych., Dipl. Theol., Erhard Scholl; Dr. phil., Dipl.-Psych., Harald Krebs; Prof. Dr. theol. habil. Peter Kohlgraf; Dipl.-Psych., Friederike von Tiedemann.

Nachrichten von den Mitgliedern

Forschungsprojekt PaarBalance

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
gerade läuft die zweite PaarBalance Studie in Kooperation mit den Universitäten Bamberg und Bern an, im Rahmen derer Paare, bzw. Einzelpersonen das Programm in Eigenregie durchführen. Gerade werden noch 30 Teilnehmer gesucht, die Interesse haben, das Programm kostenfrei zu nutzen.

Paare, bzw. Einzelpersonen, die **aktuell in Beratung sind, können nicht teilnehmen**. Paare, die aber z.B. auf der Warteliste stehen und noch länger warten müssen oder Paare, für die die Hürde noch zu groß ist, eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch zu nehmen oder Paare, die zeitlich nicht zu einer Face-to-Face-Beratung kommen und Ähnliches, kommen in Frage.

Hier der Link zur Studie <https://www.paarbalance.de/studien/>

Informationen über das PaarBalance Programm finden Sie im folgenden Artikeln

<https://www.active-books.de/kategorien/buch/509-beratung-aktuell-42016-junfermann-verlag/>

<https://www.active-books.de/kategorien/buch/527-beratung-aktuell-12018-junfermann-verlag/>

Alles Gute wünschend

Rudolf Sanders

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Unter folgendem Link finden Sie eine Übersicht über die Beziehungs- Kompetenzen- Trainings Herbst 2018/ 2019 der Partnerschule.

<http://partnerschule.de/seminare.pdf>

Besonders hinweisen möchte ich auf folgendes:

- 1) in der Regel besteht eine **Kinderbetreuung** während der Trainings
- 2) über das Netzwerk Partnerschule e.V. ist für bedürftige Paare und Familien eine **Bezuschussung der Teilnehmerkosten** möglich: <http://partnerschule.eu/netzwerk-partnerschule-e-v/>
- 3) für Kolleginnen und Kollegen, die alleine oder mit ihrem Partner das Verfahren kennen lernen wollen, bietet eine Teilnahme an einem Seminar dazu eine gute Möglichkeit.
- 4) denn die **nächste Ausbildung** zum Partnerschule Trainer und Trainerinnen über dreimal fünf Tage beginnt im September 2019

<http://partnerschule.eu/ausbildung-zum-partnerschule-trainerin/>

Für Rückfragen stehe ich immer gerne per Mail oder telefonisch zur Verfügung

Herzliche Grüße

Rudolf Sanders

Neue Adresse von Prof. Dr. Kevin Dadaczynski

Hochschule Fulda | Fulda University of Applied Sciences
Fachbereich Pflege und Gesundheit | Department of Nursing and
Health Science
Leipziger Straße 123
36037 Fulda
Fon: +49 (0)661 9640-6073
Mail: kevin.dadaczynski@pg.hs-fulda.de

Informationen aus Politik und Organisationen

Deutscher Bundestag

**Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD
19. Legislaturperiode**

Zum Thema Prävention

Wir werden ein Maßnahmenpaket zur Bekämpfung der Kinderarmut schnüren: Dazu wollen wir zur Entlastung einkommensschwacher Familien, insbesondere auch Alleinerziehender und kinderreicher Familien, den Kinderzuschlag erhöhen. Gemeinsam mit dem Kindergeld soll der Mindestbedarf des sächlichen Existenzminimums (derzeit 399 Euro) gedeckt werden. Wir werden die harte Abbruchkante abschaffen und sorgen so dafür, dass die Leistung bei steigendem Einkommen langsam ausläuft, so dass vom Einkommen mehr übrigbleibt. Damit wollen wir die Leistungsbereitschaft fördern und Anreize zur Aufnahme und Steigerung von Erwerbsarbeit der Eltern setzen. Dabei müssen wir prüfen, wie Kinderzuschlag, Wohngeld, Kinderunterhalt und/oder Unterhaltsvorschuss besser aufeinander abgestimmt werden können. Die Beantragung dieser Leistung für Familien wollen wir entbürokratisieren und die Antragstellung dort, wo es möglich ist, mit Anträgen auf weitere Leistungen zusammenführen. Wir wollen erreichen, dass Berechtigte die Leistung tatsächlich erhalten. Für Vermögen und Einkommen des Kindes aus Erwerbstätigkeit oder Ausbildungsvergütung werden wir einen Freibetrag schaffen.

Wir wollen, dass Kinder unabhängig vom Elternhaus die gleichen Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe erhalten und ihre Fähigkeiten entwickeln können.

Wir wollen die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention in allen Lebensbereichen deutlich stärken. Auf Grundlage des Berichtes der Nationalen Präventionskonferenz und

der anschließenden Beratungen im Deutschen Bundestag werden wir ein Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes vorlegen.

Mit einem Nationalen Gesundheitsportal wollen wir, dass sich die Patientinnen und Patienten verlässlich schnell und umfassend im Internet über medizinische Fragestellungen und Strukturen unseres Gesundheitswesens informieren können.

Wir werden Patientenrechte stärken. Dazu werden wir Vorschläge für einen Patientenentschädigungsfonds für Schäden in Härtefällen, bei denen die bestehenden Haftungsregelungen nicht greifen, prüfen.

Wir werden weitere Maßnahmen ergreifen, um die notwendigen Impfquoten zum Schutz der Bevölkerung zu erreichen.

Weitere Schwerpunkte werden in der Prävention chronischer Erkrankungen, insbesondere in der Entwicklung einer nationalen Strategie zur Reduzierung von Übergewicht vor allem bei Kindern und Jugendlichen liegen. Wir werden Drogenmissbrauch weiterhin bekämpfen und dabei auch unsere Maßnahmen zur Tabak- und Alkoholprävention gezielt ergänzen. Dabei ist uns das Wohl der Kinder von Suchtkranken besonders wichtig.

Wir werden die Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin fördern.

Wir werden uns weiterhin für eine Reduzierung des Antibiotikaverbrauchs und der Verhinderung von Antibiotikaresistenzen einsetzen und dies zusätzlich durch Forschung unterstützen.

Kleine Anfrage zu Gesundheitliche Auswirkungen bei minderjährigen Kindern aus Trennungsfamilien in unterschiedlichen Betreuungsmodellen mit Fragen zu präventiv bedeutsamen Interventionen

Drucksache 19/2052 19. Wahlperiode 08.05.2018

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/020/1902052.pdf>

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/023/1902327.pdf>

[Aus den Ländern und Kommunen](#)

Minister Laumann: Landesgesundheitskonferenz richtet gesundheitliche Prävention neu aus. Neue Landesinitiative zu Gesundheitsförderung und Prävention – Fortschreibung des Landespräventionskonzeptes

Nordrhein-Westfalen 22. November 2017

Prävention im Fokus: Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat eine neue Landesinitiative für Prävention und Gesundheitsförderung beschlossen.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales teilt mit:

Prävention im Fokus: Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat eine neue Landesinitiative für Prävention und Gesundheitsförderung beschlossen. „Damit richten wir die gesundheitliche Prävention in Nordrhein-Westfalen neu aus“, erklärte der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann während der Jahrestagung der LGK in Grevenbroich. „Wir wollen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen, die alle Menschen in Nordrhein-Westfalen unabhängig ihres Geschlechts, Alters und kulturellen Hintergrunds erreichen. Dies gilt insbesondere für Menschen in schwierigen Lebenslagen. Ich freue mich, dass die LGK sich diesem Ziel verpflichtet hat.“

Beabsichtigt ist einerseits, Kooperationen in der Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen. Andererseits sollen bestehende Angebote und durch das Präventionsgesetz neu entstandene Strukturen besser aufeinander abgestimmt werden. Die neue Landesinitiative bündelt die wichtigsten Präventionsaktivitäten in Nordrhein-Westfalen. Dabei baut sie auf bereits Erreichtem und Bewährtem des bisherigen Präventionskonzeptes auf. Durch einen neuen Steuerungsmechanismus kann nun gezielt und schnell auf aktuelle Themen und Herausforderungen reagiert werden.

Besondere Themenschwerpunkte: gesunde Ernährung zu fördern und für ausreichende Bewegung zu sorgen. Die psychische Gesundheit der Menschen soll unterstützt, missbräuchlicher Konsum möglichst verringert und so der Einstieg in Sucht verhindert werden. Weitere Anliegen sind die Vermeidung von Unfällen, das Verhindern von Infektionen und die Förderung von Impfungen.

Mit der Landesinitiative sollen die LGK-Mitglieder gemeinsam mit der Landesregierung die gesetzten Ziele verwirklichen und das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalens fortschreiben. Das strukturierte, abgestimmte und gemeinsame Vorgehen ist hierbei eine Stärke des neuen Konzeptes. Bestehende Strukturen, Maßnahmen und Programme fließen ebenso ein wie neue Entwicklungen. Wirksame Gesundheitsförderung und Prävention erfordern zudem die Kooperation aller Zielgruppen. Die LGK sieht die Lebenswelt „Kommune“ als einen wesentlichen Interventionsort für Gesundheitsförderung und Prävention an.

Beispielhafte Projekte, die dazu beitragen, dass neue Kooperationen und damit konkrete Maßnahmen entstehen, sollen 2018 mit dem Gesundheitspreis NRW „Integrierte Präventionskonzepte – Gesundheit in allen Politikbereichen“ ausgezeichnet werden.

Entschließung der Landesgesundheitskonferenz NRW (wird im Laufe des Tages aktualisiert):
www.mags.nrw.

Kommunen

Erlangen

Gemeinsame Gesundheitsstrategie der Gesundheitsregion plus Erlangen-Höchststadt & Erlangen, orientiert an Lebenslagen, entwickelt.

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=a12ff63ef9298456effad72b74ec16b7>

Aus den Verbänden

Zukunftsforums Public Health

Vorrang für Verhältnisprävention

Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure

Vorgelegt von einer Ad-hoc-AG durch Freia De Bock, Raimund Geene, Wolfgang Hoffmann, Andreas Stang

Chancen für mehr Verhältnisprävention

Die Wahl des Themas „Wege zu Health in all Policies“ bei der Podiumsdiskussion des Zukunftsforums Public Health 2017 soll zeigen: Eine großflächige Verbesserung der Gesundheit aller in Deutschland ist vor allem durch eine Änderung der Lebensverhältnisse zu erwarten. Diese setzt voraus, dass im politischen Handeln gemäß des Helsinki-Statements Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit Priorität eingeräumt wird (Weltgesundheitskonferenz 2013). Neben der Orientierung an „Health in all policies“ möchten wir jedoch weitere Chancen für die Veränderung von Lebensverhältnissen hin zu mehr Gesundheit in Deutschland aufzeigen. Diese sehen wir vor allem im Paradigmenwechsel in der durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Prävention, den der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz (2015) vollzogen hat: Während Präventionsmaßnahmen bislang vor allem in Form verhaltensbezogener Individualprävention erbracht wurden, soll zukünftig der überwiegende Anteil der nun deutlich erhöhten Finanzmittel (mindestens 4 der 7 Euro pro Versicherten und Jahr) für verhältnispräventive Ansätze als Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§§ 20a, 20b SGB V) verwendet werden. Diese gesetzliche Grundlage bahnt den Weg für Präventionsmaßnahmen, die eine nachhaltige und effektive Veränderung sozialer, baulicher und kultureller Verhältnisse in verschiedenen Settings bewirken. Hierdurch ergeben sich einerseits Chancen für eine Stärkung der Verhältnisprävention. Andererseits sind hiermit auch Herausforderungen verbunden, insbesondere bezüglich eines gemeinsamen Verständnisses, einer effektiven Konzeptualisierung und einer erfolgreichen Implementierung von Verhältnisprävention im Zusammenspiel mit einer nicht individualistisch verkürzten Verhaltensprävention. Diesbezüglich gilt es zu diskutieren, inwiefern der aktuell gesetzlich festgehaltene Gestaltungsauftrag an die gesetzliche

Krankenversicherung (GKV) im PräVG eine effektive Implementierung von Verhältnisprävention optimal unterstützt.Fortsetzung siehe

<http://zukunftsforum-public-health.de/wp-con->

[tent/uploads/2018/01/2017_12_Handreichung_Verh%C3%A4ltnispr%C3%A4vention_Zukunftsforum.pdf](http://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/01/2017_12_Handreichung_Verh%C3%A4ltnispr%C3%A4vention_Zukunftsforum.pdf)

Deutscher Präventionstag

Gutachten für den 23. Deutschen Präventionstag am 11. & 12. Juni 2018 in Dresden

Aus dem Ausblick:

- 1) Extremismus ist eine mögliche Folge fehlender Integration; Diskurse des Ausschlusses befördern den Extremismus – dies sollte in politischen Diskussionen wie im politischen Handeln berücksichtigt werden.
- 2) Kriminalprävention muss sich aktiv in gesellschaftliche Diskurse einbringen und die demokratische Bewusstseinsbildung unterstützen.
- 3) Wenn noch nicht geschehen, sollten nationale Maßnahmepläne die Präventionsaktivitäten strategisch rahmen.
- 4) Extremismusprävention muss in den Kommunen verankert werden und braucht qualifiziertes Personal.
- 5) Extremismusprävention muss sich zukünftig noch stärker mit Linksextremismus und weiteren neuen Extremismusphänomenen beschäftigen.
- 6) Es braucht verstärkt Programme und Maßnahmen, die sich der De-Radikalisierung widmen.
- 7) Um Extremismus vorzubeugen, braucht es eine Stärkung der Schulen.
- 8) Extremismusprävention braucht insbesondere Investitionen in die wenig integrierten Bevölkerungsgruppen.
- 9) Die Durchführung evaluierter Präventionsmaßnahmen ist wünschenswert; dies darf aber nicht dazu führen, die Entwicklung und Umsetzung neuer Ideen zu unterlassen – auf kreative, und im ersten Schritt noch nicht evaluierte Initiativen ist die Prävention angewiesen.
- 10) Der Stellenwert der islamischen Religiosität für die islamistische Radikalisierung ist weiter wissenschaftlich zu untersuchen und in der Präventionsarbeit zu adressieren.

Siehe: http://www.praeventionstag.de/dokumentation/download.cms?id=2683&datei=23-DPT_Gutachten-2683.pdf

Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit

1. Die Perspektive wechseln und Gemeinsamkeiten stärken: „Qualitätsrahmen Präventionsketten“
Bei Präventionsketten geht es darum, trennende Ressort- und Zuständigkeitslogiken zu überwinden. Der Fokus auf das gemeinsame Vorhaben ist ein wesentlicher Schritt zum Erfolg. Im Rahmen des Modellprojektes "Kein Kind zurücklassen!" in Nordrhein-Westfalen haben sich viele Kommunen

auf diesen Weg begeben. Aus den gemachten Erfahrungen ist jetzt die Broschüre „Qualitätsrahmen Präventionsketten“ entstanden.

AOK und Robert Bosch Stiftung

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenzen in Deutschland stärken - Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz erschienen.

Die Gesundheitskompetenzen in Deutschland systematisch zu stärken, das ist das Ziel des neuen Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz. Der Aktionsplan wurde von einer Gruppe von Expertinnen und Experten entwickelt und mit Repräsentant/innen aus Politik, Praxis und Gesellschaft konsentiert. Der Plan benennt vier Handlungsbereiche und gibt 15 konkrete Empfehlungen zur Förderung von Gesundheitskompetenz.

https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/Nationaler_Aktionsplan_Gesundheitskompetenz.pdf

Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung

Dokumentation des zweiten Präventionsforums erschienen

Im Oktober 2017 fand das zweite Präventionsforum in Berlin statt. Dieses thematisierte schwerpunktmäßig, wie die Kommune als gestaltende Instanz Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort umsetzen kann. Auch die Frage, wie kommunale Gesundheitsförderung wirkt und wie sie gestärkt werden kann, beschäftigte die Diskutierenden. Übergeordnetes Ziel der Veranstaltung war es, Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz zu identifizieren.

http://www.praeventionsforum.org/2017/Praeventionsforum_2017_Dokumentation.pdf

21. Deutscher Ärztetag: Beschlüsse zu Prävention und Gesundheitsförderung

Der 121. Deutsche Ärztetag hat eine Reihe von Entschlüssen zu Prävention und Gesundheitsförderung verabschiedet. Auch die Zuckersteuer und das Tabakaußenwerbeverbot waren Thema. U.a. forderte der Ärztetag die Bundesländer auf, Gesundheitserziehung und Ernährung als Schulfach in den Lehrplan aufzunehmen. Die Ärzte votierten darüber hinaus für ein gut verständliches Kennzeichnungssystem auf Lebensmittelverpackungen, die sogenannte Ampel. Sie soll Verbraucher in die Lage versetzen, Zucker- und Fettgehalt auf einen Blick zu erkennen.

Im Sinne eines „Policy-Mixes“ sprach sich das Ärzteparlament zudem für gesetzgeberische Maßnahmen wie eine Zuckerabgabe auf stark gesüßte Softdrinks aus.

In einer weiteren Entschlüsselung wird die Bundesregierung aufgefordert, dem Deutschen Bundestag den bereits in der letzten Legislaturperiode vom Kabinett verabschiedeten Gesetzentwurf für ein Verbot der Tabakaußenwerbung zur Abstimmung vorzulegen. Ein Werbeverbot leiste einen wichti-

gen Beitrag zur Reduktion der Raucherprävalenz und der mit dem Tabakkonsum assoziierten Krankheits- und Todesfälle.

Siehe: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121_Beschlussprotokoll.pdf

(S. 188 ff.)

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZGA)

Angebote der Gesundheitsförderung

Auf dieser Seite finden Sie Informationen zu Projekten, Initiativen und Angeboten der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen. Die aufgeführten Praxisbeispiele und Arbeitshilfen leisten einen Beitrag, das Thema „Gesundheit im Alter“ in der Fachöffentlichkeit zu stärken und geben Anregungen von der Praxis - für die Praxis.

Die Projektdatenbank gibt einen deutschlandweiten Überblick über Projekte, Initiativen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen. Recherchieren Sie interessante Angebote.

Tragen Sie Ihr Projekt/Angebot in die Projektdatenbank ein, um es einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen.

In Interviews mit Projektverantwortlichen erhalten Sie ausführliche Informationen zu ausgewählten Angeboten und Projekten.

In Interviews mit Projektteilnehmenden erfahren Sie mehr zu ausgewählten Projekten aus der Perspektive älterer Menschen.

Die Arbeitshilfen "Gute Praxis konkret" sollen die Implementierung und Übertragung guter Praxis in der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen anhand der bestehenden Good Practice-Kriterien fördern.

Hier finden Sie die Siegerprojekte des Kommunalen Wettbewerbs „Gesund älter werden in der Kommune - bewegt und mobil“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/projektdatenbank/

[Aus anderen Netzen](#)

Bundesministerium für Gesundheit

Unter dem Titel "Migration und Gesundheit" hat das Bundesministerium für Gesundheit ein neues Internetportal gestartet. Hier erhalten Interessierte in gebündelter Form Informationsmaterialien zu den Themen Gesundheitswesen, Gesundheit, Vorsorge, Pflege und Sucht in verschiedenen Sprachen.

<https://www.migration-gesundheit.bund.de/de/publikationen/deutsch/>

Deutscher Präventionstag:

Auf der Webseite www.gewalt-praevention.info wurde nunmehr auch als Download die folgende Dokumentation veröffentlicht: [Strategien zur Weiterentwicklung der Gewaltprävention in der Bundesrepublik Deutschland](#)

[Dokumentation der ersten Folgeveranstaltung zum Symposium](#)

[„25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven“](#)

Dresdner Erklärung 6.6.18

<http://www.praeventionstag.de/dokumentation/download.cms?id=2685&datei=Dresdner-Erklaerung-2685.pdf>

Daraus:

- Prävention von Gewalt und Radikalisierung muss sich daher verstärkt darum bemühen, Angehörige sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu erreichen, um diese zu unterstützen und begleiten zu können
- Ergänzend lässt sich daraus ableiten: Gesellschaftliche Integration und Partizipation einerseits und demokratische Bewusstseinsbildung andererseits müssen zentrale Ziele der Gewalt- und Kriminalprävention sein.
- In der Kinder - und Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit, der politischen Jugendbildung und zuvorderst in den Schulen sollte Begegnung gefördert, der Umgang mit gesellschaftlicher Vielfalt erlernt und Demokratiebildung betrieben werden.
- Zur Weiterentwicklung der Präventionsarbeit und zur Reaktion auf neue gesellschaftliche Entwicklungen ist eine gemeinsame Anstrengung aller relevanten Akteure der Präventionsarbeit notwendig
- Notwendig ist darüber hinaus die Fortsetzung der strategischen Rahmung aller Aktivitäten im Bereich der Extremismusprävention durch nationale Maßnahmenpläne

Gesundheitsförderung Schweiz

«10 Schritte für die psychische Gesundheit»

Das vorliegende Produkteblatt beschreibt, was die «10 Schritte für die psychische Gesundheit» sind, erklärt, auf welchen psychologischen Konzepten sie beruhen, und zeigt fünf Umsetzungsbeispiele.

https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Infoblatt_GFCH_2017-12_-_10_Schritte_fuer_die_psychische_Gesundheit.pdf

kraftwerk gesundheit

<http://www.kraftwerk-arbeit-gesundheit.ch/home/>

dort: Detaillierte Intervention beschrieben:

Präventionsprogramm für Freundschaft, Liebe, Sexualität ohne Gewalt

<http://www.herzprung.ch/>

[Links zu anderen Netzwerknewsletter weltweit](#)

<https://www.praeventologe.de/>

Bundesverband der Präventologen (neu)

<https://www.npg-rsp.ch/de/home.html>

Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

<https://www.mentalhealth.org.nz/>

Mental Health Foundation New Zealand

<http://www.publicmentalhealth.org>

Public Mental Health (USA)

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

European Network for Mental Health Promotion

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

mental health promotion connect

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

European network for mental health promotion

Weitere siehe:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=portal.en.links>

[Aus den Forschungsbereichen](#)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass innerhalb der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie die Interessengruppe "E-Health in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie gegründet wurde.

Die Interessengruppe richtet sich an Fachgruppenmitglieder, die sich im Rahmen ihrer wissenschaftlichen oder praktischen Tätigkeit mit Themen der Digitalisierung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie befassen. Die Interessengruppe bietet eine Plattform zur vertieften Vernetzung und Kommunikation und hat insbesondere die Ziele:

1. Vernetzung und Kommunikation unter Fachgruppenmitgliedern mit Forschungs- und/oder Praxis-schwerpunkt im Bereich E-Health.
-

2. Systematisierung des breiten und heterogenen Feldes psychologischer E-Health-Interventionen zur Prävention und Behandlung psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen sowie zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens.
3. Verbreitung der umfassenden Expertise der Fachgruppe in diesem Bereich, z.B. im Rahmen von Gast-Symposien auf Kongressen benachbarter und komplementärer Fächer, durch Stellungnahme und der Beteiligung an Task-Forces, Gremien etc. Unterstützung der Translation von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis und in Gesundheitsinstitutionen sowie in die Aus- und Weiterbildung.
4. Etablierung als zentraler Ansprechpartner für Stakeholder (Ministerien, Leistungsträger, Leistungserbringer, Fachgesellschaften, Patientenvertretungen etc.) im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen; Interessensvertretung der Fachgruppe in der Zusammenarbeit mit weiteren Fachgruppen und Gesellschaften.
5. Gewinnung neuer Fachgruppenmitglieder durch aktive Dissemination der umfassenden Tätigkeit und damit einhergehender erhöhter Sichtbarkeit der Fachgruppe und ihrer Tätigkeiten.
6. Bildung einer Plattform für den notwendigen interdisziplinären Austausch mit komplementären Fachbereichen (z.B. Informatik, Medien Design, Medizin, Rechtswissenschaften, Betriebs- und Volkswirtschaft, Public Health und Versorgungsforschung etc.).
7. Förderung der Entwicklung von Qualitätskriterien für die Erforschung, die Interventionssicherheit, die Indikationsstellung und die Implementierung von E-Health Interventionen

Detaillierte Erläuterungen finden Sie auf der Internetseite der Interessengruppe

<http://www.klinischepsychologie-psychotherapie.de/index.php/interessengruppen/ig-ehealth-menue>

Interessierte Kolleginnen und Kollegen können ab sofort bei Harald Baumeister (harald.baumeister@uni-ulm.de) eine Mitgliedschaft beantragen und werden dann in die Mailingliste aufgenommen. Voraussetzung ist die bestehende Mitgliedschaft in der DGPs-Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie.

http://www.dgps.de/uploads/tx_powermail/

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Die HAG kann Gesundheitsförderungsprojekte finanziell unterstützen. Die Fördermittel stellen die Hamburger Krankenkassen (GKV) -gemäß des § 20 SGB V- und die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg zur Verfügung.

<http://www.hag-gesundheit.de/magazin/projektfoerderung>

Universität Marburg

Studie/ Elterntaining: Hilft die Hilfe für psychisch kranke Eltern auch den Kindern?

Kinder psychisch kranker Eltern stehen im Mittelpunkt eines neuen Forschungsvorhabens unter Leitung der Uni Marburg. Getestet werden soll ein spezielles Elterntaining. Fachleute schätzen, dass etwa 25 Prozent der Minderjährigen in der Bundesrepublik ein psychisch erkranktes Elternteil haben.

Ein Forschungsteam aus Marburg, Gießen und drei weiteren deutschen Universitäten möchte herausfinden, ob sich ein spezielles Elterntaining positiv auf die Kinder von Personen auswirkt, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Das Bundesforschungsministerium (BMBF) fördert das Projekt "COMPARE-family" unter Leitung von Psychologie-Professorin Dr. Hanna Christiansen von der Philipps-Universität Marburg in den kommenden vier Jahren mit mehr als zwei Millionen Euro. Fachleute schätzen, dass etwa 25 Prozent der Minderjährigen in der Bundesrepublik ein psychisch erkranktes Elternteil haben. "Für diese Kinder und Jugendlichen ist es besonders schwer zu verstehen, warum Mama oder Papa sich plötzlich anders verhalten als bisher, nicht mehr mit ihnen spielen oder lachen können", so Projektleiterin Christiansen in einer Mitteilung der Universität. Viele dieser Kinder müssten mehr Verantwortung übernehmen, als es in ihrem Alter angemessen sei. Die Belastungen können sich in Schulversagen, stressverbundenen Krankheiten oder Verhaltensauffälligkeiten niederschlagen. "Es ist dringend notwendig, präventive Angebote zu initiieren, um den Teufelskreislauf zu durchbrechen und zu verhindern, dass die Kinder selbst erkranken", betont Christiansen. Studie / Elterntaining: Hilft die Hilfe für psychisch kranke Eltern auch.

"Faktisch bestehen in unserem Gesundheitssystem jedoch kaum Möglichkeiten, sich diesen Kindern zu widmen, solange sie selbst noch nicht erkrankt sind." Auch in der Forschung wurde das Thema bislang kaum behandelt. Nun sollen Eltern, die unter einer psychischen Störung leiden und Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren haben, in einer multizentrischen Studie psychotherapeutisch behandelt werden. Die Hälfte der Eltern erhält zusätzlich ein Elterntaining, das sogenannte Positive Erziehungsprogramm "Triple P". Teilnehmen können Eltern mit einer psychischen Erkrankung, die Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren haben und sich einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unterziehen wollen. Für die Eltern ist die therapeutische Behandlung kostenlos, sie wird von den Krankenkassen getragen. Für die Studie sucht das Marburger Wissenschaftlerteam noch Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Weitere Infos unter: <https://www.uni-marburg.de/fb04/teamchristiansen/compare>

Quelle: Ärzte Zeitung online, 13.02.2018 12:15

Forschungsprojekt PaarBalance

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gerade läuft die zweite PaarBalance Studie in Kooperation mit den Universitäten Bamberg und Bern an, im Rahmen derer Paare, bzw. Einzelpersonen das Programm in Eigenregie durchführen. Gerade werden noch 30 Teilnehmer gesucht, die Interesse haben, das Programm kostenfrei zu nutzen.

Paare, bzw. Einzelpersonen, die **aktuell in Beratung sind, können nicht teilnehmen**. Paare, die aber z.B. auf der Warteliste stehen und noch länger warten müssen oder Paare, für die die Hürde noch zu groß ist, eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch zu nehmen oder Paare, die zeitlich nicht zu einer Face-to-Face-Beratung kommen und Ähnliches, kommen in Frage.

Hier der Link zur Studie <https://www.paarbalance.de/studien/>

Informationen über das PaarBalance Programm finden Sie im folgenden Artikeln

<https://www.active-books.de/kategorien/buch/509-beratung-aktuell-42016-junfermann-verlag/>

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. Präventionspreis Mecklenburg-Vorpommern

Ausschreibung

Gesundheitsförderung und Prävention haben in Mecklenburg-Vorpommern einen hohen Stellenwert. Doch ist die Umsetzung von guten Projekten und Maßnahmen sowie der Aufbau und Erhalt von gesundheitsfördernden Strukturen in diesem Bereich oftmals mit Herausforderungen verbunden. Verschiedene Rahmenbedingungen können das Gelingen beeinflussen. Wird die Zielgruppe wirklich erreicht? Ist das Projekt oder die Maßnahme nachhaltig und langfristig angelegt? Wie kann die Wirkung auf die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger gemessen werden?

Bei all diesen Überlegungen kann es hilfreich sein, auf modellhafte und vorbildliche Projekte und Initiativen der Gesundheitsförderung und Prävention zurückzugreifen, um so Impulse für die eigene Arbeit zu gewinnen.

Im Jahr 2018 wird deshalb erneut der Präventionspreis Mecklenburg-Vorpommern für gute Projekte und Maßnahmen sowie Netzwerke und Strukturen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Mecklenburg-Vorpommern verliehen.

Wettbewerbsthemen 2018 und Teilnahmeberechtigte

Für die Verleihung des Präventionspreises 2018 wurden folgende Themenschwerpunkte definiert:

- Gesund Aufwachsen
- Gesunde Lebensmittel
- Gesund Älterwerden
- Sonderpreis Kommunale Netzwerke in der Gesundheitsförderung

Durch die Verleihung des Präventionspreises sollen

- bereits tätige Akteure in Mecklenburg-Vorpommern in ihrer Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bestärkt werden
- „Beispiele guter Praxis“ bekannt gemacht werden, um so Impulse zu geben und zur Nachahmung anzuregen

Zur Teilnahme am Wettbewerb aufgerufen sind Einrichtungen und Organisationen, Träger, Vereine und Institutionen sowie Firmen und Einzelpersonen, die sich nachhaltig dem Erhalt und der Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern durch konkrete Maßnahmen, Projekte oder dem Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen und Netzwerken widmen.

Preisverleihung

Die Preisverleihung findet im Rahmen der **Landesgesundheitskonferenz** am **15. Oktober 2018** in Güstrow statt. Darüber hinaus haben alle eingereichten Projekte die Gelegenheit, sich mit einer Posterpräsentation auf der Landesgesundheitskonferenz vorzustellen.

Preisgeld

Pro Themenschwerpunkt wird ein Preis verliehen. Das Preisgeld für jeden Preisträger beläuft sich auf 1500,- Euro.

Träger

Träger des Präventionspreises Mecklenburg-Vorpommern ist die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) mit ihren Partnern und Mitgliedern.

Jury

Die Jury setzt sich aus dem Beirat der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG) zusammen. Weiterhin werden die Stifter der Preisgelder sowie ein Vertreter des zuständigen Landesministeriums als Jurymitglieder beteiligt sein.

Die Bewertung der eingereichten Projekte und Maßnahmen wird an die „*Kriterien für gute Praxis der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*“ (einsehbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/>) angelehnt. Die vier bewertungsrelevanten Kriterien sind im Bewerbungsbogen aufgeführt.

Posterpräsentation

Für alle Bewerberinnen und Bewerber besteht die Möglichkeit, ihr Angebot auf der Landesgesundheitskonferenz mit einer Posterpräsentation darzustellen.

Zur einheitlichen Gestaltung der Präsentationen ist die Postervorlage der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung zu verwenden, die den angenommenen Bewerbungen zur Verfügung gestellt wird.

Teilnahmebedingungen

- 1) Die eingereichten gesundheitsfördernden oder präventiven Projekte, Maßnahmen, Netzwerke oder Strukturen sind praxistauglich, nachhaltig, verfolgen ein angemessenes Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis und werden in Mecklenburg-Vorpommern umgesetzt.
 - 2) Angebote mit therapeutischen Inhalten werden nicht angenommen.
 - 3) Die Bewerbungen sind bis zum **31. Juli 2018** per E-Mail bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern einzureichen.
 - 4) Es werden nur Bewerbungen mit dem zur Verfügung gestellten Bewerbungsbogen angenommen, hierbei ist auf die Einhaltung der Formalkriterien (maximale Zeichenzahl, verständlich und vollständig). Die Landesvereinigung behält sich vor, Bewerbungen auf Basis dieser Formalkriterien abzulehnen bzw. Nachbesserung zu fordern.
 - 5) Für die Bewertung ausschlaggebend sind die im Bewertungsbogen angegebenen Kriterien „Zielgruppe und Partizipation“, „Setting-Ansatz“, „Nachhaltigkeit“ sowie „Evaluation und Qualitätssicherung“.
 - 6) Die Preisverleihung findet im Rahmen der **Landesgesundheitskonferenz am 15. Oktober 2018 in Güstrow** statt. Alle Preisträgerinnen und Preisträger sind verpflichtet, persönlich oder durch einen im Vorfeld benannten Vertreter an der Veranstaltung teilzunehmen.
 - 7) Die Bewerberinnen und Bewerber versichern, dass alle Angaben korrekt sind und der Wahrheit entsprechen.
-

- 8) Die Bewerberinnen und Bewerber erklären sich damit einverstanden, dass ihre Namen, Fotos und Kurzbeschreibungen zu den eingereichten Projekten für Veröffentlichungen und Dokumentationen verwendet werden dürfen.
- 9) Die Preisträgerinnen und Preisträger versichern, dass das erhaltene Preisgeld ausschließlich für die Weiterentwicklung bzw. Verstetigung des eingereichten Projekts/ der eingereichten Maßnahme verwendet wird. Über die Verwendung des Preisgeldes ist zeitnah ein kurzer Sachbericht bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. einzureichen.
- 10) Es besteht kein Rechtsanspruch auf einen Gewinn. Über die Vergabe der Preise entscheidet die Jury abschließend.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung! Ihre Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG)

Charlotte Lazarus Telefon: 0385 2007 386 12 E-Mail: charlotte.lazarus@lvg-mv.de (nur für Nachfragen, Bewerbungen bitte ausschließlich an info@lvg-mv.de)

Wichtige Neuerscheinungen

Buchbesprechungen

Friederike von Tiedemann (Hrsg.) (2018). *Versöhnungsprozesse in der Paartherapie* Junfermann Verlag 2017 Paderborn, 35€

Die Sehnsucht nach Frieden ist ein tiefer Wunsch in unserem kollektiven Unbewussten. Wir alle wissen, wie brüchig er nicht nur zwischen Völkern ist, sondern gerade auch im alltäglichen Miteinander in Familien und bei Paaren. So hat eine erfolgreiche Gestaltung von Versöhnungsprozessen im nahen Miteinander immer auch weitreichende Auswirkungen auf das persönliche Gedeihen und ein wohlwollendes solidarisches Miteinander in der Gesellschaft, die durch Frieden erreicht wird. Notker Klann, als Spiritus Rektor dieser Veröffentlichung, ist es gelungen, namhafte Vertreter ihrer Zunft aus Psychologie, Theologie und Therapieforschung in den letzten Jahren unter der Fragestellung, wie eine Versöhnungskompetenz zu vermitteln sei, zu versammeln. Daraus ist diese Veröffentlichung unter Federführung von Friederike von Tiedemann entstanden.

Zwar wird im Titel des Buches von Paartherapie gesprochen. Das könnte zu der fälschlichen Annahme führen, dass dieses Buch sich ausschließlich an Psychotherapeutinnen oder Paarberater wendet. Das würde dem Anliegen dieser Veröffentlichung nicht gerecht denn auch Kolleginnen und Kollegen aus den Bereichen Pädagogik, Sozialarbeit, Familienhilfe, Familienbildung und Familienarbeit finden hier eine Fundgrube von Impulsen für die eigene Arbeit.

Eine in diesem Zusammenhang durchgeführte EMNID Studie kam zu dem Ergebnis, dass unbewältigte Verletzung und Kränkungen in einer größeren Anzahl von Beziehungen zu Vorbehalten, Sprachlosigkeit, Ärger und Groll geführt haben. Es ist nicht das klassische Fremdgehen, das zu Enttäuschungen und Verletzung führt, sondern es sind die alltäglichen kleinen oder größeren Nadelstiche. Nicht verarbeitete Kränkungen führen zur Entfremdung und dadurch werden Valenzen frei, in

einer neuen Beziehung wiederum Nähe und besseres Verständnis ohne Vorbehalte zu finden. In der Studie (N=543) wurde auch deutlich, dass 34,6% der Befragten über keinerlei Strategien verfügen und 18,8% nur über eine Strategie, Versöhnungsschritte einzuleiten. Was liegt also näher, diese Tatsache als Herausforderung zu begreifen, in Eheberatung und Paartherapie Ratsuchenden Strategien zu vermitteln. Dabei legt die Therapieforschung nahe, dass der Erfolg von Versöhnungsprozessen davon abhängt, in wieweit es gelingt, Wohlwollen zwischen den Betroffenen wieder zu fördern oder - wenn es verlorengegangen ist - dieses wieder zu erwecken und so Voraussetzungen für eine Vergebung zu bahnen.

Zunächst gibt Andrea Herzog einen Überblick über das, was Versöhnung ist und was nicht. So ist etwa das Wissen über den Unterschied zwischen Vergebung und Versöhnung so fundamental, dass diese wichtige Voraussetzung ist, einen solchen Prozess erfolgreich gestalten zu können.

Auf die zentrale Bedeutung, einer geschützten und vertrauensbildenden Beratungsatmosphäre machen Jochen Engel und Franz Thurmaier aufmerksam. Denn nur so kann Verständnis wachsen für die eigene Betroffenheit und das eigene Verhalten aber auch für die Befindlichkeiten und die Reaktion des Partners. Nur so kann Vertrauen auf eine Neuorientierung und die Bereitschaft zum Verzeihen entstehen. Beide haben das KOMKOM, das seit vielen Jahren bewährte und evidenzbasierte KOMmunikationsKOMpetenz Training in der Paarberatung entwickelt. Sie zeigen auf, wie sie durch die Gesprächsregeln sowohl in der Sprecher- als auch in der Zuhörerrolle dem Klientenpaar mit gezielten Interventionen zu einer konstruktiven Paarkommunikation verhelfen, ohne dabei die Gesprächsregeln explizit zu machen. So geschieht das Lernen implizit durch positive Erfahrungen damit. Jeder der beiden Partner erfährt etwa, dass er eine eigene Sichtweise hat, die vielleicht völlig unterschiedlich von der des anderen ist und dass der Berater beiden die gleiche Wertschätzung und Aufmerksamkeit schenkt; dass Zuhören nicht gleichbedeutend mit Zustimmung ist; oder dass sich hinter Äußerungen des Anderen Ressourcen der Partnerschaft verstecken können, obwohl sie vorwurfsvoll formuliert werden. Denn wenn die Betroffenen erleben, wie durch einen ressourcenorientierten liebevollen Blick der Beraterin sie diese herausfiltert und explizit benennt, sich sofort die Atmosphäre hinsichtlich der Dimension Wohlwollen verändert. Wenn dann beide Partner schließlich aufgrund der Interventionen und des dadurch ausgelösten impliziten Lernens ausreichend konkret und offen in der Lage sind, sich zu artikulieren, ist es möglich, die Gesprächsregeln jetzt explizit vorzustellen und beide zu einem Dialog aufzufordern und als Berater diesen zu moderieren.

Frederike von Tiedemann stellt ein strukturiertes, systemisch orientiertes Vorgehen zur Anleitung von Versöhnungsprozessen in der Paartherapie vor, welches sich an den Veröffentlichungen von Hans Jellouschek zur Arbeit mit Paaren orientiert. Damit gibt sie einen sinnvollen Aufbau der Versöhnungsarbeit mit Paaren wieder, an dem sich Kolleginnen und Kollegen orientieren können. Die zusammengestellten Methoden sind als Therapiemanual gedacht. Auf der beigefügten DVD werden in 16 Szenen die Methoden anschaulich und praxisnah gezeigt. So wäre es z.B. recht unkompliziert möglich, durch persönliches Lesen und sich Erarbeiten der einzelnen Schritte des Beratungsprozesses, das Für und Wider mit den Kolleginnen und Kollegen in einer Beratungsstelle zu diskutieren, gemeinsames Anschauen der jeweiligen Szene auf DVD, Einüben im Rollenspiel im Rah-

men einer stelleninternen Fortbildung sich die Inhalte anzueignen und somit Sicherheit für Beratungsprozesse - nicht nur zum Thema Versöhnung(!) - zu gewinnen.

Aber was ist, wenn der Versöhnungsprozess stagniert? Wenn aus der Kindheit stammende Erlebens- und Verhaltensmuster das Miteinander blockieren? Hier stellt Norbert Wilbertz Methoden aus der Transaktionsanalyse vor, um die Vielfalt der Möglichkeiten und eine damit verbundenen Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums zu ermöglichen.

Bei der EMNID Studie wurde auch deutlich, dass eine äußere religiöse Praxis allein noch keine Grundlage für ein entsprechendes Vergebungsverhalten in der Partnerschaft darstellt. Und doch sind zahlreiche Werte, die ursprünglich aus der religiösen Welt stammen, so sehr in die säkulare Kultur eingegangen, dass sie nicht mehr als genuin jüdisch-christlich gesehen werden. Dies gilt auch für ein entsprechendes Vergebungsverhalten. Peter Kohlgraf macht aus pastoraltheologischer Sicht deutlich, wie Versöhnung ein Thema christlicher Erfahrung und theologischer Reflexion sein kann. So ergibt sich eine christliche Vergebungskompetenz nicht in erster Linie aus irgendwelchen Normen, sondern aus einer bestimmten Glaubenserfahrung. Und diese Erfahrung bezieht sich immer auf persönliche Erfahrungen des einzelnen, denn das Christentum ist keine sogenannte Buchreligion. Christen glauben nicht, dass die Schriften von Gott „diktiert“, sondern Ausdruck persönlicher Glaubenserfahrung von Menschen sind, die auf ihre Weise und vor dem Hintergrund ihrer Kultur von Gott erzählen. Deshalb gilt es, wenn man die Bibel liest, die Texte in ihrem historischen Kontext zu verstehen um sie für heutige und persönliche Fragestellung fruchtbar zu machen. Dann wird es möglich, eigene Erfahrung in den Texten wiederzufinden und daraus Handlungsimpulse zu gewinnen.

Für Notker Klann, der den Anstoß zu diesem Projekt gegeben hat, ist diese Veröffentlichung ein erster Schritt. Sein nächstes Anliegen ist es, mit Mitteln der empirischen Sozialforschung zu überprüfen, ob die vorgestellten Methoden wirklich hilfreich sind. Was gilt vielleicht zu verbessern oder auf was sollte man besser verzichten, um daraus Unterrichtsmaterialien etwa für den Gebrauch an Schulen zu entwickeln, um jungen Menschen möglichst früh Versöhnungskompetenzen zu vermitteln. Falls Sie interessiert sind, an diesem Projekt mitzuwirken, freut sich Notker Klann (klann.beratung@t-online.de) über Ihre Kontaktaufnahme!

Ein großartiges Anliegen und Ziel, dem Thema Versöhnung in der Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen einen würdigen Platz zu geben.

Dr. Rudolf Sanders (aus www.beratung-aktuell.de 1-2018)

Walter Schmidt

***Woran Ehen scheitern können. Psychologische Studie - basierend auf Erfahrungen aus Ehenichtigkeitsverfahren* LIT Verlag Münster 2017, 34.90 EUR**

Für die katholische Kirche ist die Ehe ein Sakrament, das „im Himmel gestiftet wird“ und deshalb unauflöslich ist. Diese hohe Bedeutung wird unterstrichen, indem nicht unerhebliche finanzielle Ressourcen für Ehevorbereitung, Begleitung und Beratung zu Verfügung gestellt werden. Was aber ist, wenn trotz allem eine Ehe scheitert? Dann stellt die Kirche als vierten pastoralen Baustein das Verfahren zur Prüfung der Ehenichtigkeit betroffenen Paaren zu Verfügung. Ein besonderer

Schwerpunkt bei diesem Verfahren, der sich in den letzten Jahren herausgebildet hat, ist die Frage, ob die Betroffenen zur Zeit der Eheschließung in der Lage waren, die Bedeutung einer Ehe als eine Lebensgemeinschaft auf Dauer mit den damit verbundenen Herausforderungen überhaupt eingehen zu können. Ist jemand z.B. in einem gewalttätigen Elternhaus großgeworden, hat dort wenig Zuwendung und Liebe erfahren, kann es sein, dass dieser schnell heiraten will, eine Ehe und Familie gründen, um in dieser nun das zu bekommen, was er als Kind nicht bekommen hat.

Aus diesen Deprivationserlebnissen leitet sich dann ggf. eine Paardynamik ab, die die Denk- und Handlungsmuster einer bewussten Steuerung entziehen, so dass dieser Mensch nicht in der Lage ist, sich mit dem erforderlichen Mindestmaß an personaler Reife, Urteilsvermögen für den Partner oder die Partnerin als Gegenüber in einer gleichberechtigten Partnerschaft zu entscheiden. In diesen Klärungsprozess werden die Betroffenen und Freunde, Bekannte und Familienmitglieder, die die Partner benennen können, zu ihrer Herkunftsgeschichte, zu ihren Erfahrungen hinsichtlich der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nach Bindung, Orientierung und Wertschätzung gefragt. Aus diesen Interviews wird dann häufig ein psychologisches Gutachten erstellt.

Der Autor dieser Veröffentlichung, selber Gutachter, hat eine Studie, basierend auf einer empirischen Basis von 63 psychologischen Gutachten im Kontext von Ehenichtigkeitsverfahren, die auf beeideten Aussagen gründen, erstellt. Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Eheschließung war 22.5 Jahre und bei den Männern 27.3 Jahre. Die Durchschnittsdauer der Ehe bei den Frauen lag bei 10.2 Jahre und bei den Männern 7.2 Jahre. Basis für die Befunderstellung waren die beeideten Aussagen der Parteien und Zeugen hinsichtlich der fachlichen Stimmigkeit, die vom Gutachter bewertet wurde. Für die Fragestellung wurden relevante Äußerungen anhand der ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen hinsichtlich der diagnostischen Kriterien überprüft. Wenn im Datenmaterial in sich stimmige, valide Aussagen protokolliert wurden, wurden diese der jeweiligen psychologischen Feststellung bzw. den jeweiligen psychologisch relevanten Störungsbildern zugeordnet. Dabei ist es nach der ICD Klassifikation notwendig, dass eine bestimmte Mindestzahl von Übereinstimmungen gegeben sein muss, um eine bestimmte Diagnose stellen zu können.

Wichtig im Kontext des Ehenichtigkeitsverfahrens ist es zu konstatieren, dass erst 1980 mit Einführung des DSM-III der Begriff „Psychopathie“ durch „Persönlichkeitsstörung“ ersetzt wurde. Psychopathie bezeichnet dagegen im heutigen forensisch-psychiatrischen Sprachgebrauch eine schwere Störung des Sozialverhaltens, die Bezüge zur Antisozialen Persönlichkeitsstörung aufweist. Das DSM wird seit 1952 von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) in den USA herausgegeben. Heute ist das DSM international in der Forschung und in vielen Kliniken und Instituten gebräuchlich. Auch in den USA ist jedoch die ICD und nicht das DSM das offizielle psychiatrische Klassifikationssystem. Die aktuell gültige fünfte Auflage (DSM-5) wurde 2013 veröffentlicht und ein Jahr später ins Deutsche übersetzt. Die Klassifikationen werden von Experten erarbeitet, um psychiatrische Diagnosen reproduzierbar und statistisch verwertbar zu gestalten. Entscheidend ist, dass damit für alle eine einheitliche Sprache bereitgestellt wird. So können sich Vertreter verschiedener (etwa psychoanalytischer, biologischer, kognitiv-verhaltenswissenschaftlicher) Ausrichtung zumindest auf eine gemeinsame Beschreibung von psychopathologischen Symptomen einigen.

So wird es dann auch möglich, in einem Ehenichtigkeitsverfahren aufgrund der Klassifikationen mangelnde Voraussetzungen für das Eingehen einer sakramentalen Ehe für einen Gutachter hinreichend objektiv zu klassifizieren und so eine Grundlage für ein Urteil zu erstellen. So konnte der Autor insgesamt bei 54 von 63 Personen eine von zehn Persönlichkeitsstörungen diagnostizieren. Im ICD-10 werden diese folgendermaßen definiert:

„Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche, persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu Anderen. Solche Verhaltensmuster sind zumeist stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter Funktionsfähigkeit einher“ (Fiedler, 2001, 38).
Aber wie entstehen solche Persönlichkeitsstörungen? Diese fallen ja nicht einfach vom Himmel. Mit der Geburt eines Menschen ist die neurobiologische Grundausstattung an Nervenzellen fast vollständig vorhanden. Ab dem zweiten und dritten Drittel der Schwangerschaft beginnt der Aufbau der Verschaltung durch Synapsen. Dieser Aufbau wird nach der Geburt durch ein Wechselspiel zwischen Mutter und Säugling fortgesetzt, in dem der Säugling entsprechend seiner Aufnahmefähigkeit den Rhythmus vorgibt, nach dem sich die Mutter intuitiv richtet. Ist die Mutter häufig unter Stress, wird diese Intuition massiv beeinträchtigt und sie kann sich ihrem Kind nicht angemessen widmen.

„Wird das neurobiologische System unter Stress gesetzt, durch Reize überflutet oder überfordert, so können sich auch beim Säugling die negativen Folgen der Stressreaktionen ergeben... bei welchem Cortisol und Glutamat Nervenzellen und Synapsen zerstören. Nur eine angemessene Reizzufuhr für den Säugling lässt erwarten, dass die dadurch einbezogenen aktiven Nervenzellen und Synapsen in ihrer Funktionstüchtigkeit verstärkt werden.“ (Bauer 2002, 82.)

So haben zwischenmenschliche Beziehungen während unseres gesamten Lebens, beginnend mit der Schwangerschaft, Auswirkungen auf unsere Gesundheit. Unlösbare Probleme im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen, Trennungs- bzw. Scheidungssituationen, chronischer Stress oder depressive Erkrankungen führen zu einer vermehrten Produktion von Cortisol. Dies kann bedeuten, dass unser Immunsystem behindert wird, Infektionen abzuwehren bzw. dass „schlafende“ Viren (wie Herpes) geweckt werden.

„Dauerstress ist überhaupt nicht gesund, schon gar nicht für den Hippocampus, der durch dauerhaft zu hohen Cortisolspiegel so sehr geschädigt wird, dass sein Volumen deutlich schrumpft“. (Grawe 2004, 34)

Die Neurowissenschaften betrachten das Gehirn als einen sich selbst organisierenden Erfahrungsspeicher, als ein Überlebensorgan, das darauf spezialisiert ist, auf sich verändernde Umwelten flexibel zu reagieren und sich anzupassen. Wurde bislang eher die Meinung vertreten, dass unser Verhalten durch unsere Gene gesteuert wird, so muss aufgrund aktueller neurobiologischer Erkenntnisse konstatiert werden, dass es sich eher umgekehrt verhält. Die Erlebnisse in unserem Alltag und unser Lebensstil steuern ihrerseits die Aktivität von Genen und verändern so Strukturen im Gehirn. Alle unsere zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen, die eine Fülle an Emotionen und

Lernerfahrungen umfassen, werden in den Nervenzell-Netzwerken des Gehirns gespeichert. Unsere Gene, als Träger unserer Anlagen, sind mit einem Konzertflügel zu vergleichen, der für sich allein noch keine Musik macht. Das Entscheidende ist, wie auf diesem Flügel gespielt wird, wie also die Gene in unserem Gehirn gesteuert werden.

Wie auf diesen Konzertflügel gespielt wird, wie relevante Persönlichkeitseigenschaften sich im Zeitraum um die Eheschließung herum entwickeln konnten, weist der Autor aufgrund von Zitaten aus Protokollen eindrücklich nach. Für den Gutachter sind die Ergebnisse einer Befragung, die auf das konkrete Erleben eines Menschen zielen, auf das: „Wie genau sind Vater und Mutter mit Ihnen umgegangen? An wen konnten Sie sich wenden, wenn Sie Hilfe brauchten? Wie sind ihre Eltern mit ihren Erfolgen umgegangen, wenn Sie ihnen etwas selbst Gebasteltes, etwas Gemaltes gezeigt haben oder von Erfolgen aus der Schule erzählten?“ Aus einer Erfahrung wie der folgenden: „Meine Mutter war sowohl zu meinem Vater als auch zu uns Kindern streng und gefühllos. Als ich acht Jahre alt war, lag ich noch einmal etwas über vier Wochen im Krankenhaus - ich hatte eine schwere Gehirnerschütterung, ich war zwei Tage bewusstlos, dann aber war ich bei mir - ich kann mich aber nicht erinnern, dass meine Mutter mich ein einziges Mal besucht hätte. Ein Zuhause mit Geborgenheit habe ich niemals erlebt. Ein Leben in liebender Geborgenheit unter Rücksichtnahme auf meine Gefühle und das Innenleben war mir fremd.“ (Schmidt 2017, 10)

So wird dann die Sehnsucht nach Liebe, persönlicher Akzeptanz, Geborgenheit, Zugehörigkeit vorwiegend aus Deprivations-Erlebnissen gespeist. Mit diesen Grunderfahrungen entwickelt der Mensch im Laufe des Lebens Modelle, die als „Schemata“ bezeichnet werden. Diese lassen Menschen im Sinne früherer Beziehungserfahrungen handeln. Wir unterscheiden zwischen adaptiven und maladaptiven Schemata. So lässt z. B. ein adaptives Schema einen Menschen später in dessen Leben als verantwortlichen, sich seiner selbst bewussten, reifen Erwachsenen planen und handeln. Schemata haben die Eigenschaft, die Wahrnehmung, die Konstruktion der Wirklichkeit, einschließlich der dazugehörigen Gefühle und körperlichen Reaktionen zu bestimmen bzw. zu versklaven. Menschen mit einem maladaptiven (hinderlichen) Schema verhalten sich, wenn dieses Schema aktiv ist, wie trotzig, unvernünftige oder wütende „Kinder“. „Die Patienten können häufig zwischen dem Modus des verletzbaren oder des wütenden Kindes wechseln bzw. in kurzer Zeit hin und her kippen.“ (Roediger 2010, 73)

Auch im späteren Leben entwickeln Menschen Schemata, um Beziehungen zu gestalten. Diese Interaktionsmuster lassen sich in Interaktionsepisoden durch Basisraten und Übergangsraten beschreiben. Sie charakterisieren damit das Handeln eines Einzelnen in einer Dyade. Ein Schema, das früh erlernte Arbeitsmodell, bleibt zeitlebens bestehen. Davon zu unterscheiden ist der „Modus“. Hierbei handelt es sich um einen aktuell aktivierten Erlebenszustand einschließlich der dazugehörigen Verhaltenstendenz. Für die therapeutische Arbeit ist es bedeutsam, dass sich Schema und Handlungsimpuls trennen lassen. In einem Nachreifungsprozess erlernen die Betroffenen, ein maladaptives Schema zu identifizieren und neue, funktionale Verhaltensweisen in ihrem Alltag umzusetzen. Hilfreich ist es darüber hinaus, auf den Unterschied zwischen explizitem und implizitem Selbst hinzuweisen. Dem expliziten Selbst, also dem bewussten Steuern seiner Handlungen, ist das implizite Selbst, das Unbewusste immer vorgelagert. Das implizite Selbst speist sich aus Erfahrungen, begin-

nend ab Mutterleib, in der rechten Gehirnhemisphäre. Die Beziehungserfahrungen, zunächst einmal zu den Eltern, beeinflussen in hohem Maße die psychische Reifung und Entwicklung. Aus diesen heraus steuern Menschen weitgehend ihr Fühlen, Denken und Handeln.

„Das Prinzip ist immer dasselbe: das limbische Unbewusste erträgt die Verwundungen nicht - und dies umso weniger, je schwächer es sich in Kindheit und Jugend entwickelte. Es variiert die bewussten Motive und Erklärungsmuster so lange, bis die Verwundung halbwegs erträglich ist. Dasselbe geschieht mit allen anderen unbewussten störenden Antrieben und quälenden Wünschen. Unser unbewusstes Selbst hat auf der Ebene des Bewusstseins für Plausibilität zu sorgen, deshalb werden Störung korrigiert, indem Vorstellungen, Absichten und Wünsche solange verändert und verbogen werden, bis sie ein rundes Bild ergeben - ein Bild, das uns ein subjektiv befriedigendes Fühlen und Handeln ermöglicht. Rund muss das Bild im ersten Schritt vor einem bewussten egoistischen Selbst sein und im zweiten Schritt vor meinem sozialen Selbst. Zuerst glaube ich im (bewussten) Innern meines Herzens an diese Selbst-Interpretation, dann formuliere ich sie so, dass auch die anderen daran glauben oder zu mindestens damit leben können.“ (Roth 2007, 285)

„Der Umstand, dass uns nur wenig von dem bewusst ist, was unser Fühlen, Denken und Handeln bestimmt, stellt eine Grundtatsache des Psychischen dar. Oft empfinden Menschen diese Dominanz des Unbewussten als eine Beleidigung, als eine „tiefe Kränkung“, wie Freud es formulierte. Denn unser bewusster Geist fühlt sich als der Herr im Haus, er meint, er sei es, der unseren Körper bewege, der denke und entscheide. Mein Wille scheint meine Hand unmittelbar zu lenken, mein Verstand scheint die Dinge dieser Welt direkt wahrzunehmen - alle noch so komplexen Vermittlungsschritte werden erlebnismäßig »geleugnet«, weil sie unbewusst sind.“ (Roth & Strüber 2014, 242)

So entwickeln Menschen in ihrem impliziten Selbst Kognitionen, ein Selbstbild über sich selbst. Anhand dieser Selbstbilder, dieser Schemata, expliziert der Autor, immer belegt mit Zeugenaussagen unter Nutzung des statistischen Verfahrens der Faktorenanalyse, folgende Ursachen, an denen Ehen scheitern können: Deprivationserlebnisse in der Kindheit, fragwürdige persönliche Reife für eine partnerschaftliche Ehe, Einfluss konventioneller Normen, Ich-Schwäche, unterentwickelte soziale Kompetenz, problematisches Beziehungsverhalten, Einfluss verschiedener sexueller Verhaltensweisen auf ein partnerschaftliches Beziehungsverhalten, sexuelle Delinquenz, Überbehütung, Einfluss strenger Erziehungsmethoden, brachiale Erziehungsmethoden, Vernachlässigung, Einfluss von Scheidung/Trennung der Eltern, Alkoholmissbrauch seitens (mindestens)eines Elternteils, sexueller Missbrauch, Benachteiligung gegenüber Geschwistern, „Flucht“ aus dem Elternhaus im Jugendalter, traumatische Erlebnisse in der Kindheit und Jugend, Minderwertigkeitserlebnisse in der Kindheit und Jugend.

In seiner Zusammenfassung der Liste psychologisch relevanter Persönlichkeitsfaktoren (Traits) im Kontext mit dem Scheitern von Ehen weist der Autor deutlich darauf hin, dass in der Regel mehrere psychologisch relevante Einflussfaktoren vorhanden waren, die zum Scheitern einer Ehe beigetragen haben. In der Faktorenanalyse aller relevanten Faktoren generierte sich ein übergeordneter Faktor bei über der Hälfte der Personen (52,4%) der als „Ich-Schwäche“ bezeichnet wurde. Es folgen „Defizite an emotionaler Zuwendung in der Herkunftsfamilie“ (44,4%), dann an dritter Stelle zusammengefasst aus den Unterpunkten „Schwach ausgeprägte Konfliktlösungskompetenz“ (41,3%),

„Kommunikationsschwäche“ (31,75%), „Mangelnde Empathie“ (14,3%), „egoistische Verhaltensweisen“ (14,3%) und „rigide Verhaltensweisen“ (9,5%) ein Faktor, der als „unterentwickelte soziale Kompetenz“ bezeichnet wurde.

Diese Veröffentlichung bietet eine hervorragende Grundlage, psychologisch relevante Ursachen, die zum Scheitern eine Ehe führen können, hinreichend objektiv zu erfassen. So scheint es dringend geboten, diese Ergebnisse für eine konzeptionelle Orientierung in der Ehe-vorbereitung, Begleitung und Beratung zu nutzen.

Bauer, J., Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München 2002

Fiedler P., Persönlichkeitsstörungen. Weinheim 2001

Grawe K., Neuropsychotherapie. Göttingen 2004

Roediger, E., Praxis der Schematherapie, Grundlagen-Anwendungen-Perspektiven. Stuttgart 2010

Roth, G, Strüber, N., Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart 2014

Roth, G., Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. Stuttgart 2007

Schmidt, W., Woran Ehen scheitern können. Psychologische Studie basierend auf Erfahrungen aus Ehenichtigkeitsverfahren. Berlin 2017

Dr. Rudolf Sanders (aus www.beratung-aktuell).

Elmar Brähler, Hans-Wolfgang Hoefert, Christoph Klotter (Hrsg.). (2018). Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Lengerich: Pabst

Gesundheitsvorstellungen prägen die Wahrnehmung von Krankheit bzw. Gesundheit, Sie definieren das Inanspruchnahmeverhalten, das Gesundheits- und Genesungsverhalten nicht unerheblich. Das Buch geht der Frage nach, welche kulturellen und historischen Hintergründe dabei prägend sind.

Der erste Teil zeigt auf wie es zu einem Wechsel einer individuell angelegten Sicht zu einer kontextuell (auch versorgungstechnisch) geprägten Sichtweise kam; dies wird am den Beispielen Allergien, Rückenbeschwerden, Krebs und Adipositas verdeutlicht (Klotter S. 16 ff). Der Wandel von Symptomaten über die Zeit beschreibt Merkle (S. 34ff) in seiner Entlastungs- und kommunikativen Bedeutung. Diese sind z.B. als Burnout oder ADHS mit zahlreichen gesellschaftspolitische bedeutsamen Veränderungen der neueren Zeit in Verbindung zu bringen. Dabei werden von Schmidt (S. 44ff) historisch bedeutsame Wandlungen des Selbstverständnisses von Gesundheit deutlich gemacht (als Harmonie, als Kampf gegen negative Einflüsse, als Dialektik zwischen Krank und gesund, als selbstverantwortet, als staatlich geplanter Akt, etc.). Demografische Wandlungsprozesse sowohl in der Geschichte als auch aktuell (Anstieg der Alterspyramide) werden von Nowosadeck kenntlich gemacht. (S. 57ff). Dieser Aspekt wird anhand der Multimorbidität mit anwachsendem Alter von Holzer und Sandler verdeutlicht (S. 68ff). Schneider (s.83ff.) hebt die Bedeutung der sozialen Lage auf dem Hintergrund unterschiedlicher Milieus hervor. Raibling und Schaller (S.98ff.) sehen in dem veränderten Inanspruchnahmeverhalten den Einfluss sowohl zunehmender

Medikalisierung von Krankheit- bzw. Gesundheit als auch eine Wende zu einer salutogenetischen Perspektive.

In einem weiteren Teil werden die impliziten Vorstellungen von Gesundheit im Rahmen moralischen, spirituellen, ökonomischen, ästhetischen und zuletzt die aktuelle salutogenetische Sicht diskutiert. Zunächst werden religiösen bzw. spirituellen Hintergründe vom Gesundheitsverständnis erarbeitet. Ritzmann (S. 109ff) diskutiert verborgene oder pathogenisierte Wertvorstellungen auf historischem Hintergrund. Schäfer geht der Frage nach, ob Gesundheit zur Ersatzreligion, Spiritualität als neue Form von Gesundheit erscheint. Decker und Schumacher (S. 128 ff.) diskutieren den Warencharakter der Gesundheit. Der Verbindung zwischen Spiritualität und dem Warencharakter der Gesundheit geht Utsch nach (S. 138 ff.). Am Beispiel von Adipositas werden von Wagner und Müller der Einfluss ästhetischer Vorstellungen anhand eigener Studien diskutiert (S. 145ff.). Etwas aus dem Diskussionszusammenhang herausgerissen, geht Kickbusch der Frage nach, inwieweit das Salutogeneseprinzip konzeptuell gegriffen hat. In einem i.e.S. historischen Teil werden Vorstellungen von Leid, Körperlichkeit, aber auch aktuelle Vorstellungen aufgearbeitet (Jütte 174 ff.; Klotter; 183 ff; Hoefert 197 ff). Diesem Teil schließen sich zwei Kapitel zum historischen Wandel der fachlichen Sichten in der Onkologie und Psychiatrie an (Kleeberg, 212 ff; Heinz, 232 ff). Betrachtungen von gruppenspezifischen Auffassungen von Männern, Muslimen und Kindern folgen (Engels & Seikowski, 242 ff., Wunn, 272 ff.; Lohaus, 265 ff.). Das Buch schließt ab mit Betrachtungen zu neueren Entwicklungen zur Überwindung von Fachgrenzen durch Public health (Babitsch et al. ; S. 276 ff.), Modell psychischer Gesundheit aus Sozial- und gemeindepsychiatrischer Perspektive (Brückner, S. 289 ff.), zur Partizipativen Entscheidungsfindung (Bergelt, S. 299 ff.), zur Personalisierten Medizin (Michl & Paul, S. 306 ff.) und zu ethischen Aspekten (Rhia, S. 313 ff.).

Alles in allem ein sehr weit gefächertes Buch mit sehr vielen Aspekten zu historischen, fachgebietspezifischen, Gruppenorientierten Perspektiven von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich um das Resultat einer so geplanten Tagung, bei denen der Vielfalt der Themen manchmal das Einigende, die rote Linie fehlt. Aber zweifellos ist es eine Fundgrube sich mi wenigsten in Ansätzen mit dieser Thematik zu beschäftigen.

B. Röhrle

[Buchankündigung](#)

In Kürze erscheint ein Buch mit dem Titel **„Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven“**; herausgegeben von Bernd Röhrle, David Ebert & Hanna Christiansen (DGVT-Verlag)

Inhaltsverzeichnis

Übersichten

Efficacy: Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit: Eine Meta-Meta-Analyse (Bernd Röhrle und Hanna Christiansen)

Ohne eine methodisch schlüssige Grundlage berichten zahlreiche Übersichtsarbeiten über die lediglich moderate Wirkung von Maßnahmen zur Prävention psychischer Störungen. Die hier vorgestellten

te Meta-Meta-Analyse versucht hingegen auf einer sicheren Grundlage Aussagen dazu zu machen. Mit Hilfe einer systematischen Auswahl von 62 Meta-Analysen ließ sich im Rahmen eines Zufallsmodells ein mittlerer Meta-Effekt von $d = 0,33$ für präventive Interventionen psychischer Störungen errechnen, bei einer insgesamt heterogenen Datenlage. Zwischen den verschiedenen Ansatzpunkten der Präventionsmaßnahmen ließen sich z. T. deutliche Unterschiede nachweisen. Nicht signifikant unterschieden sich hingegen selektive bzw. indizierte von universellen Programmen. Auch die Effekte, die entweder pathogene oder salutogene Merkmale erhoben, unterschieden sich nicht ($d = 0,32$ bzw. $d = 0,38$). Präventive Maßnahmen für Erwachsene waren erfolgreicher als die für Kinder und Jugendliche oder Kinder und Jugendliche und Erwachsene gemischt ($d = 0,42$ vs. $0,26, 0,29$). Eine meta-regressive Analyse, die insgesamt 26 % Varianz aufklärte, wies nach, dass störungs- und verhältnisorientierte Formen der Prävention den Meta-Effekt negativ vorhersagten im Gegensatz zu den Studien, die nur Erwachsene untersuchten. Diese Ergebnisse werden insgesamt vor dem Hintergrund möglicher Strategien zur Bewertung präventiver Interventionen diskutiert.

Zur Effizienz der Prävention psychischer Störungen (Bernd Röhrle und Klaus Fröhlich-Gildhoff).

Ergebnisse gut kontrollierter Präventionsstudien sind noch lange kein Erfolg. Vielmehr stellt sich die Frage, ob und wie diese Ergebnisse in die Praxis implementiert und mit Breitenwirkung nachhaltig gepflegt werden können. Die Ergebnisse entsprechender Bemühungen fallen in dieser Übersicht überwiegend positiv aus. Allerdings ist die Zahl der Präventionsstudien, die über Ergebnisse zu Implementations-, Disseminations- und Nachhaltigkeitsbemühungen berichten, ist vergleichsweise gering.

Trends

Efficiency: Kosten-Nutzen-Verhältnisse bei der Prävention von Depressionen und Suizid (Claudia Buntrock, David Daniel Ebert und Bernd Röhrle).

Neben der Efficacy und Effectiveness der Prävention psychischer Störungen, gilt es auch den Nachweis zu erbringen, dass die Maßnahmen kostengünstig sind (Cost-effectiveness). Hier soll an ausgesuchten Beispielen gezeigt werden, dass sich die Kosten-Nutzenverhältnisse in randomisierten oder modellhaften Studien als vorteilhaft ausweisen. Dabei konzentrieren wir uns auf Kosten-Nutzen-Studien im Bereich der Prävention von depressiven und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen, von depressiven Störungen bei (älteren) Erwachsenen, von postnataler Depressionen und von Suizid. Die Ergebnisse sind vielversprechend. Trotz dieser Erkenntnisse sind die entwickelten Angebote noch keine Routinemaßnahmen. Deshalb sind auch solche Studien notwendig, welche kosten-effektive Studien implementieren helfen. Dabei dürfte die Beteiligung von Kostenträgern eine zentrale Rolle zukommen.

Prävention psychischer Störungen im Kontext der Positiven Psychologie. (René T. Proyer, Fabian Gander, Viktoria Tschirpke, Kay Brauer)

Die Positive Psychologie befasst sich mit der Frage, was das Leben am meisten lebenswert macht und wie das „gute Leben“ erreicht werden kann. Zentrale Forschungsthemen sind die Konzeptualisierung und Erfassung des Wohlbefindens bzw. der psychischen Gesundheit, sowie von moralisch positiv bewerteten Eigenschaften (sog. Charakterstärken). Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Entwicklung und Validierung von Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens und anderer positiver Aspekte. In diesem Kapitel werden die grundlegenden Ideen der Positiven Psychologie dargelegt, verschiedene Konzepte des Wohlbefindens diskutiert und die Erfassung und Arbeit mit Charakterstärken besprochen. Zudem werden mehrere Interventionen aus der Positiven Psychologie vorgestellt, deren Wirksamkeit besprochen, auf Bedingungen eingegangen unter denen diese am besten funktionieren, sowie mögliche Wirkmechanismen und spezifische Anwendungen im klinischen Bereich erläutert. Das Kapitel soll Beiträge der Positiven Psychologie zur Prävention, Gesundheitsförderung und Therapie aufzeigen, die eine wichtige Ergänzung zu bestehenden Ansätzen darstellen könnten.

Prävention psychischer Störungen über Internet und Smartphone. Ein narratives Review und Empfehlungen für zukünftige Forschung (David Daniel Ebert, Claudia Buntrock & Harald Baumeister)

Obwohl psychologische Interventionen ein enormes Potenzial für die Prävention psychischer Störungen haben, sind deren Effekte hinsichtlich der Reduktion der Krankheitslast auf Populationsebene aufgrund mangelnder Verfügbarkeit und Inanspruchnahme derzeit begrenzt. Einschränkungen traditioneller Präventionsprogramme können potenziell durch die Bereitstellung von Internet- und mobilen Interventionen (IMIs) überwunden werden.

Dieser Beitrag führt in das Thema ein, erörtert Anwendungsgebiete und fasst die empirische Evidenz zur Wirksamkeit sowie der Kosteneffektivität von IMIs im Hinblick auf die Reduktion der Inzidenz psychischer Störungen zusammen. Abschließend werden auf Basis des aktuellen Erkenntnisstandes Empfehlungen für die zukünftige Forschung diskutiert.

Insgesamt konnten zehn randomisiert-kontrollierte Studien identifiziert werden, von denen sechs signifikante Effekte zugunsten der Interventionsgruppe aufzeigten. Über vier randomisierte Studien gibt es lediglich für die indizierte Prävention von Depressionen im Hinblick auf spezifische Störungen konsistente Befunde für die Wirksamkeit präventiver Interventionen. Die einzige Studie zur Prävention generalisierter Angststörung zeigte keine positiven Befunde. Im Hinblick auf die Prävention von Essstörungen wurden positive Effekte nur in post-hoc-Untergruppenanalysen gefunden, was auf die Möglichkeit hindeutet, dass die Entwicklung einer Essstörung bei bestimmten Hochrisikopopulationen zumindest verzögert werden kann. Nur eine Studie untersuchte die Kostenwirksamkeit einer IMI und stellte fest, dass eine indizierte Intervention zur Vorbeugung von Depressionen mit hoher Wahrscheinlichkeit kosten-effektiv ist. Eine meta-analytische Auswertung über alle Präventionstypen und Störungen hinweg ergab eine signifikante Überlegenheit der Präventionsbedingungen gegenüber den Kontrollgruppen mit einer relativen Risikoreduktion hinsichtlich der Inzidenz psychischer Erkrankungen von 28%. Bisher nicht untersuchte Störungen sind u.a. Substanzabhängigkeit, psychotisch-, bipolar-, stressbedingte, Phobie- und Panik-, Zwangsstörungs-, Impuls-

kontrolle-, somatische Störungen und Schlafstörungen. Bisher hat keine veröffentlichte Studie die Wirksamkeit einer smartphone-basierten Intervention auf die Inzidenz psychischer Störungen untersucht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die bisherige Evidenz das hohe Potenzial von IMIs für die Prävention psychischer Störungen aufzeigt. Allerdings besteht eine Notwendigkeit für die Durchführung großer randomisiert-kontrollierter Studien. Zukünftige Richtungen für das Feld, die notwendig erscheinen, um das Potenzial von IMIs zur Prävention psychischer Störungen voll auszuschöpfen, stehen zur Diskussion. Dazu gehören unter anderem die Notwendigkeit, mobil-basierte Interventionen und die Kostenwirksamkeit von IMIs zu bewerten, Interventionen in zahlreichen Störungsbereichen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu entwickeln und zu evaluieren, die Rolle der menschlichen Unterstützung bei präventiven Interventionen und mögliche negative Effekte präventiver Interventionen sowie Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Nutzung verfügbaren Interventionen zu evaluieren.

Internetgestützte Prävention und Behandlung von Paarproblemen am Beispiel von PaarBalance. (Gastner, J., Schindler, L., Metz, N. und Zuber, A.)

Aufgrund der enormen Bedeutung einer zufriedenstellenden Partnerschaft für die seelische wie körperliche Gesundheit, aber auch angesichts der hohen Trennungs- und Scheidungsraten und der daraus resultierenden negativen Konsequenzen für die Betroffenen, ergibt sich die Notwendigkeit, geeignete Maßnahmen bereitzustellen, um chronischen Beziehungsproblemen vorzubeugen.

Obwohl hierfür inzwischen hoch wirksame Präventionsmaßnahmen vorliegen, besteht noch immer die große Herausforderung darin, solche Programme flächendeckend zu verbreiten, so dass möglichst viele Paare rechtzeitig erreicht werden. Für genau diese Aufgabe birgt das Medium Internet ein enormes Potential, wie eine Reihe von empirischen Studien bereits zeigen konnte.

Nach einem Überblick über bisherige webbasierte Maßnahmen wird das Online-Programm PaarBalance zur Verbesserung der Beziehungszufriedenheit vorgestellt. Ziele, Struktur und die einzelnen Bausteine des Programms werden beschrieben sowie die Frage diskutiert, in welcher Form so gearbete interaktive Online-Programme künftig eingesetzt werden können.

Transdiagnostische Prävention psychischer Störungen am Beispiel der Komorbidität von Depression und Angststörungen. (Zarski, Anna-Carlotta, Ebert, David & Röhrle, Bernd)

Transdiagnostische Präventionsansätze versuchen komorbid auftretenden Störungen vorzubeugen. In diesem Beitrag wird darüber informiert, wie notwendig ein solcher Ansatz ist und welche theoretisch fundierten Möglichkeiten und praktischen Strategien sich hierfür bieten. Eine erste Übersicht zu den bislang gewonnenen Erkenntnissen, insbesondere für die Vermeidung von Depressionen und komorbiden Angststörungen, bietet einen Einblick in die Ergebnislage und die Vorgehensweisen von empirisch überprüften transdiagnostisch bedeutsamen Präventionsansätze.

Settingbetonte Ansätze

Prävention von psychischen Störungen auf der kommunalen Ebene: Zur Umsetzung von Communities That Care - CTC in Deutschland (Frederick Groeger-Roth)

In dem Beitrag wird die kommunale Präventionsstrategie „Communities That Care (CTC)“ beschrieben. CTC ist ein settingübergreifender Ansatz, mit dessen Hilfe Risiko- und Schutzfaktoren in Kommunen ausgemacht werden können. Auf diese Weise können Kommunen ihre Präventionsangebote stärker auf die Bedarfe der Zielgruppe fokussieren und evaluierte Präventionsprogramme nachhaltig in den Regeleinrichtungen verankern. Der aus den USA stammende Ansatz wird beschrieben und es wird auch dargestellt, wie der Ansatz auf den kommunalen Kontext in Deutschland übertragen und angepasst wird. Erste Erfahrungen und Evaluationsergebnisse sind vielversprechend, müssen aber noch in einem breiteren Kontext erprobt und evaluiert werden.

Kommunale Strategien zur Prävention psychischer Störungen – verdeutlicht an Beispielen früher Förderung (Klaus Fröhlich-Gildhoff und Ullrich Böttinger)

In diesem Beitrag werden Konzepte und Prinzipien kommunaler Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt. Anhand von zwei erfolgreich umgesetzten Beispielen werden die Potentiale eines koordinierten Vorgehens zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Kindern und Familien herausgearbeitet. Besonders bedeutsam ist die Verbindung von übergeordneter Steuerung und praktischer Umsetzung im Sozialraum.

Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt durch die Gesetzliche Krankenversicherung (Sarah Francesca Schröer und Alfons Schröer)

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland verzeichnet in den letzten Jahren einen erheblichen Anstieg psychischer Störungen. Dies zeigt sich in den Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit und zur Verordnung von Psychopharmaka. Insbesondere lange Arbeitsunfähigkeitszeiten werden durch psychische Erkrankungen begründet. Gleichzeitig hat die GKV durch das Präventionsgesetz einen Auftrag zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Hierbei kann die Arbeitswelt als Setting genutzt werden, um Menschen besser zu erreichen, unabhängig davon wo die Ursache der Störung zu sehen ist. Vor allem aber kann die GKV den Unternehmen und den Betriebsräten dabei helfen, Ursachen für psychische Erkrankungen in den Betrieben selbst zu identifizieren und zu bearbeiten. Der Arbeitsplatz bietet einen direkten Zugang zur Gesundheitsförderung der Bürger. Auch wirtschaftliche Vorteile werden dadurch zunehmend von den Unternehmen wahrgenommen. Dabei setzt die GKV besonders auf Ansätze, bei denen die Beteiligung der Betroffenen besonders ausgeprägt ist. Allerdings sind die Möglichkeiten der GKV durch das oft fehlende Engagement der Betriebe begrenzt.

Da der Arbeitsplatz Zugang zu einem großen Teil der Bevölkerung bietet, ist es ein sehr attraktiver Rahmen für die Durchführung von Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge. Darüber hinaus ermutigen Interventionen in der Arbeitsumgebung direkt Unternehmen, bessere Arbeitsbedingungen zu erreichen.

Prävention und psychische Gesundheitsförderung in der Schule (von Gino Casale, Dennis Hövel, Thomas Hennemann und Clemens Hillenbrand)

Einer frühzeitigen präventiven schulbasierten Förderung kommt aufgrund hoher Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter und den damit verbundenen persönlichen, schulischen und gesellschaftlichen Folgen eine große Bedeutung zu. Festzustellen ist derzeit jedoch ein erheblicher „service gap“ in der gezielten Unterstützung von betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern in Deutschland. In dem folgenden Kapitel wird vor diesem Hintergrund die Schule als besonders geeignetes Setting für die Umsetzung präventiver Maßnahmen zur psychischen Gesundheitsförderung und die Wirksamkeit schulbasierter Förderprogramme auf Basis metaanalytischer Befunde beschrieben. Überdies werden als Rahmenkonzeptionen zur systematischen Förderung mehrstufige sowie multimodale Förderkonzepte für die Schule näher dargestellt und im Hinblick auf eine erfolgreiche Implementation diskutiert.

Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung – welche Strategien sind erfolgreich? (Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maïke Rönnau-Böse)

Kindertageseinrichtungen haben die Chance, alle Kinder und ihre Bezugspersonen zu erreichen – daher sind sie ein guter Ausgangspunkt, um deren seelische und körperliche Gesundheit zu fördern sowie soziale Teilhabe zu gewährleisten. Damit Gesundheitsförderung in diesem Setting erfolgreich sein kann, müssen zum einen alle Akteure der Organisation – Fachkräfte, Eltern, Kinder, Kooperationspartner – in Interventionen einbezogen werden. Zum anderen sind hierfür Rahmenbedingungen, wie ausreichende Zeit- und Personalressourcen, aber auch eine Qualifizierung der Fachkräfte unabdingbar. Bestehende Programme müssen an die jeweilige Institution angepasst und im Alltag der Einrichtung verankert werden. Es wird beispielhaft das positiv evaluierte Konzept „Kinder Stärken!“ – Resilienzförderung in der Kita vorgestellt.

Prävention psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten (Julia Arnhold und Bernd Röhrle)

Dem hohen Bedarf an Präventionsmaßnahmen für geflüchtete Menschen gegenüber steht eine geringe Anzahl systematischer und empirisch geprüfter Angebote. Fundierte Aussagen über die Wirksamkeit entsprechender Ansätze sind auf Grundlage vorhandener Daten noch nicht möglich. Es scheint jedoch, dass Programme dann positive Effekte erzielen können, wenn sie hinsichtlich Kultur, Ethnie, Alter und Geschlecht differenziert und sensibel gestaltet sowie niedrigschwellig sind, Geflüchtete selbst aktiv im Sinne von Experten und Peer-Beratern involvieren und organisch in die Gemeinde integriert statt in separierten „klinischen“ Settings angeboten werden. Ganz grundlegende Variablen für die Implementierung und die Wirksamkeitsprüfung entsprechender Ansätze sind zum einen ihre sichere Finanzierung und zum anderen die Sicherung des Aufenthalts der Teilnehmer, mindestens für die Dauer der Intervention. Hieran mangelt es in den meisten Aufnahmeländern nach wie vor, was die Durchführung methodisch fundierter Wirksamkeitsstudien deutlich erschwert.

Um geflüchteten Menschen ein wirksames und nachhaltiges Präventionsangebot machen zu können, scheint auf Basis der deskriptiven Zusammenschau inhaltlich ein Mehrebenen-Ansatz sinnvoll zu sein. Ein Problemlösetraining oder psycho-educative Aufklärung für sich genommen können langfristig ebenso begrenzt etwas ausrichten wie die alleinige Förderung von Bildung und Erwerbstätigkeit. Angesichts der Vielzahl von Belastungs- und Risikofaktoren, denen Geflüchtete ausgesetzt sind, die sich sowohl auf unterschiedliche Erlebensebenen als auch auf unterschiedliche Phasen der Flucht beziehen, müssen präventive Ansätze multiprofessionell und multimodal konzipiert und umgesetzt werden und getragen sein, von einer humanitären und effizienten Asylpolitik sowie einer stabilen Finanzierung.

Störungen

Prävention von Depression im Alter (David Daniel Ebert, Claudia Buntrock & Pim Cuijpers).

Aufgrund der weltweiten Zunahme der Zahl der älteren Erwachsenen wird die Zahl der depressiven älteren Erwachsenen in den nächsten Jahrzehnten beträchtlich zunehmen. Auch vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung von Konzepten zur Prävention depressiver Störungen eine der wichtigsten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahrzehnten sein. Depressive Störungen haben in allen Altersgruppen eine hohe Krankheitslast und sind mit immensen ökonomischen Kosten verbunden. Aktuelle Behandlungsmethoden sind, selbst unter optimalen Bedingungen, nur in der Lage, ca. ein Drittel der mit Depression assoziierten Krankheitsbelastung zu reduzieren. Die Prävention depressiver Störungen könnte eine alternative Strategie sein, die zur weiteren Reduktion der durch Depressionen verursachten Krankheitslast beitragen könnte. In dem vorliegenden Beitrag geben wir einen Überblick über bisherige empirische Erkenntnisse zur Prävention von Depression bei älteren Erwachsenen. Bisher wurden mindestens 7 randomisiert, kontrollierte Studien durchgeführt, die das Potenzial psychologischer Interventionen zur Prävention von Depression im Alter untersucht haben, wovon 5 eine Wirksamkeit der Intervention zur 12- bzw. 24 Monatskatamnese nachweisen konnten. Die meisten dieser Konzepte nutzen einen indizierten präventiven Ansatz und richteten sich an Personen mit vorliegenden subklinischen Symptomen, die aber gleichzeitig nicht die Kriterien für eine vollausgeprägte depressive Störung erfüllten. Bisher wurden nur zwei Studien durchgeführt, die die Wirksamkeit von selektiven Präventionskonzepten evaluierten, die sich an besondere Risikogruppen richteten. Beide konnten präventive Effekte der Interventionen auf die Inzidenz depressiver Störungen nachweisen. Eine Meta-analytische Auswertung der verfügbaren 7 Studien zeigte eine mittlere relative Risikoreduktion von 46%. Die Ergebnisse reihen sich in eine zunehmende Anzahl von Studien ein, die zeigen, dass sich die Inzidenz von Depressionen mithilfe von psychologischen Interventionen reduzieren lässt. Die Entwicklung evidenzbasierter Interventionen zur Prävention von Depressionen sollte ein wichtiges wissenschaftliches und gesundheitspolitisches Ziel für das 21. Jahrhundert sein.

Früherkennung und Prävention von Psychosen (Hendrik Müller und Andreas Bechdorf).

Mit der Früherkennung und Prävention von Psychosen verbindet sich das Ziel, eine manifeste psychotische Ersterkrankung hinauszuzögern oder sogar den Übergang in das Vollbild zu verhindern.

Die Remission der Risikosymptomatik, die Behandlung von komorbiden manifesten psychischen Störungen, das psychosoziale Funktionsniveau sowie die subjektive Lebensqualität sind weitere Zielgrößen. Voraussetzung für die Früherkennung sind Risikokriterien, welche eine symptomatische, Hilfe suchende Population mit klinisch bedeutsam erhöhtem Psychoserisiko gegenüber Personen ohne erhöhtes Psychoserisiko abgrenzen. Mit den Basissymptomkriterien und Ultra-High-Risk-Kriterien liegen zwei solche gut evaluierte Risikokriteriensätze vor. Wird ein erhöhtes Psychoserisiko festgestellt, sollte den Betroffenen im nächsten Schritt eine wirksame präventive Intervention angeboten werden, welche akzeptabel und nebenwirkungsarm ist. Derzeit liegen vierzehn abgeschlossene randomisierte und kontrollierte Interventionsstudien bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko vor. Diese Studien evaluierten Antipsychotika, Omega-3-Fettsäuren, Kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie und integrierte Behandlungsansätze. Metaanalysen zeigen einen Vorteil aller spezifischen Interventionen gegenüber den jeweiligen Kontrollgruppen. Hierbei stützt sich die Kognitive Verhaltenstherapie auf die breiteste Datenbasis und präsentiert sich zugleich mit einem günstigen Risiko-Nutzen-Profil. Aufgrund dieser Abwägungen empfehlen die aktuellen Übersichtsarbeiten und Leitlinien zunächst, kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen innerhalb von spezialisierten Früherkennungszentren anzubieten. Hierzu unterbreiten wir Vorschläge zur fachgerechten Umsetzung von Kognitiver Verhaltenstherapie bei erhöhtem Psychoserisiko, diskutieren methodische Aspekte, Schwerpunkte und Unterschiede in den evaluierten Ansätzen.

Prävention psychischer Störungen durch paarorientierte Interventionen. (Christine Kröger & Rudolf Sanders)

Eine glückliche und stabile Paarbeziehung zu leben ist eng mit der psychischen und physischen Gesundheit verbunden. Dementsprechend sind gravierende Schwierigkeiten in der Partnerschaft als bedeutender gesundheitlicher Risikofaktor einzuordnen. Der vorliegende Beitrag fokussiert auf der Grundlage eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses das Potential paarbezogener Interventionsansätze für die Prävention psychischer Störungen. Zunächst wird kurz darauf eingegangen, was Partnerschaften scheitern lässt. Die herausragende Bedeutung von intimen Beziehungen für die psychische Gesundheit wird sodann - in Übereinstimmung zu den konsistenztheoretischen Überlegungen von Grawe - wesentlich auf deren Rolle bei der Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse zurückgeführt. Im nächsten Schritt werden Zusammenhänge zwischen der Partnerschaftsqualität der Eltern und der Qualität der Eltern-Kind-Beziehungen ebenso wie die Auswirkungen von destruktiven Partnerschaftskonflikten auf die Entwicklung von Kindern dargestellt.

Vor diesem Hintergrund werden die wichtigsten Präventions- und Interventionsansätze vorgestellt, die darauf abzielen, die Partnerschaftsqualität zu verbessern. Dabei werden sowohl die bekanntesten deutschsprachigen Präventionskonzepte (EPL-Ein Partnerschaftliches Lernprogramm, paarlife®) als auch zentrale paartherapeutische Grundrichtungen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch und humanistisch-erfahrungsorientiert) beschrieben. Als integrativer Ansatz, der im Rahmen der Paar- und Familienberatung entwickelt wurde und sich durch Arbeit in und mit Gruppen von Paaren auszeichnet, wird die Partnerschule etwas ausführlicher betrachtet.

Abschließend wird aufgezeigt, dass paarorientierte Interventionen bislang viel zu wenig für die präventive Stärkung der psychischen Gesundheit von Erwachsenen und Kindern genutzt werden.

Prävention der ADHS (Selina Türk & Hanna Christiansen)

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der frühen Identifikation und Prävention eines in der Präventionsforschung bisher vernachlässigten Störungsbildes, der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Nach einem kurzen Überblick über die Symptomatik und den Verlauf werden aktuelle Erkenntnisse der ätiologischen Forschung präsentiert, welche die ADHS als Entwicklungsstörung einstufen. Auf dieser Grundlage wird die hohe Relevanz einer möglichst frühen Prävention herausgestellt, um das Auftreten einer ADHS zu verhindern, den Entwicklungsverlauf zu beeinflussen und/oder negative Langzeitfolgen zu vermeiden. Anhand konkreter Beispiele wurden Präventionsmaßnahmen und deren Effektivität vorgestellt, welche an unterschiedlichen Zeitpunkten der Symptommanifestation und verschiedenen Zielgruppen ansetzen. Diese werden nach gängiger Forschungspraxis in primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen unterteilt. Darüber hinaus widmet sich ein eigener Abschnitt der Früherkennung, welche eine bedeutende Voraussetzung für die Implementierung frühzeitiger Präventionsmaßnahmen darstellt. Der Beitrag schließt mit Implikationen für die Praxis und der Public Health ab und gibt einen Ausblick für die zukünftige Forschung im Bereich Prävention der ADHS.

Prävention von somatoformen Störungen (Jana Baumann und Bernd Röhrle)

Im vorliegenden Kapitel wird auf Möglichkeiten hingewiesen, wie man somatoformen Störungen vorbeugen kann. Bemerkungen zum Störungsbild, zur Epidemiologie und zu seiner wirtschaftlichen Bedeutung bereiten auf präventionsrelevante Ursachen, Risikofaktoren und Interventionsmöglichkeiten vor. Die wenigen vorhandenen Forschungsergebnisse für diesen Bereich und eine Liste von Möglichkeiten für universelle, selektive und indizierte Prävention werden vorgestellt.

Prävention von psychosozial bedingten sexuellen Störungen (Bernd Röhrle)

Psychosozial bedingte sexuelle Störungen sind wohl die am häufigsten auftretenden Störungen. Zugleich ist das Wissen zu möglichen Präventionsansätzen extrem rar und veraltet. Auf der Grundlage früherer Ergebnisse zur Vermeidung psychosozial bedingter sexueller Störungen und mit dem inzwischen gewachsenen Wissen zu möglichen Risiken, wird der Frage nachgegangen, warum dieser Präventionsbereich so vernachlässigt wurde. Außerdem wird eine mögliche Perspektive für präventive Präventionsprojekte für diesen Störungsbereich vorgeschlagen.

Neue Bücher

Altgeld, T. (2018) Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). GKV-Spitzenverband (Hrsg.).

<http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/bestandsaufnahme-interventionen-behinderung.pdf>

AOK (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken.

http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/nag_broschuere_web_020218.pdf

Arant, R., Dragolov, G. & Boehnke, K. (2018). Sozialer Zusammenhalt in Deutschland 2017. Bertelsmann Stiftung.

[https://www.bertelsmann-](https://www.bertelsmann-stif-)
[stif-](https://www.bertelsmann-stif-)

[tung.de/fileadmin/files/BS/Publicationen/GrauePublicationen/STLW_Studie_Zusammenhalt_in_Deutschland_2017.pdf](https://www.bertelsmann-stif-tung.de/fileadmin/files/BS/Publicationen/GrauePublicationen/STLW_Studie_Zusammenhalt_in_Deutschland_2017.pdf)

Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., Caldas de Almeida, J. M. (2018). Access to Mental Health Care in Europe. -Scientific Paper -. EU Compass for Action on Mental health and Well-Being

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co02_en.pdf

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2018). Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt und betriebliche Wiedereingliederung.

https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd94.pdf?__blob=publicationFile&v=6

BZGA (2018). Fachheft der BZgA „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“
Band 49: Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten

<https://www.infodienst.bzga.de/?id=teaserext2.9&idx=7564>

Caldas de Almeida, J. M., Frasilho, D., Mateus, P., Antunes, A., Cardoso, G., Silva, M. & Parkkonen, J. (2018). EU Compass for Action on Mental health and Well-Being. Annual report 2017.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_compass_activityreport_en.pdf

Cuijpers, P., Shields-Zeeman, L., Walters, B. H. & Petrea, I. (2018). Prevention of Depression and Promotion of resilience. - Consensus Paper - EU Compass for Action on Mental health and Well-Being.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co03_en.pdf

Dezort, S., Günther, C., Hilke, M., Jasper, C. M., Köhler, S., Schütte, J. D., Stolz, H. J. (2018). Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer Präventionskette. Bertelsmann Stiftung.

[https://www.kommunale-](https://www.kommunale-praeventionsket-)
[praeventionsket-](https://www.kommunale-praeventionsket-)

[ten.de/uploads/media/Qualitaetsrahmen_Kein_Kind_zuruecklassen_web_01.pdf](https://www.kommunale-praeventionsket-ten.de/uploads/media/Qualitaetsrahmen_Kein_Kind_zuruecklassen_web_01.pdf)

EU Compass Consortium (2018). Good practice in mental health and well-being. Mental health at work, in schools, prevention of depression and suicide.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_work_schools_en.pdf

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018). Europäischer Drogenbericht 2018.
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf.
- Fegert, J. M., Kölch, M., Krüger U., Rabe, S., Hein, Y., Karmann, S. (2018). Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche.pdf
- Grobe, T. G., Steinmann, S. & Szecsenyi, J. (2018). Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
<https://www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmerarztreport-2018.pdf>
- GVG (2018). Ideenwettbewerb Verhältnisprävention. Praxisbeispiele zu verhältnispräventiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Berlin:
<https://vgg.org/wp-content/uploads/2018/03/GVGBd-79-Ideenwettbewerb-Verh%C3%A4ltnispr%C4vention.pdf>
- KIGGS (2018). KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen, RKI. Journal of Health Monitoring.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_01_2018_KiGGS-Welle2_erste_Ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile
- Kohlmann, C.-W., Salewski, C. & Wirtz, M. A. (2018). Gesundheit fördern mit Psychologie. Psychologie in der Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer.
- KomDat (2018). 20 Jahre KomDat Jugendhilfe.
www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/Komdat/2018_Heft1_KomDat.pdf
- Leanza, M (2017). Die Zeit der Prävention: Eine Genealogie. Velbrück
- LVR-Landesjugendamt Rheinland (2018). Präventionsnetzwerke und Präventionsketten erfolgreich koordinieren. Eine Arbeitshilfe aus dem LVR-Programm „Teilhabe ermöglichen – Kommunale Netzwerke gegen Kinderarmut“ im Rheinland
https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/jugend/jugendmter/koordinationsstellekinderarmut/dokumente_80/LVR-Arbeitshilfe_Kinderarmut_2017_ONLINE.pdf
- Nationale Präventionskonferenz. (2018). Präventionsforum 2017. Dokumentation.
http://www.praeventionsforum.org/2017/Praeventionsforum_2017_Dokumentation.pdf
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2018). Frühe Hilfen. Datenreport 2017.
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Datenreport-Fruhe-Hilfen-2017.pdf
- Pieck, N. (2018). Gesundheitliche Chancengleichheit im Betrieb: Schwerpunkt Gender. iga.Report 35.
<https://www.iga->

[info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_35_Chancengleichheit_Gender.pdf](https://www.info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_35_Chancengleichheit_Gender.pdf)

Sanders et al. (2018). Beratung aktuell 1 - 2018 steht zum kostenfreien Download bereit:

<https://www.active-books.de/kategorien/buch/527-beratung-aktuell-12018-junfermann-verlag/>

Tiedemann, F. v. (2018). Versöhnungsprozesse in der Paartherapie - Ein Handbuch für die Praxis mit einer DVD Junfermann Verlag.

UNODC (2018). World Drug Report. Executive Summary, Conclusions and Policy Implications.

<https://www.unodc.org/wdr2018/>

WHO (2018). Mental Health Atlas.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>

Wyl, A. v., Howard, E. C., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2018). Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016. Obsan Dossier 62.

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_62.pdf

Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH

(die Beiträge beziehen sich ausgewählt auf präventionsnahe Themen)

Andreas Beelmann

Arnold, Louisa S.; **Beelmann, Andreas** (2018). The effects of relationship education in low-income couples: A meta-analysis of randomized-controlled evaluation studies. Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies

Malti, Tina; **Beelmann, Andreas**; Noam, Gil G.; Sommer, Simon (2018). Innovation and integrity in intervention research: Conceptual issues, methodology, and knowledge translation. Prevention Science

Gino Casale

Casale, G., Hövel, D., Hennemann, T. & Hillenbrand, C. (im Druck). Prävention und psychische Gesundheitsförderung in der Schule. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Casale, Gino; Volpe, Robert J.; Daniels, Brian; Hennemann, Thomas; Briesch, Amy M.; Grosche, Michael (2018). Measurement invariance of a universal behavioral screener across samples from the USA and Germany. European Journal of Psychological Assessment, 34(2), Special Issue: Assessing Behavior Difficulties in Students. pp. 87-100.

Hanna Christiansen

- Röhrle, B. & Christiansen, H. (im Druck). Efficacy: Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit: Eine Meta-Meta-Analyse. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Türk, S. & Christiansen, H. (im Druck). Prävention der ADHS. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Weber, Linda; Kamp-Becker, Inge; **Christiansen, Hanna**; Mingeback, Tanja; European Child & Adolescent Psychiatry, Treatment of child externalizing behavior problems: A comprehensive review and meta-meta-analysis on effects of parent-based interventions on parental characteristics.

Kevin Dadaczynski

- Backhaus, O., Hampel, P. & **Dadaczynski, K.** (angenommen). Depressionen bei Kitafachpersonal - Prävalenzen und arbeitspsychologische Korrelate. Frühe Bildung.
- Dadaczynski, K.**, Quilling, E. & Walter, U. (Hrsg.) (2018, in Druck). Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten. Göttingen: Hogrefe.
- Nöcker, G. & **Dadaczynski, K.** (2018). Digitale Gesundheitskommunikation im Spannungsfeld massen- und personalkommunikativer Ansprache: Foren-Webcare und spielerische Zugänge als neue strategische Instrumente. In J. Pundt & V. Scherenberg (Hrsg.), Digitale Gesundheitskommunikation – Zwischen Meinungsbildung und Manipulation (S. 109-136). Bremen: Apollon University Press.
- Dadaczynski, K.** & Schiemann, S. (2018). Spielen als geeignete Form der Gesundheitsförderung und Prävention?!: Games4Health in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) (S. 275-288). Wiesbaden: Springer. Gabler.
- Dadaczynski, K.** & Paulus, P. (2018). Verhaltens- und Verhältnisprävention. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M.A. Wirtz (Hrsg.), Psychologie in der Gesundheitsförderung (S. 257-268). Göttingen: Hogrefe.

David Daniel Ebert

- Buntrock, C., **Ebert, D. D.** & Röhrle, B. (im Druck). Efficiency: Kosten-Nutzen-Verhältnisse bei der Prävention von Depressionen und Suizid. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Ebert, D. D.**, Buntrock, C. & Baumeister H. (im Druck). Prävention psychischer Störungen über Internet und Smartphone. Ein narratives Review und Empfehlungen für zukünftige For-

schung. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Ebert, D. D., Buntrock, C. & Cuijpers, P. (im Druck). Prävention von Depression im Alter. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Zarski, A.-C., **Ebert, D. D.** & Röhrle, B. (im Druck). Transdiagnostische Prävention psychischer Störungen am Beispiel der Komorbidität von Depression und Angststörungen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Cecilia A. Essau

Essau, Cecilia A.; Sasagawa, Satoko; Lewinsohn, Peter M.; Rohde, Paul (2018). The impact of pre- and perinatal factors on psychopathology in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 236, Aug 1, 52-59.

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Fröhlich-Gildhoff, K. & Böttinger, U. (im Druck). Kommunale Strategien zur Prävention psychischer Störungen – verdeutlicht an Beispielen früher Förderung. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (im Druck). Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung – welche Strategien sind erfolgreich? In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Soehnen, Sarah Aileen (2018). Entwicklung eines Screening-Verfahrens zur Einschätzung der Bindungssicherheit in Kindertageseinrichtungen. *Frühe Bildung*, 7 (2), 119-121.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Weltzien, Dörte (2018). Multiprofessionelle Teams in Kindertageseinrichtungen. *Unsere Jugend*, 70 (2), 64-71.

Hoffer, Rieke; **Fröhlich-Gildhoff, Klaus** (2018). Was und wie wir messen, wenn wir Qualität in Krippen messen. *Praxiserfahrungen und kritische Betrachtungen zur KRIPS-R. Frühe Bildung*, 7 (1), 48-51.

Röhrle, B. & **Fröhlich-Gildhoff, K.** (im Druck). Zur Effizienz der Prävention psychischer Störungen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Judith Gastner

Gastner, J., Schindler, L., Metz, N. & Zuber, A. (im Druck). Internetgestützte Prävention und Behandlung von Paarproblemen am Beispiel von PaarBalance. In B. Röhrle, D. Ebert & H.

Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Kurt Hahlweg

Fegert, J. M.; Diehl, C.; Leyendecker, B.; **Hahlweg, K.**; Prayon-Blum, V.; Scientific Advisory Council of the Federal Ministry of Family Affairs, Senior, Citizens, Women and Youth (2018). Psychosocial problems in traumatized refugee families: Overview of risks and some recommendations for support services. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, Jan 11, ArtID: 5

Rainer Hanewinkel:

Hanewinkel, Reiner; Isensee, Barbara; Morgenstern, Matthis (2018). „Be Smart—Don't Start': Untersuchung langfristiger Effekte eines schulbasierten Präventionsprogramms. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 64(1), 29-40.

Christine Kröger

Kröger, C. & Sanders, R. (im Druck). Prävention psychischer Störungen durch paarorientierte Interventionen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven*. Tübingen: DGVT.

Jutta Lindert

Bramanti, Alessia; D'Aloja, Ernesto; Cabras, Federico; Paribello, Pasquale; Moro, Maria Francesca; **Lindert, Jutta**; Carta, Mauro Giovanni (2018). The elderly and the city: Lack of knowledge on violence perception and consequences on daily life. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 14, Feb 28, ArtID: 46-52.

Lindert, Jutta; von Ehrenstein, Ondine S.; Wehrwein, Annette; Brähler, Elmar; Schäfer, Ingo (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen—Eine Bestandsaufnahme. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 68(1), 22-29.

Jürgen Matzat

Matzat, Jürgen (2017). Patin der Selbsthilfe. *Psychotherapie und Selbsthilfegruppen. Blätter der Wohlfahrtspflege*. 3 / 2017, S. 94 – 97.

Matzat, Jürgen (2018). Selbsthilfegruppen und Gruppenpsychotherapie. In B. Strauß & D. Matzke (Hrsg.). *Gruppenpsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer 2018 (Neuaufgabe).

Franz Petermann

- Hampel, Petra; Amtmann, Elfriede; Roch, Svenja; Karpinski, Norbert K.; **Petermann, Franz** (2018). Stressverarbeitungsfragebogen für Kinder und Jugendliche (SVF-KJ): Modifikationen und weitere Validitätsbefunde. *Diagnostica*, 64(2), 109-119.
- Hampel, Petra & **Petermann, Franz** (2018). Geschlechts- und situationsspezifische Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 27(1), 54-63

Bernd Röhrle

- Arnhold, J. & **Röhrle, B.** (im Druck). Prävention psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Baumann, J. & **Röhrle, B.** (im Druck). Prävention von somatoformen Störungen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B.** & Christiansen, H. (im Druck). Efficacy: Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit: Eine Meta-Meta-Analyse. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B.** & Fröhlich-Gildhoff, K. (im Druck). Zur Effizienz der Prävention psychischer Störungen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B.** (2018). Gemeindepsychologische Perspektiven der Psychotherapie: Ein Gegensatz. In S. Fliegel, W. Jänicke, S. Münstermann, G. Ruggaber, A. Veith & U. Willutzke (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Was sie kann und wie es geht. Ein Lehrbuch*. (S. 729-753). Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B.** (2018). Gemeindepsychologische Perspektiven der Psychotherapie: Ein Gegensatz. In S. Fliegel, W. Jänicke, S. Münstermann, G. Ruggaber, A. Veith & U. Willutzke (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Was sie kann und wie es geht. Ein Lehrbuch*. (S. 729-753). Tübingen: DGVT.
- Röhrle, B.** (2018). Wohlbefinden / Well-Being. In BZGA Leitbegriff der Gesundheitsförderung (*letzte Aktualisierung am 22.03.2018*; <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/>).
- Röhrle, B.** (im Druck). Prävention von psychosozial bedingten sexuellen Störungen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.
- Zarski, A.-C., Ebert, D. D. & **Röhrle, B.** (im Druck). Transdiagnostische Prävention psychischer Störungen am Beispiel der Komorbidität von Depression und Angststörungen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung*. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Rudolf Sanders

Kröger, C. & **Sanders, R.** (im Druck). Prävention psychischer Störungen durch paarorientierte Interventionen. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Silvia Schneider

Schuck, Kathrin; Munsch, Simone; **Schneider, Silvia** (2018). Body image perceptions and symptoms of disturbed eating behavior among children and adolescents in Germany. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 12, ArtID: 10.

Alfons Schröer

Schröer, S. F. & **Schröer, A.** (im Druck). Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt durch die Gesetzliche Krankenversicherung. In B. Röhrle, D. Ebert & H. Christiansen (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Bd. VI. Entwicklungen und Perspektiven. Tübingen: DGVT.

Christoph Steinebach

Steinebach, Christoph; Schrenk, Andreas; Steinebach, Ursula; Brendtro, Larry K.. (2018). Ein Manual für starke Gruppengespräche. Weinheim: Beltz Juventa.

Termine- Tagungsankündigungen

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

Tagungen

Fachgruppe Gesundheitspsychologie

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

Keynote Speakers sind Michael Eid, Berlin Johannes Siegrist, Düsseldorf Hannelore Weber, Greifswald

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

www.gesundheit2011.de

Männerkongress 2018 – MÄNNER. MACHT. THERAPIE

Datum: 21. & 22. September 2018

Ort: Universitätsklinikum Düsseldorf

Anmeldung und Informationen unter: www.maennerkongress-duesseldorf.de

Munich International Symposium on Risk Factors and Preventive Interventions for Children of Parents with Affective Disorders!

We are delighted to announce the Munich International Symposium on Risk Factors and Preventive Interventions for Children of Parents with Affective Disorders!

The symposium will take place in Munich on **September 19-20th 2018**.

Featuring international experts in the field including: Brandon Gibb, Allison Waters, Andrea Reupert, Bruce Compas, Hanna Christiansen, Shirley Reynolds, Cathy Cresswell, Sam Cartwright-Hatton, Silke Wiegand-Grefe, Cecilia Essau and many more...

Registration is FREE until July 19th 2018 online:

<https://prodo-group.com/international-symposium/>



institut kinderseele schweiz

Tagung zum Thema Kinder psychisch belasteter Eltern

Samstag, 27. Oktober 2018, Biel:

Kinder psychisch belasteter Eltern: "Kulturen verbinden – Worauf achten?"

Tagung des KJPD und der KESB Biel, sowie der Stiftung Fondation Battenberg

<https://www.iks-ies.ch/events/tagung-zum-thema-kinder-psychisch-belasteter-eltern/>

"Prävention und Gesundheitsförderung vor Ort -Gestaltungsspielräume erkennen und nutzen"

Gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 20.11.2018 Tagungswerk Jerusalemkirche, Berlin,

<https://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=11983&t=Kongress+2018>

15th annual International Bullying Prevention Conference

November 5-7, 2018 in San Diego, CA <https://ibpaworld.org/>

2nd World Anti-Bullying Forum, June 4-6, 2019

We are proud to announce our partnership with the 2nd World Anti-Bullying Forum, June 4-6, 2019, in beautiful Dublin, Ireland!

When describing the Forum, the FRIENDS International Centre Against Bullying writes: *"The aim of this unique international and multidisciplinary forum is to broaden our understanding of bullying and to create a stronger bridge between the disciplines, and spread knowledge to more practitioners, researchers and decision-makers around the world. The overall goal is to create even more*

effective approaches to tackling bullying and allow every child and young person the right to grow up without being bullied, ostracized or discriminated against.”

With 11 outstanding keynote speakers from a diverse set of disciplines, the Forum is sure to challenge and expand one's knowledge - no matter their unique experiences or academic backgrounds.

Here are some important upcoming dates to note:

- Abstract submission open until November 15, 2018
- Notification of abstract review outcome in late January, 2019
- Early bird tickets available until February 28, 2019
- 2nd World Anti-Bullying Forum - June 4-6, 2019
- 2nd World Anti-Bullying Forum - June 4-6, 2019

<https://friends.se/en/2018/01/30/second-world-anti-bullying-forum-in-dublin-in-2019/>

Berichte

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Dokumentation der Statuskonferenz 2017 »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege«

http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/BVPG_Statusbericht_16.pdf

Stellenanzeigen

Am **Institut für Psychologie der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt**, Abteilung für Gesundheitspsychologie, ist eine/n PostDoktorand/in für 6 Jahre zu besetzen. Sie finden die Stellenausschreibung unter: <https://www.aau.at/en/blog/postdoc-assistentin-postdoc-assistent-am-institut-fuer-psychologie-abteilung-fuer-gesundheitspsychologie-kennung-456h18/>

Institut für Psychologie Alpen-Adria-Universität Klagenfurt Universitätsstr. 65-67

Am **Institut Sozialarbeit und Recht der Hochschule Luzern** ist im Rahmen eines von Dr. Margot Vogel und Prof. Dr. Susanna Niehaus geleiteten Nationalfondsprojektes zur Fürsorgepraxis bei Kindesvernachlässigung zum 1. Oktober 2018 die Stelle einer/eines Wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in (70 Prozent), befristet bis zum 30.09.2021 zu besetzen.

Sehr gute Italienischkenntnisse sind bedeutsam. Deshalb ist anbei die italienischsprachige Version der Ausschreibung enthalten.

http://www.dgps.de/uploads/tx_powermail/Luzern.pdf

Forschungsprojekt „Riskanter Alkoholkonsum bei Studierenden - Dissemination und Implementierung von (Online-)Präventionsangeboten an Hochschulen in Deutschland“ hin. Im Rahmen des Projekts ist eine 50% E-13 Stelle für zunächst vier Jahre zu besetzen.

http://www.dgps.de/uploads/tx_powermail/SAGP_1805.pdf

Ab dem 1. September suchen wir - für voraussichtlich 11 Monate - eine Elternzeitvertretung in einem Projekt zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der KiTa.

http://www.dgps.de/uploads/tx_powermail/2018_Ausschreibung_WWU_EPsy_Vertretung.pdf

Wissenschaftliche/n Mitarbeiter/in (50%, TV-L13) mit einer Laufzeit von 5 Jahren. Im interdisziplinären Projekt Gesund studieren in Mainz ist geplant evidenzbasierte Konzepte der Gesundheitsförderung für Studierende zu entwickeln und zu erproben. Auf Nachfrage kann ich gerne weitere Informationen zum Projekt geben.

http://www.dgps.de/uploads/tx_powermail/

Die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. in Hamm** sucht zum 1. November 2018 eine Referentin / einen Referenten für das Referat Prävention

<http://www.dhs.de/dhs/stellenausschreibung.html>

Die **Universität Duisburg-Essen** sucht am **Campus Essen** in der Fakultät für Bildungswissenschaften, Fachgebiet Arbeits- und Organisationspsychologie mit dem Schwerpunkt Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf eine/n **wissenschaftliche Mitarbeiterin/ wissenschaftlichen Mitarbeiter an Universitäten (Entgeltgruppe 13 TV-L)**

Angesiedelt an der Schnittstelle von Arbeits- und Organisationspsychologie sowie einer biologisch orientierten Gesundheitspsychologie, liegt der Forschungsschwerpunkt der Arbeitsgruppe auf den Ursachen und Folgen von chronischem Stress sowie auf der Förderung von Gesundheit und Selbstregulation im Kontext von Arbeitsplatz, Schule und Universität.

<http://www.uni-due.de/biwi/sb>

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)
-