

INHALT

Seite

Vorwort	2
Originale von den Mitgliedern	3
Nachrichten von den Mitgliedern	7
Informationen aus Politik und Organisationen	7
Wichtige Neuerscheinungen	19
Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH	22
Termine- Tagungsankündigungen	32
In eigener Sache: Erneuerung von Mitglieder Daten	39

Liebe Mitglieder des GNMH,

wer zu spät kommt, den bestraft manchmal das Leben. Ich hoffe, dass dies in meinem Fall nicht ist, wenn ich Ihnen den Rundbrief des GNMH 2 für 2010 erst heute schicke. Einen Vorteil hat dieser späte Termin: ich kann ihnen fristgerecht alles Gute zum neuen Jahr wünschen.

Im Rückblick war dieses Jahr für das GNMH vielleicht wieder unter dem Motto stehend „Klein aber fein“ oder auch „Rettet die kleinen Kulturen“. Dabei ist das GNMH um weitere Mitglieder angewachsen auf insgesamt 54 (zahlreiche Interessenten tummeln sich darum herum). Die wichtigsten Aktivitäten des Netzwerks finden sich auch hier wieder in diesem Rundbrief. Ich selbst habe mich, wie schon berichtet, weiter an den Aktivitäten im Zusammenhang mit der Strukturierung des Aktionsbündnisses weiter engagiert; zusammen mit anderen (auch GNMH-Mitgliedern hat man dabei einen tragbaren Kompromiss gefunden¹). Darüber hinaus galten meine Aktivitäten als Sprecher des Netzwerks der Vorbereitung der nächsten Tagung. Sie ist organisatorisch, finanziell und inhaltlich so gut wie fertig (siehe unter Veranstaltungen in diesem Rundbrief). In diesem Zusammenhang möchte ich Sie alle bitten, sich auf den 31.8.2011 einzustellen. Geplant ist ein Austausch überlaufenden oder geplante Projekte. Ich werde Sie alsbald fragen, ob Sie teilnehmen, damit ich den organisatorischen Rahmen genauer planen kann. Ich würde mich freuen, wenn Sie sich, falls Sie es sich schon getan haben, sich bei mir mit Vorschlägen melden (roehrle@staff.uni-marburg.de). Schön wäre auch, wenn Sie Ihre Mitgliedsdaten, wie schon im letzten Rundbrief erbeten, aktualisieren würden. Ganz zuletzt in diesem Rundbrief finden Sie eine Anleitung dazu.

Eine weitere Aktivität war mein Besuch auf 6. Weltkonferenz für Prävention und Förderung psychischer Gesundheit in Washington (Kurzbericht siehe unten). Und ich wurde von den internationalen Kontakten gebeten, zu schildern, wie bei uns die Frage der Kapazitätsbildung zu beantworten ist. Ohne genaue Datengrundlage, die soll noch zusammen mit dem GNMH-Mitglied Frau Jutta Lindert erarbeitet werden, habe ich versucht eine erste Antwort zu geben (siehe unten Berichte aus Verbänden). Solche internationalen Kontakte ermutigen, zumal das Innenleben des GNMH etwas lebendiger sein könnte. Ich möchte aber an dieser Stelle all jenen besonders danken, die mir durch Unterstützung, Informationen, usw. immer wieder über Motivationstiefs hinweg helfen, wenn ich mich frage, wozu und warum ich diese Tätigkeit nun schon mehr als 10 Jahre ausübe.

Reutlingen, 1.1.2011

herzlichen Gruß

Bernd Röhrle

¹ vgl. http://www.seelischegesundheit.net/index.php?option=com_content&task=view&id=249&Itemid=364.

Originale von den Mitgliedern

Zur Beteiligung der Selbsthilfe an Leitlinien²

Jürgen Matzat

Seit einigen Jahren werden auf allen Gebieten der Medizin Leitlinien zur Behandlung von Krankheiten entwickelt (z.B. für Asthma und COPD, Demenz, Herzinsuffizienz, Typ-2-Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Kreuzschmerz). Man könnte direkt von einem Boom sprechen. Leitlinien sollen den Behandlern systematisch entwickelte Hilfen zur Verfügung stellen, die – zusammen mit ihrer eigenen klinischen Erfahrung und unter Berücksichtigung der Behandlungswünsche der Patienten – zur möglichst sinnvollen Entscheidungen über diagnostische und therapeutische (evtl. auch präventive) Maßnahmen führen sollen. Damit soll die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert und das Entstehen unnötiger Kosten vermieden werden. Häufig werden Befürchtungen geäußert, dies könne zu einer standardisierten „Kochbuch-Medizin“ führen, die individuelle Bedürfnisse einzelner Patienten unberücksichtigt ließe. So ist es jedoch (zumindest von der Idee her) nicht gemeint. Leitlinien führen vielmehr in einen „Korridor“ von Handlungsvorschlägen mit einer gewissen Breite, worin oft auch Behandlungsalternativen beschrieben werden, und zwar solche Maßnahmen, die nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand „normalerweise“ mit höchster Wahrscheinlichkeit Erfolg versprechen. Ein solches Vorgehen ist allemal vernünftiger als sich auf das zu verlassen, was in diesem Krankenhaus oder jener Praxis eben traditionell so und nicht anders gemacht wird. Diese früher in der Medizin weit verbreitete Form der Erfahrungsweitergabe wird mit eleganter Ironie gerne als „Eminenz-basiert“ bezeichnet, eine Vorgehensweise „nach Professor XY“ sozusagen, die von seinen Schülern gläubig und eifrig – aber eben möglicherweise ungeprüft – übernommen wird. Dem soll jetzt eine „Evidenz- basierte“, eine auf den internationalen Erkenntnissen wissenschaftlicher Studien beruhende Medizin entgegengestellt werden. Der in dieser Beziehung naive Patient würde sich wundern, wie viele Maßnahmen der ach so naturwissenschaftlichen Medizin bislang streng genommen (noch) gar nicht in ihrer Wirksamkeit nachgewiesen sind. Und man ist gut beraten, sich mit seinen Behandlungswünschen und -erwartungen nicht unbedingt auf das zu verlassen, womit die Nachbarin oder deren Tante angeblich gute Erfahrungen gemacht hat, oder was neulich in der Fernseh-Zeitschrift zu lesen war. Den empfohlenen Leitlinien-Korridor zu verlassen, ist übrigens keineswegs verboten, man würde dann jedoch von den Behandlern eine gute Begründung dafür erwarten.

Die Qualität von Leitlinien wird nach drei Stufen unterschieden: Stufe 1 (S1) = Empfehlungen von Expertengruppen (z.B. aus Fachgesellschaften), wobei sich immer die Frage stellt, wie diese sich zusammengesetzt haben und welche offenen und verborgenen Interessen dabei möglicherweise eine Rolle gespielt haben; S2 = Empfehlungen, die auf einem stärker formalisiertem Prozess breiterer Konsensfindung oder auf der Sichtung wissenschaftlicher Literatur basieren; S3 = Leitlinien nach umfassender systematischer Recherche von Studien und der konsentierten Bewertung der Befunde unter Berücksichtigung bewährter Praxiserfahrung durch Vertreter aller relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie von Patientenvertretern.

Letztere haben hier übrigens – im Unterschied zu Gremien der Selbstverwaltung, z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss – volles Stimmrecht. Die Kombination von „Evidenzbasierung“ (also der Berücksichtigung von zu dem Zeitpunkt vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnis) und Konsens (d. h. der möglichst weitgehenden Einigung aller Beteiligten) zwingt die Leitlinien-Kommission einerseits dazu, bei widersprüchlichen Studien- oder Interessenlagen vernünftige Kompromisse zu finden, andererseits erlaubt sie ihr, Empfehlungen auch zu solchen Fragestellungen auszusprechen, die sich nach Studienlage nicht (eindeutig) beantworten lassen, die aber für die Versorgungspraxis relevant sind. So kann z.B. von einer Leitlinien-Gruppe im Konsens empfohlen werden, dass Patienten mit einer bestimmten Erkrankung von ihren Behandlern systematisch auf die Existenz von Selbsthilfegruppen hingewiesen werden sollen, auch wenn es (noch) keine Studien darüber gibt,

² Wiederabdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

dass Selbsthilfegruppen bei diesem speziellen Krankheitsbild „wirksam“ sind – wie man es von einem empfohlenen Medikament natürlich auf jeden Fall verlangen würde. Bei der Suche nach einer angemessenen Patientenvertretung konzentrieren sich die Initiatoren von Leitlinien-Kommissionen in Deutschland sinnvollerweise auf einschlägige Selbsthilfeorganisationen bzw. auf jene Verbände, die bereits in anderem Kontext zur Wahrnehmung von Patienteninteressen etabliert sind (etwa zur Umsetzung der Selbsthilfeförderung der GKV nach § 20 c SGB V oder zur Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140 f SGB V). So ist die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, vertreten durch den Autor, an der Erstellung mehrerer Leitlinien beteiligt, die sich mit der Behandlung psychischer Störungen bzw. mit der Arbeit von sog. Konsiliar-/ Liaisondiensten im Bereich der Psychosomatik/Psychotherapie/Psychiatrie befassen. Als erste dieser Leitlinien wurde diejenige zur „unipolaren Depression“ nach vierjähriger Arbeit fertiggestellt und im November vergangenen Jahres veröffentlicht. Wer sich näher damit beschäftigen möchte, findet den gesamten Text sowie die daran beteiligten Organisationen im Internet unter <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de/>.

Der zeitliche Aufwand, das persönliche Engagement und die wissenschaftliche Akribie, mit der dieser Prozess von allen Beteiligten betrieben wurde, war eindrucksvoll. Die Patientenvertreter wurden fair und korrekt behandelt, ihre Einwände und Vorschläge angemessen berücksichtigt. Fahrtkosten zu den Sitzungen wurden von der DGPPN, einer der beteiligten Fachorganisation, übernommen. Eine öffentliche Finanzierung solcher Leitlinien-Prozesse gibt es unverständlicherweise nicht. Ehrenamtliches Engagement ist gefragt, und die Finanzmittel der Organisationen. Insgesamt waren etwa 30 Organisationen an der Erstellung der Depressions- Leitlinie beteiligt, wobei eine Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Freiburg einen großen Teil der Koordinations-, Literaturrecherche- und redaktionellen Arbeit leistete. Die beteiligten Fachleute aus der Wissenschaft und aus verschiedenen Praxisfeldern brachten ihr Wissen und ihre Erfahrung ein; vor allem ging es immer wieder um Studien, Studien, Studien. Natürlich wurden dabei gelegentlich auch unterschiedliche berufs- und standespolitische Interessen, Grundhaltungen, Menschenbilder und Traditionen deutlich, schließlich saßen hier Vertreter verschiedener medizinischer Fachrichtungen und Psychologische Psychotherapeuten, Anhänger der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Verfahren, größere und kleinere Verbände, pragmatische Praktiker und an wissenschaftlichen Studien orientierte Forscher zusammen. In Bezug auf pharmazeutische Produkte (und deren Produzenten) gab es sicher unterschiedliche Einstellungen und Erfahrungen, Interessenkonflikte diesbezüglich wurden jedoch keine deklariert. Ein solch vielstimmiges Orchester, wo vielleicht auch mal Rivalität um die Rolle des ersten Solisten ausbrechen mag, Misstöne erklingen oder Dissonanzen erzeugt werden, kann nur unter einem neutralen und an den methodischen Regeln der Leitlinien-Erstellung orientierten Kapellmeister zu einem produktiven Klangkörper werden. Diese Rolle spielten mit bewundernswerter Geduld und Konzentration die Experten der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) und des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin). Viele Mitglieder der Kommission hatten „gemischte Identitäten“ und mehrere Seelen in ihrer Brust, was das wechselseitige Verständnis, die Kooperationsbereitschaft und die Möglichkeit der Konsensfindung sicher erleichterte („Konsens“ = über 75 % Zustimmung in der Gruppe, „starker Konsens“ = über 95 %). Schließlich beteuerten alle immer wieder, dass ihnen das Interesse der Patienten besonders am Herzen lag. Bloß, was deren „objektive“ Interessen sind, und was ihre subjektiven Behandlungswünsche/-bedürfnisse/-präferenzen, gerade in diesem weitem Feld der „unipolaren Depression“, das ist eben bei allem Bemühen gar nicht so einfach zu bestimmen. So platzten z. B. während der Arbeitsperiode der Kommission ganz neue wissenschaftliche Erkenntnisse herein, dass der Nutzen von Antidepressiva bei sog. „leichten“ und „mittelschweren“ Depressionen äußerst fraglich ist. Und ein Medikament, das bereits als empfehlenswert gelistet war, musste quasi in letzter Minute wieder gestrichen werden, nachdem bislang unveröffentlichte Studien von der Herstellerfirma doch endlich rausgerückt worden waren. Leitlinien können eben bestenfalls den gegenwärtigen (!) Stand der veröffentlichten (!) Erkenntnis darstellen. Deswegen müssen sie auch regelmäßig überarbeitet und aktualisiert werden. Während bei leichten Depressionen Psychotherapie in der Regel als Mittel der ersten Wahl gilt, kommen bei mittelschweren Depressionen beide

Optio- nen (Pharmakotherapie und Psychotherapie) in Frage. Dabei tritt die Wirkung bei der ersten zwar oft schneller ein, könnte bei der zweiten aber nachhaltiger sein. Bei schwereren Depressionen ist der Einsatz von Medikamenten sinnvoll, am besten in Kombination mit Psychotherapie. Die generelle Verteufelung von „Pillen“ ist also genauso unsinnig wie ihre Überschätzung als „Wunderpillen“. Eine differenzierte Betrachtung unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren (z.B. Patientenpräferenz, gute oder schlechte Vorerfahrungen mit bestimmten Behandlungsmethoden) ist stets geboten. Psychotherapie zeigt nach Auswertung der Studien bei Depressionen oft positive Ergebnisse, vor allem was die Dauerhaftigkeit der Besserung angeht. Für Patienten in Deutschland ist wichtig, dass dies für alle in unserer gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Verfahren (Verhaltenstherapie und „tiefenpsychologisch fundierte“ bzw. psychoanalytische Therapie) gilt. Welches Verfahren im Einzelfall für Patient X oder Patientin Y zu empfehlen ist, bedarf wiederum der individuellen Prüfung. Patientenmerkmale (etwa die eigenen Vorstellungen von Krankheitsursachen, psychotherapeutische Vorerfahrungen, Einstellungen, Menschenbild, Veränderungswünsche und -motivation) spielen eine zentrale Rolle. Im Dreieck zwischen Patient, Therapeut und Therapieverfahren muss möglichst alles zueinander passen. Deswegen ist der Prozess einer gemeinsamen Entscheidungsfindung („shared decision making“) zwischen Patient und Behandler in jedem Falle so wichtig. Selbsthilfe- und Angehörigengruppen werden in der Depressions-Leitlinie an 10 Stellen erwähnt, was sicherlich für die allgemeine Anerkennung solcher Gruppen in der (Fach-)Öffentlichkeit spricht, aber eben auch für die Widerspiegelung dieser Akzeptanz in dieser Arbeitsgruppe. So heißt es dort beispielsweise:

- „Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden“ (S. 33). – In Aufklärungsgesprächen „kann es vorteilhaft sein, Angehörige und/oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen“ (S. 35).
- „Zusätzlich kann zu den vereinbarten Therapien auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe bzw. einer Angehörigengruppe hilfreich sein“ (S. 78).
- „Das Spektrum der Behandlungsmaßnahmen reicht im Anschluss an die organische, psychopathologische und soziale Differenzialdiagnostik von ...der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der psychotherapeutischen Behandlung bis hin zur Differentialindikation und Durchführung der Richtlinienpsychotherapie und zu gezielten sozialpsychiatrischen bzw. soziotherapeutischen Maßnahmen“ (S. 83).
- „Welche Akteure sind in der Versorgung relevant (z.B. Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut, Krankenhäuser, Kostenträger, Selbsthilfegruppen)“ (S. 180).

Aus Patienten-Sicht ist zu hoffen, dass diese Leitlinie zu einer besseren Versorgung führt, aus Selbsthilfe-Sicht, dass mehr Ärzte und Psychotherapeuten ihre Patienten und deren Angehörige in angemessener Weise auf Selbsthilfegruppen und auf Angehörigengruppen hinzuweisen und dass es insgesamt zu einer noch besseren Kooperation kommt – so wie sie in der Leitlinien-Kommission zur unipolaren Depression geherrscht hat. Diese Nationale Versorgungsleitlinie dürfte einen Maßstab gesetzt haben und als Vorbild gelten für weitere Leitlinien dieser Art.

Weiterführende Literatur:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin:

<http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/index.html>

Klesse, Christian et al.: Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression – Therapiepraxis nach der aktuellen S3-/Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“. In: Psychotherapeut 2010 (im Druck)

Sänger, Sylvia et al.: Patientenbeteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien – Ergebnisse, Erfahrungen und Konsequenzen bei der Erstellung von Patientenleitlinien. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101/2007, 109-116

Schauenburg, Henning et al.: Neue Depressionsleitlinien – Zentrale Rolle der Psychotherapie. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 55/2009, 354-364

Nachrichten von den Mitgliedern

Professor Cecilia A. Essau

has been invited to join the "ERASMUS population-based study group". The aim of this group (PI: Professor Francis Creed, University of Manchester) is to analyse secondary data of population-based studies on somatic disorders which could inform the American Psychiatric Association workgroup on DSM-V somatic distress disorders – in preparation for the publication of the 5th edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) in May 2013.

With Partnership Development Grants from the British Council, **Professor Cecilia A. Essau** explored research opportunities with her colleague (Professor He) at Nanjing University, China in May 2010. While at Nanjing, she was invited to give a series of lectures including a keynote address in conjunction with the 108th Anniversary celebration of Nanjing University.

As part of their project "Development of employability and entrepreneurship skills training programme for students at the University of Ibadan" – funded by the Department for Business, Innovation and Skills (PI: Professor Essau), Stephen O'Regan (from School of Business at Roehampton University) and **Professor Cecilia A. Essau** delivered a workshop at the University of Ibadan, Nigeria in May 2010.

Dissemination of our PMI2-funded Research on "Anxiety symptoms across two generations of the same families in Japan and in the UK" (PI: Professor Essau): The workshop took place at the City Hall in Miyazaki (February 2010), and was led by **Professor Cecilia Essau** and Dr. Shin-ichi Ishikawa from the University of Miyazaki.

Prof. Dr. Thomas Kieselbach

Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit (IPG)

In Ergänzung zu den letzten Informationen (Newsletter 1/10) zu den Aktivitäten des High Level Conference der EU-Kommission "Investing in well-being at work: Psychosocial risks in times of change" (Brüssel, 22-24 .November 2010): Es haben an dieser Veranstaltung ca. 300 europäische Experten aus Politik, Verbänden und Wissenschaft sowie 2 EU-Kommissare und die stellvertr. Belgische Ministerpräsidentin für die belgische EU-Ratspräsidentschaft teilgenommen haben. Ich habe gemeinsam mit einer Kollegin aus Kopenhagen (Karina Nielsen) und einem Kollegen aus Paris (C.E. Triomphe) das Background Document als auch einen Flyer dazu produziert. Die Konferenz hatte das von mir koordinierte EU-Projekt HIRES (Health in Restructuring) zum Ausgangspunkt genommen. Dieses Projekt hat inzwischen 4 follow-up Projekte erfolgreich nach sich gezogen, die alle vom GD Beschäftigung der Kommission unterstützt werden.

Die wesentlichen Empfehlungen des HIRES-Projektes liegen bislang in 10 Sprachen (8 europäische Sprachen, aber auch in Chinesisch und Japanisch) vor, der komplette Bericht (mit 250 Seiten) existiert in 3 Sprachen (Engl., Frz. & Deutsch), er soll nach dem Willen der EU-Kommission 2011 in weitere 7 europäische Sprachen übersetzt werden.

Kevin Dadaczynski & Peter Paulus

Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), Leuphana Universität Lüneburg

wie Sie vielleicht schon gehört haben, ist am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg im November 2009 das Projekt "*K!GG: Kita Gut & Gesund. Das Programm für Integriertes Gesundheitsmanagement*" gestartet. Wir möchten Sie heute darüber informieren, dass das K!GG-Projekt ab sofort online erreichbar ist unter www.kigg.info .

Die Website wird nach und nach mit Informationen zum Themenzusammenhang "Arbeiten, Ler-

nen, Entwicklung und Gesundheit" bestückt. Aktuell finden Sie Hinweise zum K!GG-Konzept, zu den K!GG-Arbeitsbereichen und den Angeboten an Sie. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Stöbern und Lesen und freuen uns über jede Anregung, jedes Lob und jede kritische Rückmeldung.

Beste Grüße von Susanne M. Nagel-Prinz und Prof. Dr. Peter Paulus

Susanne M. Nagel-Prinz, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Leuphana Universität Lüneburg

Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG)

Wilschenbrucher Weg 84a

21335 Lüneburg

Tel.: 04131.677-7908

Fax: 04131.677-7966

E-Mail: nagel-prinz@uni.leuphana.de

Internet: www.leuphana.de/zentren/zag

- K!GG: Kita Gut & Gesund. Das Programm für Integriertes Gesundheitsmanagement;

www.kigg.info

- "die initiative → Gesundheit → Bildung → Entwicklung" in Schulen und Kindertageseinrichtungen;

www.dieinitiative.de

Informationen aus Politik und Organisationen

Ärzte Zeitung, 22.11.2010

AOK und TU Berlin stärken Prävention

BERLIN (sun). AOK und Technische Universität Berlin haben sich zum Ziel gesetzt, den Zugang zur Prävention zu erleichtern. Dazu haben die Vertragspartner in Berlin das erste Kompetenzzentrum für digitale Präventions-Assistenz gegründet. Nach wie vor erreichten vorhandene Vorsorgeangebote viele Menschen nicht, so die AOK. Das solle sich nun ändern. "Gesundheitliche Prävention ist ein zentraler Baustein einer erfolgreichen Gesundheitspolitik", betonte Gesundheitsstaatssekretär Stefan Kapferer anlässlich der Eröffnung des Zentrums.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ärzte Zeitung online, 31.10.2010

Rösler will Ärzte für Prävention besser bezahlen

BERLIN (dpa). Nach jahrelangen Debatten will Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) eine neue Initiative für mehr Gesundheitsvorsorge in Deutschland starten. Teil seines Vorschlags: Niedergelassene Ärzte sollen für Prävention besser honoriert werden.

Für bessere Gesundheitsvorsorge "braucht es kein neues Präventionsgesetz, wohl aber eine schlüssige Präventionsstrategie", sagte Rösler am Sonntag der Nachrichtenagentur dpa in Berlin. Im Kern sollen niedergelassene Ärzte für Prävention besser bezahlt. Auch die Gesundheitsvorsorge in deutschen Unternehmen soll gestärkt werden.

"Wir wollen nicht nur diejenigen erreichen, die heute schon Gesundheitskurse besuchen und sich um ihre Gesundheit kümmern", sagte Rösler. Die niedergelassenen Ärzte hätten die nötigen Kenntnisse sowie flächendeckend Zugang zu den Menschen. Besonders Hausärzte und Kinderärzte könnten seinen Worten zufolge eine zentrale Rolle spielen.

"Deshalb wollen wir die Stärkung der Prävention durch die Mediziner angehen", sagte Rösler. Bisher gebe es für einen Arzt kaum Anreize dafür. Durch die 2011 anstehende Honorarreform solle "sprechende Medizin" besser honoriert werden. "Dabei wollen wir auch die Prävention berücksichtigen."

Stärkere betriebliche Prävention bezeichnete Rösler als zweite Säule der Strategie. "Hier stärker aktiv zu werden, ist das Ziel für 2011." So hätten psychischen Erkrankungen wie Depression oder Burnout-Syndrom zugenommen.

Nicht nur Rückenübungen oder Lärmschutz am Arbeitsplatz seien nötig. "Es geht bei Prävention eben auch um ganz andere Sachen wie Arbeitsabläufe und psychische Stärkung." Rösler wandte sich allerdings gegen verpflichtende Regelungen.

"Ich werde diejenigen, die nicht zum Arzt gehen, nicht dorthin drängen", sagte er. "Zu wenig Arztkontakt ist heute eher nicht das Problem." Zum Arbeitsleben meinte er: "Wir müssen Angebote schaffen, um seelischen Erkrankungen besser vorbeugen zu können." Die Politik habe eine Türöffner-Funktion. Seelische Erkrankungen würden in Unternehmen oft mit stärkeren Tabus belegt als körperliche Krankheiten.

Die Krankenkassen reagierten verhalten auf Röslers Vorstoß. "Es ist gut, dass der Bundesgesundheitsminister die Prävention stärker in den Blick nehmen will", sagte der Sprecher des Spitzenverbandes GKV, Florian Lanz. Doch Änderungen der ärztlichen Vergütung nützten nichts.

"Wir wollen die Menschen vorher erreichen", sagte Lanz der dpa. Zudem warnte er, angesichts des "Rekordhonorars" für die Ärzte sei Vorsicht geboten, "dass das Thema Prävention von den Ärzten nicht als trojanisches Pferd genutzt wird, um noch mehr Geld von den Beitragszahlern zu bekommen".

Ärzte Zeitung, 17.11.2010

Prävention wird Top-Thema im BMG

BERLIN (vdb). Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler will das Thema Prävention offenbar zu einem Top-Thema im nächsten Jahr machen. Nach Informationen der "Ärzte Zeitung" soll Norbert Paland Vorsitzender der Unterabteilung Prävention im Bundesgesundheitsministerium werden.

Paland leitet bisher die Abteilung Haushalt/Telematik im Ministerium. Aus dem Umfeld des BMG war zu erfahren, Paland habe sich aufgrund seiner Expertise rund um das Thema elektronische Ge-

sundheitskarte besonders für diese neue Funktion empfohlen. Weiteres Top-Thema im nächsten Jahr wird die Pflege sein.

Aus den Ländern und Kommunen

Landespräventionsrat Niedersachsen (Hrsg.) (2009). Communities That Care - CTC . Sozialräumliche Prävention in Netzwerken - Ein Modellversuch in Niedersachsen.

Sehr wichtiges sozialräumliches Präventionskonzept nach erprobtem amerikanischem Vorbild

<http://www.lag-nds.de/download/regeldateien/ctc-information.pdf>

Sozialräumliche Prävention in Netzwerken - SPIN

Implementierung des Programms "Communities That Care - CTC" in Niedersachsen

Projektinformationen

Träger

Landespräventionsrat Niedersachsen

Kurzbeschreibung

Ziel des Projektes SPIN ist die modellhafte Implementierung des Präventionsprogramms "Communities That Care" in drei Modellstandorten in Niedersachsen.

"Communities That Care" ist eine in den USA entwickelte Strategie zur Prävention von jugendlichen Problemverhaltensweisen und zur Förderung positiver Bedingungen für ein sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirkungsweisen von spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren bilden dafür die Grundlage. In einem umfassenden Prozeß werden dabei in einer Kommune/ einem Stadtteil alle relevanten Akteure mit einbezogen, um

- ein sozialräumliches Audit über die Relevanz spezifischer Risiko- und Schutzfaktoren durchzuführen (v.a. über eine repräsentative Schülerbefragung)
- eine ressort- und institutionenübergreifende Handlungsstrategie zur Prävention von jugendlichem Gewalthandeln, Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch, vorzeitigem Schulabbruch, Teenagerschwangerschaften, sowie Depressionen und Ängsten bei Jugendlichen zu entwickeln
- zur Umsetzung dieser Strategie verstärkt auf evaluierte und auf ihre Wirksamkeit überprüfte ("evidenzbasierte") Handlungsansätze zurück zu greifen.

In dem Modellversuch SPIN sollen in den drei Modellstandorten Hannover, Göttingen und Landkreis Emsland die dafür von CTC entwickelten Instrumente auf ihre Einsetzbarkeit unter bundesdeutschen Verhältnissen getestet werden.

Themen

Soziale und gemeindebezogene Netzwerke

- Stadtteilarbeit / Gemeinwesenarbeit / Nachbarschaftsnetzwerke

Lebensweise / individuelles Gesundheitshandeln

- Gewaltprävention
- Suchtprävention

Gestaltung der Lebenswelten

Das Angebot wird in den Lebenswelten der Zielgruppe durchgeführt.

- Kindergarten
- Schule

- Stadtteil / Quartier

Altersgruppen

- Altersgruppenübergreifend

Das Angebot umfasst geschlechtsspezifische Angebote für

- Jungen / Männer

Zielgruppen

- Alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, z.B. Schule, Kindergarten, Nachbarschaft, Stadtteil

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Gesundheit

- Medizin

Bildung

- Frühkindliche Pädagogik (Krippen, Kindertagesstätten)

- Schule

Soziales

- Sozialarbeit
- Jugendarbeit

Andere

- Presse
- Fachöffentlichkeitsarbeit
- Elternvertretungen

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner

Gesundheit

- Gesundheitsamt

Bildung

- Kindertagesstätten
- Schulen
- Jugendfreizeiteinrichtungen

Soziales

- Beratungsstellen der freien Wohlfahrt
- Jugendamt
- Sozialamt
- Nachbarschaftshilfe / Stadtteilinitiativen
- Quartiersmanagement
- Kirchengemeinden

Andere

- Polizei

Dokumentation

- Jahresberichte und Projektdokumentationen kommen noch.

Evaluation

- externe Evaluation

Zeitraum

Beginn: Dezember 2008

Abschluss: November 2011

Kontakt

Herr Frederick Groeger-Roth

Am Waterlooplatz 5A

30169 Hannover (Niedersachsen)

Telefon: 0511 / 1205268

Telefax: 0511 / 1205272

E-Mail: frederick.groeger-roth@mj.niedersachsen.de

Website: <http://www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/de/Aktivitaeten?XAction=Details&XID=80>

2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner

Herr Dr. Burkhard Hasenpusch
Am Waterlooplatz 5A
30169 Hannover (Niedersachsen)

Telefon: 0511 / 1205247

Telefax: 0511 / 1205272

E-Mail: burkhard.hasenpusch@mj.niedersachsen.de

GesundheitsMetropole Hamburg - Netzwerk psychische Gesundheit

Psychische Erkrankungen gehören in den westlichen Industriestaaten zu den häufigsten Krankheiten und werden ohne wirksame Maßnahmen weiter zunehmen. Sie verursachen eine Vielzahl von gravierenden persönlichen, familiären, gesellschaftlichen und ökonomischen Belastungen und Folgeschäden. Die GesundheitsMetropole Hamburg reagiert mit dem NETZWERK PSYCHISCHE GESUNDHEIT auf diesen Handlungsbedarf und stellt sich der dringend notwendigen Herausforderung, die psychische Gesundheit ihrer Bevölkerung nachhaltig zu verbessern.

Ziel der Netzwerkpartner: „Heute und in Zukunft psychische Gesundheit fördern, psychische Erkrankungen früh erkennen und nachhaltig behandeln.“ Hierzu werden fünf krankheitsübergreifende Forschungs- und Entwicklungsprojekte sowie fünf krankheitsspezifische Gesundheitsnetze initiiert. Bestandteile des Konzeptes sind: Begleitforschung und Gesundheitsökonomie, Gründung einer Forschungs- und Transferstelle, Entwicklung von Dienstleistungsgeschäftsmodellen für Qualität, Realisierung und Nachhaltigkeit der verschiedenen Verwertungsansätze, Aufbau nachhaltiger Prozessinnovationen im Bereich psychische Gesundheit.

Das in der Gesundheitsregion Hamburg entstehende Bündnis NETZWERK PSYCHISCHE GESUNDHEIT setzt erstmals in Deutschland das drängende und volkswirtschaftlich brisante Thema „Psychische Gesundheit“ in einem innovativen, versorgungszentrierten und wissenschaftlich fundierten Gesamtkonzept um.

Netzwerk Psychische Gesundheit: Sieger des BMBF-Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“

Die Gesundheitsmetropole Hamburg wurde am 05. Mai 2010 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung als Gesundheitsregion der Zukunft ausgezeichnet. Unter Beteiligung von zahlreichen Unternehmen, der Dienstleistungsforschung sowie einer Vielzahl stationärer und ambulanter Einrichtungen aus dem Bereich Psychische Gesundheit wurde von Oktober 2009 bis Februar 2010 ein innovatives, versorgungszentriertes und wissenschaftlich fundiertes Gesamtkonzept für die Metropolregion Hamburg entworfen.

Malteser Werke gemeinnützigen GmbH.

Der neueste Newsletter informiert u.a. über ein Pilotprojekt Ernährung und Bewegung, und über das Thema Migration

http://www.malteser.de/1.14.Organisation/1.14.05.MW_gGmbH/1.14.05.01Profil_und_Auftrag/Newsletter_Malteser_Werke.pdf

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Gemeinsam Gesundheit fördern. Interview der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) mit Marion Caspers-Merk, Präsidentin des Kneipp-Bundes e.V., und Helga Kühn-Mengel, Präsidentin der BVPG 15. November 2010

BVPG:

Frau Caspers-Merk, auf der vor wenigen Tagen durchgeführten gemeinsamen Tagung des Kneipp-Bundes, der BARMER GEK und des Dachverbands Anthroposophische Medizin in Deutschland ging es um „Anspruch und Wirklichkeit“ der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Wie würden Sie die derzeitige Lage von Prävention und Gesundheitsförderung in unserem Land denn beschreiben?

Caspers-Merk:

Als stark verbesserungsbedürftig. Deutschland liegt im europäischen Vergleich ziemlich weit hinten. Darüber, wie wir die Lage verbessern können, sind wir uns einig: Prävention muss zur vollwertigen Säule unseres Gesundheitswesens entwickelt werden – gleichberechtigt neben Kuration, Rehabilitation und Pflege. Außerdem ist eine stärkere wissenschaftliche Fundierung nötig. Die Errichtung eines nationalen Instituts für Public Health wäre das sichtbare Zeichen, dass wir mit anderen europäischen Staaten gleichziehen und auf eine Augenhöhe gelangen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen wegkommen von den durchaus guten Einzelaktivitäten und hin zu einer besseren Koordinierung. Es gibt ja viele Einzelaktivitäten, jedoch oftmals ohne klar definiertes Ziel. Hier müssen wir ansetzen und noch stärker als bislang in den Zielprozesseinsteigen, also Ziele setzen, Aktivitäten an ihnen ausrichten und letztlich auch hieran messen.

BVPG:

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Frau Kühn-Mengel, teilt wohl im Wesentlichen diese Einschätzung – das ist in Resolutionen, Stellungnahmen und zuletzt durch die im Dezember 2009 erschienenen BVPG-„Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 17. Legislaturperiode“ ja auch bereits öffentlich transportiert worden. Was wären sinnvolle Schritte zur Verbesserung dieser Situation?

Kühn-Mengel:

Wir müssen erstens versuchen, auf allen Ebenen – in Kommune, Land und Bund – die Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention als durchgängiges Prinzip in allen Politikbereichen voranzubringen. Schon heute sind ja zahlreiche Ressortmaßnahmen außerhalb des Gesundheitsressorts bereits mit Fragen der Gesundheitsförderung befasst, auch, wenn dies nicht so genannt wird. Beispiele wären etwa das Programm „Soziale Stadt“ sowie der Nationale Radverkehrsplan des Bundesministers für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung, oder das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit des Bundesministers für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit mit dem BMG gemeinsam. Zweitens bedarf es so bald wie möglich verbindlicher Regelungen von Verantwortlichkeiten und Finanzierungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung und drittens einer aktiven Unterstützung der Öffentlichen Hand und weiterer Beteiligter in der Frage der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention.

BVPG:

Wie könnten denn, Frau Caspers-Merk, die geforderten verbindlichen Regelungen aussehen? Auf Ihrer Tagung wurde hierzu das so oft zitierte Spannungsverhältnis von „Eigenverantwortung“ und „Fremdbestimmung“ ja eher so diskutiert, dass der Staat z.B. sich in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung im Prinzip aus seiner Verantwortung davontiehlt und seine Bürger auf dem großen Markt der Gesundheitsleistungen im Regen stehen lässt...

Caspers-Merk:

Eigenverantwortung und staatliches Handeln ist kein Gegensatz – beides ist notwendig. Allerdings herrscht in der Prävention ein deutliches Ungleichgewicht. Insbesondere den Begriff Eigenverantwortung sieht man in letzter Zeit immer häufiger in Alleinstellung. Leider ist er oft einfach nur gleichbedeutend mit „auf eigene Kosten“. Damit wir uns richtig verstehen: ich bin nicht gegen Eigenverantwortung im eigentlichen Sinne des Wortes. Jedoch muss vorher eine Befähigung zur Ü-

bernahme derselben erfolgen. Und wiederum diese Verantwortung liegt in der öffentlichen Hand. Die Forderung, Gesundheit in alle Politikbereiche einzubeziehen, kann ich hier nur noch einmal aufgreifen. Unter dem Stichwort „Health in all policies“ war diese übrigens auch ein Hauptthema unserer Tagung. Zu einer verbindlichen Gesundheitsstrategie gehört aber selbstverständlich auch eine klare Finanzierungsstruktur sowie koordiniertes Handeln. Hier müssen sowohl die Bürger, lokale Initiativen, Projekte etc. eingebunden werden als auch der Staat, die Länder und Kommunen. Mit anderen Worten muss Prävention von oben und von unten gedacht und umgesetzt werden. „Prävention und Gesundheitsförderung“ als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verlangt also dringend nach einem Gesetz, z.B. einem Präventions- oder Gesundheitsförderungsgesetz.

BVPG:

Die nationale wie die internationale Fachdiskussion stellt seit vielen Jahren bereits die „Zielorientierung“ einerseits und die „Zielgruppendifferenzierung“ andererseits als Leitprinzipien der Gesundheitsversorgung, damit also auch des gesundheitsförderlichen Handelns, in den Mittelpunkt – ist das in der Politik überhaupt schon angekommen, Frau Kühn-Mengel?

Kühn-Mengel:

Teils – teils: mit der jahrelangen Unterstützung der bundesweiten Initiative „gesundheitsziele.de“ der GVG hat die Bundesgesundheitspolitik diesen Zieleprozess durch finanzielle Unterstützung befördert. An dieser Initiative ist übrigens auch die BVPG beteiligt. Und „gesundheitsziele.de“ wurde inzwischen auch von fast allen Bundesländern aufgenommen. Allerdings hat die Prävention in diesem Prozess ein eigenes Profil bisher noch nicht entwickeln können. Diese Arbeit wurde deshalb im Rahmen des damaligen Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung und, nach der Fusion der Bundesvereinigung für Gesundheit mit dem Deutschen Forum zur jetzigen BVPG, von dieser weitergeführt und abgeschlossen. Parallel hierzu haben auch die gesetzlichen Krankenkassen diesen Prozess im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der §§ 20 und 20a SGB V für ihre Handlungsfelder vorangetrieben. Politisches Desiderat bleibt jedoch nach wie vor eine Befassung bzw. eine Beschlussfassung des Bundesparlaments zur Frage der Präventions- und Gesundheitsziele. Im Prinzip gibt es hierfür weiterhin kein eindeutiges (bundes)politisches Signal, keinen klaren Auftrag und keine Verbindlichkeit für die derzeit tatsächlichen und weiteren zukünftig potentiellen Akteure.

BVPG:

Sind unsere europäischen (oder auch weiter entfernten) Nachbarn, Frau Caspers-Merk, hier eigentlich weiter als wir? Können sie ein Beispiel für uns sein oder hat der deutsche Föderalismus hier einen beispiellos steinigen eigenen Weg vor sich?

Caspers-Merk:

Tatsächlich nimmt Deutschland in der Prävention – verglichen mit anderen europäischen Staaten – nur einen Platz im unteren Mittelfeld ein. Traditionell ist der Bereich „Public Health“ in anderen Ländern, insbesondere Skandinavien und Großbritannien, stärker vertreten und besser ausgebaut. nWie dort üblich, sollte endlich auch bei uns ein nationales Public Health Institut errichtet werden. Hier könnte auch gemessen werden, welche der zahlreich existierenden Projekte einfach nur nett sind und/oder nur einen Marketingeffekt haben und welche wirklich etwas bringen. Ilona Kickbusch hat auf unserer Tagung eindrucksvolle Beispiele für erfolgreiche Programme präsentiert: z.B. die Schweizerische Salzstrategie oder die Initiativen „Act Now“ aus British Columbia (Kanada) sowie die „Health Lens Analysis“ aus Süd-Australien. Auch an den gesetzlichen Initiativen aus Österreich und der Schweiz könnten wir uns ein Beispiel nehmen. Besonders gut gefällt mir das Modell „Gesundheitskabinett“. Hier sitzen die verschiedenen Ressorts an einem Tisch und sind zum gesundheitsfördernden Handeln aufgefordert. Um dies plastisch zu machen: Beim Thema Erziehung geht’s dann darum, dass die Landwirtschaftsministerin eine klare Kennzeichnung der Lebensmittel durchsetzt, die Kultusministerien Richtlinien zur guten gesunden Schulspeisung vorlegen und darüber hinaus das Bundesgesundheitsministerium beispielsweise ein Programm für adipö-

se Kinder im Schulalltag erarbeitet und unterstützt. Trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme in Europa und anderen Staaten sollten wir doch stärker bestrebt sein, entsprechende Schnittstellen und „models of good practice“ zu sondieren und zu analysieren – im Prinzip hindert uns daran eher der politische Gestaltungswille und weniger das System selbst.

BVPG:

Frau Kühn-Mengel, Fragen nach der Qualitätssicherung und der Wirksamkeit von Maßnahmen und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden immer häufiger gestellt – die Antworten fallen zur Zeit noch ein wenig zögerlich aus. Welche Gründe hat dies und wie ist die BVPG hierzu positioniert?

Kühn-Mengel:

Dies war und ist immer noch erwartbar wegen der in der Medizin seit vielen Jahren vorangetriebenen und mit erheblichen öffentlichen Mitteln geförderten Entwicklung einer evidenzbasierten und leitliniengestützten Medizin. Entsprechende Aktivitäten bzw. konzertierte Aktionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention hingegen hat es bisher fast gar nicht gegeben – von einem weitgehend unbekanntem Förderschwerpunkt hierzu beim BMBF einmal abgesehen. Aus diesem Grund hat die BVPG gemeinsam mit ihren Mitgliedern im Jahr 2008 einen verbandsinternen Diskussionsprozess zum Thema „Qualität“ in Gang gesetzt. Deshalb wissen wir: Viele Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung verfügen bereits über eigene Instrumente, Maßnahmen und Systeme der Qualitätssicherung und -entwicklung. Doch es gibt Unterschiede: während zum Beispiel die einen ihren Schwerpunkt auf die Vorgabe von Qualitätskriterien und die Entwicklung einzelner Instrumente legen, sehen die anderen ihre Aufgabe in der Sensibilisierung der eigenen Mitglieds- oder Unterorganisationen und der Politik für das Thema "Qualitätsentwicklung". Prävention und Gesundheitsförderung, so die Erkenntnis, brauchen die Vielfalt – und die Akteurinnen und Akteure brauchen den vielfach zitierten Vergleich mit der evidenzbasierten Medizin nicht zu scheuen.

BVPG:

Frau Caspers-Merk, Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, hat auf der abschließenden Podiumsdiskussion Ihrer Tagung darauf verwiesen, nicht auf die Politik zu warten, sondern gemeinsam mit vielen Kooperationspartnern bereits jetzt die ersten Pflöcke zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung einzuschlagen – ist der Kneipp-Bund dabei mit im Bunde?

Caspers-Merk:

Natürlich! Es gibt in Deutschland ja zahlreiche Gruppen oder Verbände, die sich für unser Thema engagieren. Gemeinsames Kennzeichen ist, dass sie sogenannte Komm-Angebote machen; das heißt, die Angebote richten sich zwar an alle, aber diese müssen sie – von sich aus – aufsuchen. Alleinstellungsmerkmal des Kneipp-Bundes ist, dass wir uns darüber hinaus auch in den verschiedensten Lebenswelten engagieren, so z.B. in KiTas oder Senioreneinrichtungen aber auch in der beruflichen Qualifizierung von Langzeitarbeitslosen. Somit übernehmen wir eine bedeutende gesellschaftliche Funktion. Wir ermöglichen, dass alle Menschen – unabhängig der jeweiligen Bildung oder des sozialen Status – von unseren gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren können und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit. Und die Bundesvereinigung, Frau Kühn-Mengel, steht hierbei sicherlich nicht nur als einer der zahlreichen Partner, sondern als quasi geborene nationale Vernetzungsinstanz, insbesondere der zivilgesellschaftlichen Kräfte in unserem Lande, zur Verfügung und – ihrer eigenen Satzung gemäß – in der Pflicht.

Kühn-Mengel:

Selbstverständlich! Hierfür haben wir das Mandat unserer 130 bundesweit aufgestellten Mitgliedsorganisationen und hierfür – u.a. – werden wir von dem jeweils für Gesundheit verantwortlichen Bundesressort seit unserer Gründung in 1954 auch institutionell gefördert.

BVPG:

Frau Caspers-Merk, Frau Kühn-Mengel, wir bedanken uns bei Ihnen für dieses Gespräch. Das Gespräch führten Dr. Uwe Prümel-Philippsen und Dr. Beate Robertz-Grossmann von der BVPG.

German Network for Mental Health (GNMH)

Kurzbericht zu “Sixth World Conference on the Promotion of Mental Health and the Prevention of Mental and Behavioral Disorders. “Addressing Imbalances: Promoting Equity in Mental Health”. 17-19 November 2010 (Washington, DC)”

Wie der Titel der Konferenz schon verrät ging es um den Zusammenhang zwischen (psychischer) Gesundheit und sozialer Ungleichheit einerseits und um die Gestaltung entsprechender präventiver und gesundheitsförderlicher Programme andererseits. Dabei beschränkte man sich keineswegs auf die Industriestaaten sondern analysierte die Problematik in globalen Zusammenhängen. Getragen wurde diese Analyse durch Grundsatzreferate aber auch durch wissenschaftliche Studien von zum Teil sehr prominenter Vertreter der Wissenschaft und politischen Entscheidungsinstanzen sehr nahe stehenden Personen (z.B. Marmot [Whitehall Studie]). Im Wesentlichen ging es darum zu verdeutlichen, dass effektive Programme vielfach nur mit einem Abbau sozialer Ungleichheit möglich sind. Die Politisierung der Präventionsbemühungen gipfelte im Satz, wonach sich jeder Finanzminister. Das Rahmenthema wurde im Kontext von fünf Strategien analysiert und diskutiert:

STRATEGY 1: INFLUENCING POLICY AND THE ROLE OF ADVOCACY

STRATEGY 2: REPORTING ON RESEARCH ON PROMOTION AND PREVENTION

STRATEGY 3: DEVELOPING STAKEHOLDER PARTNERSHIPS

STRATEGY 4: IMPLEMENTING EFFECTIVE PROGRAMS

STRATEGY 5: DEVELOPING AN EFFECTIVE WORKFORCE FOR PROMOTION AND PREVENTION

Insgesamt lassen sich folgende Trends erkennen:

1. Die Verschränkung von Politik und Wissenschaft wird weiterhin als notwendig erachtet.
2. Eine wesentliche Komponente erfolgreicher Prävention muss eine globalisierte und zugleich gesellschaftspolitische Sicht einnehmen.
3. Harte Daten und qualitativ hoch stehende Wissenschaft und solche zu ökonomischen Aspekten (Kosten-Nutzen-Analysen) sind dafür wenn nicht schon erbracht, dann eben dringend notwendig. Dafür sind auch neue, über die EBM- Vorgaben hinausgehende methodischen Standards und Strategien notwendig
4. Bislang erarbeitete Konzepte müssen dringlich um diese Komponenten ergänzt werden. Dabei müssen entsprechende Strategien der Politikberatung, der Wahrung von bürgerlichen Rechten zum Zuge kommen.
5. Setting bezogene und kommunale Strategien gelten dabei als besonders viel versprechend
6. Alle Länder haben, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß, Bedarf an Kapazität bildenden Maßnahmen, um die strukturellen und personellen Voraussetzungen entsprechend zu schaffen.

Programm, Abstracts und auch Präsentationen finden sich unter:

<http://wmhconf2010.hhd.org/sites/wmhconf2010.hhd.org/files/6th%20World%20Conference%20-%20PROGRAM.pdf>

<http://wmhconf2010.hhd.org/sites/wmhconf2010.hhd.org/files/6th%20World%20Conference%20-%20ABSTRACTS.pdf>

<http://wmhconf2010.hhd.org/program-overview>

Anfrage von Clemens Hosman (Niederlande)

To: Mark Greenberg, David McQueen, Helen Herman, Tom Bornemann, Shekhar Saxena, Margaret Barry, Maurice Mittelmark, Bill Beardslee, Tytti Solantaus, Christian Walbeck, Czeslaw Czabala,

Katherine Wear, Josipa Basic, Dainius Puras, Pim Cuijpers, Filip Smit, Elena Berger, Ricardo Munoz, Irwin Sandler, Hendricks Brown, David Hawkins, Rick Price, Joe Durlak, Stanly Kutcher, Vikram Patel, Michael Murray, Mark Weist, Eva Llopis, Peter Anderson, Randi Talseth, Willy Tore Morch, Danuta Wasserman, Stengård Eija, Rene Diekstra, Bernd Roehle, Heinz Katschnig, George Christodoulou, Jose Miguel Caldas de Almeida, Isabel Loureiro, Teresa Maia, Tim Green, Sarah Steward-Brown, Rachel Jenkins, Ray Xerri, Lyn Walker, Andrea Reupert, Elisabeth Fudge, Irene Verins, Shona Sturgeon, Leslie Schwartz.

Theme: Request for some information and your recommendations on Capacity Building for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention

Dear colleagues and friends,

Currently I am preparing a keynote lecture on 'Capacity building and developing an effective workforce for promotion and prevention in mental health' that I am invited to present at the coming 6th World Conference on Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders in Washington, 17-19 November 2010 (see program at <http://wmhconf2010.hhd.org/>). I very much would appreciate your view and recommendations on this. A short response on the few questions presented below would be sufficient.

Two years ago in preparation of the GCAPP meeting (Global Consortium P&P in MH) at the 5th World Conference in Melbourne (2008), I prepared a first discussion report on **Capacity building and training for effective prevention and promotion in mental health**. We agreed to further elaborate a common vision on how to promote workforce development worldwide, start reviewing ongoing initiatives and identify some prioritized actions for the coming years. During the GCAPP meeting preceding the Washington conference and in my keynote during the coming conference and related symposia we will further discuss this issue, exchange updated information on ongoing capacity building / training initiatives, identify major needs and opportunities, and hopefully agree on some international prioritized actions to enhance the opportunities for workforce and competence development in our field. Although the interest and capacity in this field is steadily growing and more substantial in some countries, the available workforce is worldwide still very limited, compared with the huge need for prevention and promotion programs.

During the last two months I have studied many articles and websites discussing capacity building and workforce development. I have not restricted myself to the field of prevention and promotion in mental health, but focused as well at capacity building in health promotion and public health in general, and included also evaluation reports on capacity building projects from other organizations such as UN, UNESCO, WHO and several NGOs to collect their learning experiences. Among the outcomes of this search, the progress made by the IUHPE through the Galway Consensus Conference and the resulting Statement on Capacity Building (and related actions) on health promotion in general represent clearly one of the most significant events in the last years. Margaret Barry, David McQueen and Maurice Mittelmark played a leading role in this. Also from our mental health field we should actively support this initiative. Some examples of other important activities are the European IMHPA projects, the capacity building project in Middle and east European countries coordinated by Finland (Tytti Solantaus et al.), the start of the 4-year PhD Program on Prevention and Promotion in Mental Health at the University of Zagreb (Basic, Hosman, Greenberg, Domitrovitch), activities of WHO collaborating Centers, and some specific courses and programs at universities in the US and Europe. Many of you are involved in related activities.

In general, it is hard to get an overview on what is going on worldwide in workforce development specifically targeted at promotion of mental health and prevention of mental disorders. This might show that we have still a long way to go, or it might show that the information on defined activities for workforce development in this field is poorly accessible and a common access point (e.g. web-

site) on this would be very needed. I am interested in opportunities within different disciplines (e.g. psychiatry, psychology, primary health care, nursing, social work, public health, health sciences, health promotion).

Given this background, I would very much appreciate if you could send me asap some short answers on a three questions:

1. Could you provide me with information on some examples of formal training or educational programs explicitly targeted at workforce development for Mental Health Promotion and/or Mental Disorder Prevention? This could be academic courses / training (graduate / postgraduate), but also training programs or other educational activities to generate a capable workforce on this issue in other sectors or in community organizations. You might be involved in such programs yourself or you might be aware of good examples offered by other organizations.
2. Thinking about the near future of workforce development for MHP and MDP, what would be your three priorities in terms of needs for workforce development?
3. Where do you see the best opportunities to make progress in workforce development for MH promotion and MD prevention in the next 3 years?

If you have any other recommendation or relevant information, that would be most welcome.

In this stage I would be appreciate your first thoughts about this, in Washington (if you would be present) or at a later stage we could have a more in-depth discussion on this issue.

I will report all of you on the outcomes of this quick survey and of the discussion we will have in Washington.

Kind regards,

Clemens Hosman

Antwort des GNMH (B. Röhrle)

Capacity building in mhp and pmd in Germany (in reply to the questions of Clemens Hosman)

Preliminary notions:

We do not have a systematic overview in capacity building in mhp and pmd in Germany. So the following answers are more impressions than accurate data.

Ad1:

Capacity in universities

- a) Programs in prevention, health promotion, public health(Lueneburg, Flensburg, Free University of Berlin, Magdeburg, Saarland): 1-2 years (up to 120 CP, up to 11 lecturers); mhp is part of the MSc-programs (not very explicitly); about 20-30 Students a year every university)
- b) Modules in mhp and pmd (FU Berlin, Marburg, Braunschweig, Heidelberg; München); (1 – 3 modules; up to 18 CP) (Diploma and planned or ongoing: BSc, MSc) (about 90 students a year each university)
- c) Integrated mhp and pmd (part of lectures in Clinical Psychology or Organizational Psychology, 1 x Community and Socialpsychology (as part of BSc and MSc- Programs: Aachen, Bamberg; Bielefeld, Chemnitz; Duesseldorf; Erlangen, Haagen, Humboldt University Ber-

lin, Jena; Konstanz, Mannheim, Muenster, Saarland, Tuebingen),
in total rudimentary parts

Capacity in welfare Organizations and NGO's

- a) One of the most important organization for mhp ist the "Bundeskonferenz fuer Erziehungsberatung"(Conference for Educational Consultation): Mhp in relationships and early intervention (mediation in families); prevention of child abuse and neglect
- b) Networks for health promoting schools: "OPUS" in Northrhine-Westfalia: e.g. stress management, antibullying programs, drug prevention; knowledge exchange between teachers.
- c) Healt Insurance Organizations: Stress management
- d) Organizations in mhp and pmd: biennal or yearly offered conferences for professionals (German Network for Mental Health; Society for Community Psychology in Research and Practice; German Association for Social Psychiatry)
- e) Societies for the Advancement of Prevention (Aktionsbuendnis fuer seelische Gesundheit; Bundesvereinigung Praevention und Gesundheitsfoerderung: all in all only with small educational parts in mhp and pmd)
- f) In organizations for the development of therapeutic capacities one can find mhp and pmd as part of the educational programs (very seldom; e.g. German Association for Behavior Therapy)

Ad 2:

- a) We need a national survey on capacity building in mhp and pmd;
- b) We should establish a network of existing educating institutions;
- c) We should demonstrate examples of good practice in capacity building;
- d) We should develop a taskforce and action plan for capacity building;
- e) We should implement as fast as possible courses in educational programs at universities and welfare organizations.

Ad 3

- a) The best possibilities to develop capacity in mhp and pmd would be a research project granted by the Ministry for Research and Education.
- b) We should interact with other European Countries to import manpower and knowledge in capacity building.

Anmerkungen:

Weitere Antworten aus verschiedenen Ländern können bei Roehrle@staff.uni-marburg.de erfragt werden.

Eine detaillierte Erhebung ist in Bälde in Zusammenarbeit mit dem GNMH-Mitglied Jutta Lindert geplant. Wir freuen uns auf die Hilfe aller-

Links zu anderen Netzwerknwletter weltweit

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

<http://www.publicmentalhealth.org>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wichtige Neuerscheinungen

SOS Kinderdorf (2010). *Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Dokumentation 7 der SPI- Schriftenreihe.*

herunterladbar unter http://static.sos-kinderdorf.de/statisch/spi/fachpublikationen_Dokumentationen.htm

Baumann, A., Matt, M. & Gaebel, W. (Eds.) (2010). *Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times.* Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/mental-health-and-well-being-at-the-workplace-protection-and-inclusion-in-challenging-times>)

Compton, M. T. (Ed.) (2010). *Clinical manual of prevention in mental health.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Vandiver, V. L. (2009). *Integrating Health Promotion and Mental Health: An Introduction to Policies, Principles, and Practices.* Oxford: Oxford University Press.

Inhaltsverzeichnis

PART I - FUNDAMENTAL CONCEPTS; 1. Pursuing Wellness through Mental Health System Reform; 2. Health Promotion; 3. Evidence-Based Mental Health for Health Promotion Practice; PART II - THEORY, PRINCIPLES AND POLICIES; 4. Health Promotion and Theories for Mental Health Practice; 5. Connecting Health Promotion Principles to Mental Health Policies and Programs; PART III - INTEGRATION AND APPLICATION; 6. Using Health Promotion Principles to Guide Clinical and Community-Based Mental Health Assessment; 7. Integrating Health Promotion Strategies into Traditional Mental Health Interventions; 8. Evaluating and Measuring Health Promotion Strategies for Mental Health Interventions; PART IV - SPECIAL POPULATIONS; 9. Health Promotion Strategies for Women with Co-Morbid Health and Mental Health Conditions; 10. Health Promotion Strategies for the Mental Health Needs of Children and Families; PART V - ORGANIZATIONAL LEADERSHIP, READINESS AND CULTURAL COMPETENCE; 11. Moving Health Promotion Forward: Culturally Competent Leadership, Strategic Planning and Organizational Readiness.

Desai, M. (2010). *A Rights-Based Preventative Approach for Psychosocial Well-being in Childhood.* Springer Netherlands

Kurzbeschreibung

Children are one of the most important phase of human development and the most important target group for social work intervention. Most of the schools of human development and social work round the world have an elective course on children and some offer a concentration in this area. There are plenty of textbooks on intervention with children published by Western authors, focusing on useful theories and skills but mainly at the remedial level. They neither use

the preventative approach nor the child rights perspective, which has been found useful in the developing nations. The books on child rights are generally published by the United Nations Children's Fund (UNICEF) and other international organisations working in the field of children such as Save the Children. These books focus on the useful child rights perspective but they neither integrate theories nor use the preventative approach. The proposed book *A Rights-based Preventative Approach for Children's Psychosocial Well-Being*: will be the first to apply the child rights perspective and the preventative approach to intervention for children's psychosocial well-being. It is an integration of theories with practice and teaching relevant in different parts of the world. The book is divided into the following three parts: Part 1: Introduction to a Rights-based Preventative Approach for Children's Psychosocial Well-Being. - Part 2: Primary Prevention for Children's Psychosocial Well-Being.- Part 3: Secondary and Tertiary Prevention for Children's Psychosocial Well-Being

Bhugra D. & Gupta, S. (2010). *Migration and Mental Health*. Cambridge University Press.

Juhnke, P. F. G. & Darcy, H. G. (2010). *Suicide, Self-Injury, and Violence in the Schools: Assessment, Prevention, and Intervention Strategies*. New York: Wiley

Cohen, L., Chavez, V. & Chehimi, S. (2010). *Prevention Is Primary: Strategies for Community Well Being*. New York: Wiley

Inhaltsverzeichnis

Tables, Figures, and Exhibits. Acknowledgments. Foreword (Georges C. Benjamin). The Contributors. Introduction (Larry Cohen, Vivian Chavez and Sana Chehimi). Part One: Defining the Issues. 1 The Imperative for Primary Prevention (Larry Cohen and Sana Chehimi). 2 Achieving Health Equity and Social Justice (Wayne H. Giles and Leandris C. Liburd). Sidebar: Dolores Acevedo-Garcia, Nancy McArdle, Theresa L. Osypuk, Bonnie Lefkowitz and Barbara Krimgold. 3 Individual, Family, and Community Resilience (Bonnie Benard). Part Two: Key Elements of Effective Prevention Efforts. 4 Community Organizing for Health and Social Justice (Vivian Chavez, Meredith Minkler, Nina Wallerstein and Michael S. Spencer). 5 Working Collaboratively to Advance Prevention (Larry Cohen and Ashby Wolfe). Sidebars: Deborah Balfanz, Soowon Kim and Ellen Wu. 6 The Power of Local Communities to Foster Policy (Makani Themba-Nixon). 7 Using Media Advocacy to Influence Policy (Lori Dorfman). 8 The Impact of Corporate Practices on Health and Health Policy (Nicholas Freudenberg and Sandro Galea). 9 Primary Prevention and Program Evaluation (Daniel Perales). Part Three: Prevention in Context. 10 Preventing Injustices in Environmental Health and Exposures (Stephanie Ann Farquhar, Neha Patel and Molly Chidsey). Sidebars: Nancy M. Goff and Peter Murchie. 11 Health and the Built Environment (Howard Frumkin and Andrew L. Dannenberg). 12 Creating Healthy Food Environments to Prevent Chronic Disease (Leslie Mikkelsen, Catherine S. Erickson, Juliet Sims and Marion Nestle). 13 A Public Health Approach to Preventing Violence (Deborah Prothrow-Stith and Rachel A. Davis). Sidebar: Dionne Smith Coker-Appiah, Mysha R. Wynn and Donald Parker. 14 The Limits of Behavioral Interventions for HIV Prevention (Dan Wohlfeiler and Jonathan M. Ellen). 15 Mental Health in the Realm of Primary Prevention (Anita M. Wells, GiShawn A. Mance and M. Taqi Tirmazi). Sidebar: Joseph P. Gone. Name Index. Subject Index.

Doll, B. (2010). *Handbook of Youth Prevention Science*. Lawrence Erlbaum Assoc

Inhaltsverzeichnis

1. The current status of youth prevention science, Beth Doll and Jina Yoon 2. Placing Prevention into the Context of School Improvement, Howard S. Adelman and Linda Taylor 3. School Mental Health: Prevention at All Levels, Kevin Dwyer and Erika Van Buren 4. Screening for Mental Health and Wellness: Current School-Based Practices and Emerging Possibilities, Erin Dowdy, Michael Furlong, Katie Eklund, Elina Saeki, and Kristin Ritchey 5. Implementing Universal Screening Systems Within an RtI-PBS Context, Hill M. Walker, Herbert H. Severson, Gale Naquin, Cynthia D'Atrio, Edward G. Feil, Leanne Hawken, and Christian Sabey 6. Building Conditions for Learning and Healthy Adolescent Development: A Strategic Approach, David Osher and Kimberly Kendziora 7. Assessment for integrated screening and prevention using the Resiliency Scales for Children and Adolescents, Sandra Prince-Embury 8. Social Support: How to Assess and Include it in Research on Prevention and Youth Outcomes, Michelle K. Demaray, Christine K. Malecki, Lyndsay N. Jenkins, and Christy M. Cunningham 9. Peer support as a means of improving school safety and reducing bullying and violence, Helen Cowie and Peter K. Smith 10. The Developmental Implications of Classroom Social Relationships and Strategies for Improving Them, Jan N. Hughes and Lisa K. Barrois 11. Factors Influencing Teacher Interventions in Bullying Situations: Implications for Research and Practice, Jodi Burrus Newman, Karin S. Frey, and Diane Carlson Jones 12. Development, evaluation, and diffusion of a national anti-bullying program (KiVa), Christina Salmivalli, Antti Karna, and Elisa Poskiparta 13. Promoting the Well-Being of School Communities: A Systemic Approach, Chryse Hatzichristou, Konstantina Lykitsakou, Aikaterini Lampropoulou, and Panayiota Dimitropoulou 14. Promoting Student Resilience: Strong Kids Social and Emotional Learning Curricula, Oanh K. Tran and Kenneth W. Merrell 15. Stimulating positive social interaction: What can we learn from TIGER (Kanjertraining)? Lil-

ian Vlieg and Bram Orobio de Castro 16. A Hybrid Framework for Intervention Development: Social Justice for Bullying in Low Resource Schools, Samuel Song and Wakako Sogo 17. Check & Connect: Enhancing School Completion through Student Engagement, Sandra L. Christenson and Amy L. Reschly 18. Prevention and Early Intervention for Preschool Children At Risk for Learning and Behavior Problems, Maribeth Gettinger, Carrie Ball, Laura, Mulford, and Alicia Serdula 19. Partnering to Achieve School Success: A Collaborative Care Model of Early Intervention for Attention and Behavior Problems in Urban Contexts, Thomas J. Power, Heather A. Jones, Jennifer A. Mautone, and Nathan J. Blum 20. Dissemination of Evidence-Based Programs in the Schools: The Coping Power Program, John E. Lochman, Nicole R. Powell, Caroline L. Boxmeyer, and Rachel Baden 21. Prevention, Early Childhood Intervention, and Implementation Science, Samuel L. Odom, Marci Hanson, Joan Lieber, Karen Diamond, Susan Palmer, Gretchen Butera, and Eva Horn 22. Taking effective prevention to scale, Brian K. Bumbarger, Daniel F. Perkins, and Mark T. Greenberg 23. Youth Policy and Politics in the United States: Toward an Increased Focus on Prevention, Siobhan M. Cooney, Thomas R. Kratochwill, and Stephen A. Small

Wiegand-Grefe, S. Mattejat, F. & Lenz, A. (Hrsg.) (2010), *Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung*. Göttingen Vandenhöck und Ruprecht.

Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.). Gesund jung?!

Herausforderung Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen
Reihe: [Weißbuch Prävention](#), Band 2010/11

1st Edition., 2011, X, 230 S. 50 Abb. in Farbe., Softcover ISBN: 978-3-642-16709-6

Inhalt

1. Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und die Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen - ein Vorwort.- 2. Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene - gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit.- 3. Gesundheit, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Ansätze der Prävention in der Lebensphase Adoleszenz und junges Erwachsenenalter.- 4. Jugendliche im Spiegel des Versorgungsgeschehens: Analyse der Routinedaten der KKH-Allianz für die Altersgruppe der 12- bis 21-Jährigen.- 5. Die Rolle von Ernährung und Bewegung.- 6. Der Konsum von Suchtmitteln.- 7. Psychische Gesundheit und Sexualität - Anforderungen an Familie und Schule.- 8. Die besondere Situation: Arbeitslosigkeit und soziale Benachteiligung.- 9. Eine Frage der Erziehung – Kompetenzen von Familie und Schule.- 10. Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen. Ein Expertengespräch zur aktuellen Situation und zu Perspektiven der Prävention.- 11. Ausblick.

Präventionsbericht 2010

http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2010-11-11_Pr%C3%A4ventionsbericht_Anlage_14931.pdf

Structured youth development programmes: a review of the evidence

(2009, August). Wellington: Ministry of Youth Development.

Full Review <http://www.myd.govt.nz/documents/working-with-young-people/youth-participation-in-decision-making/structured-youth-development-programmes-review-of-evidence-full-report-.pdf>

Preventing physical and psychological maltreatment of children in families: review of research for campaign for action on family violence, summary of findings

(2008, March). Auckland: Centre for Social Research and Evaluation.

Full Review

http://www.areyouok.org.nz/files/test/resources/Maltreatment_Prevention_Report_v5.pdf

Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review

Reavley, N., & Jorm, AF. (2010). Early Intervention in Psychiatry, 4(2), 132-142.

Abstract <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7893.2010.00167.x/abstract>

For interventions to prevent or intervene early for alcohol misuse, evidence of effectiveness is strongest for brief motivational interventions and for personalized normative interventions delivered using computers or in individual face-to-face sessions. Few interventions to prevent or intervene early with depression or anxiety were identified. These were

mostly face-to-face, cognitive-behavioural/skill-based interventions. One social marketing intervention to raise awareness of depression and treatments showed some evidence of effectiveness.

Literature review: salutogenesis and the promotion of positive mental health in older people
Billings, J., & Hashem, F. (2010, April). Madrid: Eu Thematic Conference 'Mental Health and Wellbeing in Older People - Making it Happen.'

Full Report http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_salutogenesis.pdf

This review is based on a literature search performed March 2010, while there were many publications about the theory of salutogenesis and its concepts, there was very little evidence of the use of salutogenic principles in practice, however some broad treatment principles are suggested.

Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations.

Zechmeister, I, Kilian, R., McDaid, D., & Mental Health Economics European Union. (2008, January). BMC Public Health, 8(20).

Full Article <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-20.pdf>

Prioritisation between mental health promotion and mental disorder prevention requires more country and population-specific economic evaluations. There is also scope to retrospectively add economic analyses to existing effectiveness studies.

Mental health, resilience and inequalities

Friedli, L. (2009). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Full Report http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf

This report explores a wealth of evidence that mental health influences a very wide range of outcomes for individuals and communities, these include healthier lifestyles; better physical health; improved recovery from illness, fewer limitations in daily living; higher educational attainment; greater productivity; employment and earnings; better relationships; more social cohesion and engagement and improved quality of life.

Mental and neurological public health: a global perspective

Patel, V., Woodward, A., Feigin, V., Quah, S., & Heggenhougen, K. (2010). Lavoisierc.

Promotional Flyer <http://www.lavoisier.fr/notice/frCWOX3ARAS2W3RO.html>

This volume aims to provide a comprehensive overview of the public health principles of mental and neurological disorders. This vast range of health conditions affects people across the life course, from developmental disabilities in childhood, to schizophrenia and substance abuse in adults, and dementia in old age. Despite this diversity, they all share many features: they are mostly mediated through brain dysfunction or abnormalities, are often chronic in course, typically benefit from multi-component interventions, and are amongst the most neglected conditions in global health. The volume will be the first comprehensive text on a public health approach to this diverse group of health conditions.

Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH

David Althaus

Althaus, D. (2009). Depression - Krankheit des 21. Jahrhunderts. Depression - The disorder of the 21st century, *DAJEB-Informationsrundschreiben*, 219, 9-19.

Depressionen gehören zu den häufig nicht erkannten Erkrankungen, die das Individuum und sein soziales System beeinflussen und beeinträchtigen, aber auch gesellschaftlich gravierende Folgen wie Berufs- und Arbeitsunfähigkeit haben. Festzustellen sind psychische, körperliche und Verhaltensänderungen bei den Erkrankten und Auswirkungen auf das übergeordnete soziale System (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegen). Diagnostisch ist die Erkrankung schwer zu erheben, es gibt zahlreiche Übergänge zwischen verschiedenen Erkrankungsformen. Die Komplexität der Ursachen ist groß, häufig ist die Erkrankung sowohl psychosozial als auch neurobiologisch bedingt. Medikamente und Psychotherapie sind wirksame Mittel. Bei 10 bis 20 % der Patienten ist auch nach einer längeren Behandlungsphase keine Verbesserung eingetreten, so dass Geduld und konsequente Fortsetzung der Therapie angesagt sind. Die Suizidalität ist besonders relevant. Als antisuizidale Maßnahmen sind eine aktive Exploration und eine frühzeitige Intervention

im Falle akuter Suizidalität angezeigt. Systemische Interventionen wie die Einbeziehung von Angehörigen steigern die Wirksamkeit bei der Behandlung depressiver Erkrankungen und sind auch hilfreich und entlastend für die Familien.

Andreas Beelmann

Beelmann, A., Lösel, F., Stemmler, M. & Jaurusch, S. (2010). The development of social information processing and the prediction of physical aggression in preschool children. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 57(2)*, 119-131.

This article addresses the development of social information processing (SIP) and its predictive value for physical aggression by considering cognitive and social factors (hyperactivity/attention deficits, intelligence, social class). Test data and behavioral ratings from preschool teachers stem from the Erlangen-Nürnberg Development and Prevention Study and were assessed at two consecutive measurement waves with one year interval at a group of 334 four-to-seven-year old preschool children. As expected, results initially showed a significant increase in competencies in SIP as well as a slight decrease in physical aggression, which were moderately associated. Concerning the development of SIP all predictors reached significance. However, we found some gender specific results. Regression analyses showed that hyperactivity/attention deficits were the best predictor for the level of physical aggression. Looking at the change score for physical aggression, SIP has--at least for girls--some additional predictive value. Further differential analyses showed that high competencies in SIP among a small subgroup of girls with high hyperactivity/attention deficits lead to significant reduction in physical aggression. These results are discussed with respect to recent studies in the field and implications for preventive measures within this age group.

Anke Bramesfeld

Sikorski, C., Gläser, H. & Bramesfeld, A. (2010). Quantität versus Qualität. Zum Stand der Methodendebatte in der Versorgungsforschung. *Psychiatrische Praxis, 37(7)* 2010, 322-328.

Lehmann, S.; Domdey, A. & Bramesfeld, A. (2010). Telefonisches Fall-Management: Ist ein Benefit für die Versorgung depressiver Menschen in Deutschland zu erwarten? Systematische Literaturübersicht. *Das Gesundheitswesen, 72(5)*, 311-312.

Auf der Grundlage der vorliegenden Literatur wird der Frage nachgegangen, inwieweit Telefonisches Fall-Management (TFM) dazu geeignet ist, die Versorgung depressiver Menschen in Deutschland zu verbessern. TFM wurde bisher in zehn randomisierten kontrollierten Studien in Nord-Amerika untersucht. Es führte zu besseren Behandlungsergebnissen (Symptomatik, Zufriedenheit, Compliance, Kosten) als eine Standardbehandlung. Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse zu TFM wird empfohlen, die Implementation von TFM auch im deutschen Gesundheitssystem zu erproben

Hanna Christiansen

Beardslee, W. [Ed.]; Röhrle, B. [Bearb.]; Mattejat, F. [Bearb.] & Christiansen, H. [Bearb.]. (2009). Hoffnung, Sinn und Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Christiansen, H., Mattejat, F. & Röhrle, B. (2010). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern – ein meta-analytisch fundierter Überblick. In S. Wiegand-Grefe, Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung*. Göttingen Vandenhöck und Ruprecht.

Kevin Dadaczynski

Dadaczynski, K. (2009) Entwicklungsstand gesundheitsbezogener Studiengänge. Eine Bestandsaufnahme. *Prävention, 32(1)*, 14-17.

Vor dem Hintergrund gravierender hochschulpolitischer und gesellschaftlicher Veränderungsprozesse hat die Dynamik im Auf- und Ausbau gesundheitsbezogener Studiengänge (Bachelor und Master) zu einer steigenden Intransparenz geführt. Auf der Basis einer umfassenden Recherche wurde eine Bestandsanalyse derzeit in Deutschland verfügbarer Ausbildungsangebote im Studienbereich Gesundheit durchgeführt. Die 389 ermittelten gesundheitsbezogenen Studiengänge werden hinsichtlich verschiedener Kriterien wie dem Bundesland, der Studienform, dem curricularem Schwerpunkt und dem Akkreditierungsstand beschrieben.

Cecilia A. Essau

Essau, C. A., Sasagawa, S. & Ollendick, T. H. (2010). The facets of anxiety sensitivity in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 23-29.

This study examined the factor structure, reliability, and validity of the German translation of the Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI). A total of 1292 adolescents participated in the study. Analyses using the Schmid-Leiman solution showed the CASI to have one higher order factor and three orthogonal lower order factors. CASI scores correlated significantly with anxiety symptoms and with general difficulties. Hierarchical multiple regression showed CASI to make a significant contribution in predicting anxiety even after controlling for variance due to general difficulties, thus giving further support to the incremental validity of the CASI. The CASI is a potentially useful measure to include in longitudinal studies that examine the development of childhood and adolescent anxiety disorders.

See, C.M & **Essau, C.A.** (2010). Coping Strategies in Cross-Cultural Comparison. In B. Mayer & H.-J. Kornadt (eds.), *Soziokultureller Kontext und menschliche Entwicklung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften

Maloney, E., Hutchinson, D., Vogl, L., **Essau, C.**, & Mattick, R. (2010). Adolescent drinking: The social influence of the family. In Everly, K.T. & Cosell, E.M. (eds.), *Social drinking: Uses, abuses and psychological factors*. New York: Nova Science Publishers, Inc.

Ederer-Fick, E., **Essau, C.A.**, **O'Callaghan, J.**, Bokszczanin, A., & Sasagawa, S. (2010). Psychological distress among students from three European Countries. In Roth, R., Barreda-Hansen, C. and Hiew, Ch. (eds.). *Families and Societies in Transition. Proceedings of the 66th Annual Convention International Council of Psychologists. St. Petersburg, Russia*. Aachen: Shaker Verlag.

Alexa Franke

Alexa Franke, A. & Witte, M. (2009). Das HEDE-Training. Manual zur Gesundheitsförderung auf Basis der Salutogenese. Bern: Huber

Eberhard Göpel

Balke, J., Barz, G., Bürkin, B., Chinnow, K., Fitzenberger, J., Füzeki, E., **Göpel, E.** & Lorenz, K. (2010). Gesundheit nachhaltig fördern, gesellschaftliche Verantwortung übernehmen. Magdeburger Strategiepapier zur Gesundheitsförderung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42(3), 767-781.

Grundlegende Ansatzpunkte für eine nachhaltige Gesundheitspolitik liegen in den Lebenswelten der Menschen und in der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebenskultur. Die demografische Entwicklung und die Auswirkungen veränderter Arbeits- und Sozialbeziehungen stellen die deutsche Gesellschaft vor neu Herausforderungen, besonders in den Kommunen. Das Gesundheitssystem stößt in seiner gegenwärtigen pharmazeutisch-technischen und kurativen Ausrichtung an Grenzen. Gleichzeitig öffnet sich die Schere zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen nicht nur finanziell, sondern auch gesundheitlich. Die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen erfordern vorausschauende politische Regelungen und eine sozialrechtlich begründete Finanzierung der Gesundheitsförderung. Von der Studiengruppe Gesundheitsförderung und -management in Europa an der Hochschule Magdeburg-Stendal wird vorgeschlagen, Gesundheitsförderung nach den Zielen der WHO als sozialstaatliches Ziel in das Sozialgesetzbuch aufzunehmen und dabei wie folgt vorzugehen: Die Bundesländer legen Landesgesundheitsziele fest, die den Kommunen als Orientierung für ihre gesundheitsfördernden Maßnahmen dienen. Des Weiteren richten sie Landes-Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung ein, die die Kommunen bei der Durchführung kommunaler oder regionaler Gesundheitsförderung unterstützen. Die vielfältigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung werden in den Kommunen durch eine Gesundheitsförderungs-Konferenz koordiniert. Zur Finanzierung kommunaler Gesundheitsförderung verwaltet die Gesundheitsförderungs-Konferenz einen Gemeinschafts-Fonds. Die Finanzierung dieses Fonds erfolgt durch eine Kombination verschiedener Finanzierungsinstrumente. Die Studiengruppe schlägt die Verankerung der Gesundheitsförderung im Sozialgesetzbuch, die verpflichtende Beteiligung der Krankenkassen, die Nutzung zweckgebundener Abgaben auf gesundheits-

schädliche Produkte sowie die Einführung einer Gemeinwohlsteuer für die Finanzierung gemeinschaftlicher Infrastrukturen lebensweltlicher Gesundheitsförderung in den Städten und Gemeinden vor.

Alexa Franke

Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* Bern: Huber, 2., überarb. u. erw. Aufl.

Modelle von Gesundheit und Krankheit und deren Implikationen für die Gesundheitsversorgung werden dargestellt. Alternativen zum vorherrschenden biomedizinischen Krankheitsverständnis werden diskutiert. Für die 2. Auflage wurde der Text überarbeitet, neu aufgebaut und um ein Kapitel zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten erweitert. - Inhalt: (1) Von der Schwierigkeit, Gesundheit und Krankheit abzugrenzen. (2) Was ist Gesundheit? (3) Was ist Krankheit? (4) Was sind psychische Störungen? (5) Was ist Behinderung? (6) Das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zueinander. (7) Stress. (8) Krankheitsmodelle. (9) Gesundheitsmodelle. (10) Geschlechtsspezifische Modelle von Gesundheit und Krankheit. (11) Sozialepidemiologische Modelle. (12) Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit. (13) Modelle des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens.

Kurt Hahlweg

Hartung, D. & **Hahlweg, K.** (2010). Strengthening parent well-being at the work-family interface: A German trial on Workplace Triple P. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(5), 404-418.

Plack, K., Kröger, C., Allen, E., Baucom, D. H. & **Hahlweg, K.** (2010). Risikofaktoren für Untreue - warum Partner fremdgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3) 2010, 189-199.

Hahlweg, K. & Richter, D. (2010). Prevention of marital instability and distress. Results of an 11-year longitudinal follow-up study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 377-383.

Hahlweg, K., Baucom, D. H., Grawe-Gerber, M. & Snyder, D. T. (2010). Strengthening couples and families. Dissemination of interventions for the treatment and prevention of couple distress. In K. Hahlweg, M. Grawe-Gerber & D. H. Baucom (Eds.), *Enhancing couples. The shape of couple therapy to come.* (S. 3-29) Cambridge: Hogrefe

Atkins, D. C., Marin, R. A., Lo, T. T. Y., Klann, N. & **Hahlweg, K.** (2010). Outcomes of Couples With Infidelity in a Community-Based Sample of Couple Therapy. *Journal of Family Psychology*. 24(2), 212-216.

Hartung, D., Lups, F. & **Hahlweg, K.** (2010). Veränderungsmechanismen in Elterntrainings am Beispiel von Workplace Triple P. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 102-108.

Elterntrainings haben sich als eine geeignete Interventionsform erwiesen, um dysfunktionales Erziehungsverhalten zu reduzieren und elterliche Selbstwirksamkeit zu steigern. Wie diese Veränderungen erzielt werden, ist jedoch größtenteils unerforscht. Am Beispiel von Workplace Triple P wurde überprüft, ob Veränderungen in der elterlichen Selbstwirksamkeit zu Veränderungen im Erziehungsverhalten führen oder ob Veränderungen im Erziehungsverhalten zu Veränderungen in der elterlichen Selbstwirksamkeit führen. Als Stichprobe dienten 42 berufstätige Eltern einer Experimental- und 55 einer Wartelistenkontrollgruppe (randomisierte Zuordnung). Regressionsbasierte Mediatoranalysen belegten, dass die Effekte des Trainings auf die elterliche Selbstwirksamkeit durch die Reduktion des dysfunktionalen Erziehungsverhaltens mediiert wurden. Umgekehrt zeigte sich jedoch nicht, dass die Effekte des Trainings auf das dysfunktionale Erziehungsverhalten der Eltern durch Verbesserungen der elterlichen Selbstwirksamkeit mediiert werden. Diese Ergebnisse unterstützen die Bedeutung von Elterntrainings, in denen konkrete Erziehungs- und Stressmanagementfertigkeiten geübt und im Alltag umgesetzt werden, um positive Veränderungen im Familienleben zu erzielen.

Jochen Haisch

Haisch, J. & Vogel, Heinz-Josef (2010). *Sozialpsychologische Grundlagen der Psychotherapie. Zum Austausch von Psychotherapeutischer Praxis und Sozialpsychologischer Forschung.* München: CIP-Medien

Rainer Hanewinkel:

Maruska, K; Morgenstern, M; Isensee, B. & **Hanewinkel, R.** (2010). Influencing antecedents of adolescent risk-taking behaviour in elementary school: Results of a 4-year quasi-experimental controlled trial. *Health Education Research*, 25(6), 1021-1030.

Effects of the life skills programme 'Eigenständig werden' (Becoming independent) on life skills and on identified antecedents of adolescent health risk behaviour, childhood internalizing and externalizing behaviour were tested in an elementary school setting. A quasi-experimental controlled trial with five repeated measures was conducted. Participants were 919 students from 50 elementary schools in Saxony, Germany. Outcomes were assessed by teachers' ratings. Growth-curve models revealed that the rate of decline in internalizing and externalizing behaviour was significantly higher in the intervention group--especially for students with high baseline levels of externalizing behaviour ($P < 0.01$). No general programme effects on the development of skills could be found ($P = 0.22$). The current study provides evidence that life skills programmes in elementary school may be an effective strategy in reducing antecedents of adolescent risk-taking behaviour.

Sargent, J. D., Tanski, S., Stoolmiller, M. & **Hanewinkel, R.** (2010). Using sensation seeking to target adolescents for substance use interventions. *Addiction*, 105(3), 506-514.

Aims: This study examines the predictive validity of sensation seeking as a predictor of adolescent substance use, in order to optimize targeting for substance use prevention programs. Design: Longitudinal study. Setting: Random-digit dial telephone survey. Participants: A total of 6522 US adolescents aged 10-14 years at baseline, resurveyed at 8-month intervals for three subsequent waves. Measurements: Two outcomes were assessed--onset of binge drinking (more than five drinks in a short time) and established smoking (>100 cigarettes life-time). Sensation seeking level was assessed at baseline. Logistic regression was used to predict onset of substance use at any follow-up wave as a function of sensation seeking. The receiver operating characteristics curve was used to illustrate how well sensation seeking predicted substance use as a function of different cut-off points for defining high sensation seeking, and area under the receiver operating characteristics curve (AROC) was the metric of predictive validity. Findings: Of 5834 participants with one or more follow-up assessments, 5634 reported no binge drinking and 5802 were not established smokers at baseline, of whom 717 (12.7% of 5634) reported binge drinking and 144 (2.5% of 5802) reported established smoking at one or more follow-up interviews. Sensation seeking predicted binge drinking moderately well [AROC = 0.71 (95% confidence interval 0.69, 0.73)] and was a significantly better predictor of established smoking onset [AROC = 0.80 (0.76, 0.83)]. For binge drinking, predictive validity was significantly lower in blacks; for established smoking it was significantly higher for Hispanics. Implications for two targeting interventions are discussed. Conclusions: Sensation seeking works moderately well at identifying adolescents at risk for onset of binge drinking and established smoking. This study offers a guide for determining the appropriate targeting cut-off value, based on intervention efficacy, costs and risks.

Thomas Kieselbach

Rogge, B. G. & **Kieselbach, T.** (2010). Arbeitslosigkeit und suizidale Gefährdung. *Prävention*, 33(2), 54-57.

Notker Klann

Atkins, D. C., Marin, R. A., Lo, T, T. Y., **Klann, N.** & Hahlweg, K. (2010). Outcomes of Couples With Infidelity in a Community-Based Sample of Couple Therapy. *Journal of Family Psychology*. 24(2), 212-216.

Albert Lenz

Jungbaur, J., Stelling, K., Kuhn, J. & **Lenz, A.** (2010). Wie erleben schizophrene erkrankte Mütter und Väter ihre Elternschaft? Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis*, 37(5), 233-239.

Brockmann, E. & Lenz, A. (2010). Beziehung gestalten - eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 687-703.

Jutta Lindert

Lindert, J. (2010). Traumatische Ereignisse bei Migranten und ihre Auswirkungen
In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (2010). S. 383-397

Csöff, R.-M., Macassa, G. & **Lindert, J.** (2010). Körperliche Beschwerden bei älteren Migranten in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(3), 199-206.

Ralf Manz

Manz, R. & Hetmeier, J. (2010). Emotionsarbeit an Jobcenter-Arbeitsplätzen und Auswirkungen von Übergriffen durch Kunden - ein Modell. *Trauma & Gewalt*, 4(3) 2010, 222-235

Bartholomes, S., Krietsch, I., Langhoff, T., Schubert, A., Manz, R., Boden, D., Hetmeier, J., Pangert, C., Roscher, S., Schweer, R., Seiler, K. & Splittgerber, B. (2010). Neu und kombinierte Anforderungen und Belastungen im Wandel der Arbeits- und Organisationsformen. In R. Trimpop, Gericke, J. Lau, Jochen (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sicher bei der Arbeit und unterwegs - wirksame Ansätze und neu Wege*. Kröning: Asanger. S. 253-278

Jürgen Matzat

Matzat, J. (2010). Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. In: H.-W. Höfert & M. Härter (Hrsg.), *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Göttingen: Hogrefe S. 113-123

Franz Petermann

Waskewitz, S., **Petermann, F.**, Petermann, U. & Büttner, P. (2010). Videogestützte Elterntrainings mit aggressiven Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4), 255-263.

Um die Effektivität herkömmlicher Elterntrainings mit aggressiven Kindern zu erhöhen, hat sich der Einsatz von Videos zur Interaktionsanalyse und zur Modifikation der Eltern-Kind-Beziehung als eine geeignete Methode etabliert. Drei Möglichkeiten, videogestützte Elterntrainings einzusetzen, werden vorgestellt: Videotape-Modelling, Video-Self-Modelling und Videofeedback. Die Methoden werden beschrieben und auf ihre Effektivität hin überprüft. Es wird ein Überblick über den internationalen Forschungsstand gegeben, und Implikationen für die klinische Praxis werden diskutiert.

Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., **Petermann, F.** & Ravens-Sieberer, U. (2010). Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4), 228-238.

Aggressiv-dissoziales Verhalten und depressive Symptome treten bei Kindern und Jugendlichen auch gemeinsam auf. Eine solche Komorbidität von zwei unterschiedlichen Störungsbildern kann oft durch einen gemeinsamen Risikofaktor erklärt werden. Aus der bevölkerungsbezogenen BELLA-Studie wurde aus insgesamt 1356 Teilnehmern im Alter von 11 bis 17 Jahren (51.6 % Jungen) eine Risikogruppe von 422 aggressiven Kindern und Jugendlichen (68.7 % Jungen) identifiziert; untersucht wurde, ob und inwieweit die Beziehungen zwischen elterlicher Psychopathologie und einer der beiden Störungen von der jeweils anderen Störung vermittelt werden. Hierzu wurden alters- und geschlechtsadjustierte Mediatoranalysen durchgeführt. Die Analysen wurden stratifiziert, je nachdem ob sich die Kinder und Jugendlichen als vorwiegend proaktiv (145; 52.4 % Jungen), reaktiv (173; 76.3 % Jungen) oder reaktiv-proaktiv (104; 78.8 % Jungen) aggressiv einstufen. Für alle Risikogruppen medierte sowohl aggressiv-dissoziales Verhalten den Pfad auf Depression als auch Depression den Pfad auf aggressiv-dissoziales Verhalten. Die Varianzaufklärung der Modelle war für proaktiv- und reaktiv-aggressive Jugendliche deutlich höher, wenn Depression den Pfad von elterlicher Psychopathologie auf aggressiv-dissoziales Verhalten medierte. Für reaktiv-proaktiv aggressive Kinder und Jugendliche war dieses Verhält-

nis umgekehrt. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund aktueller Ergebnisse und Komorbiditätskonzepte werden diskutiert.

Bachmann, C., Lehmkuhl, G., **Petermann, F.** & Scott, S. (2010). Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen für Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten. *Kindheit und Entwicklung, 19*(4), 245-254.

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit aggressivem Verhalten ist in den vergangenen Jahren vor allem im englischsprachigen Ausland ein Trend zum Einsatz evidenzbasierter psychotherapeutischer Interventionen zu verzeichnen. Es werden - getrennt für Kindes- und Jugendalter - die am besten evaluierten Therapieprogramme (u. a. Multisystemic Therapy, Functional Family Therapy, The Incredible Years) für diese Indikation dargestellt. Aktuelle Fragen der Implementation und Disseminierung evidenzbasierter Interventionen für aggressive Kinder und Jugendliche werden diskutiert (z. B. Qualitätssicherung, Therapietreue). Abschliessend werden Perspektiven für eine Implementation evidenzbasierter Interventionen in Deutschland aufgezeigt.

Scheithaür, H. & **Petermann, F.** (2010). Entwicklungsmodelle aggressiv-dissozialen Verhaltens und ihr Nutzen für Prävention und Behandlung. *Kindheit und Entwicklung, 19*(4), 209-217.

Es wird ein Überblick über Entwicklungsmodelle aggressiv-dissozialen Verhaltens gegeben. Die meisten Entwicklungsmodelle (z. B. nach Patterson, Moffitt oder Löber) unterscheiden zwischen Früh- und Spätstartern, zusätzlich arbeiten andere Modelle weitere Entwicklungspfade im Kindes- oder Erwachsenenalter heraus. Es werden eine Reihe von aktuellen Ergebnissen skizziert, die nahelegen, dass die etablierten Modelle und deren Annahmen kritisch zu betrachten sind. Abschließend wird der Nutzen dieser aktuellen Befunde sowie der Entwicklungsmodelle für die Auswahl und erfolgreiche Umsetzung von Präventionen und Interventionen diskutiert.

Petermann, F. & Lehmkuhl, G. (2010). Prävention von Aggression und Gewalt. *Kindheit und Entwicklung, 19*(4), 239-244.

Studien zeigen, dass es eine beachtliche Zahl von Jugendlichen mit Gewalterfahrung gibt - sowohl in der Rolle des Täters als auch des Opfers. Die hohen finanziellen und psychosozialen Kosten machen es erforderlich, effektive Präventions- und Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln, die den individuellen Umständen gerecht werden. Tabellarisch gestützt werden Ansätze zur Aggressionsprävention vorgestellt, die sich zum einen an Kinder, zum anderen an die Eltern und Erzieher richten. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Früherkennung und Prävention aggressiver Verhaltensweisen, um negative Entwicklungsverläufe zu verhindern

Wiegand-Grefe, S., Jeske, J., Bullinger, M., Plass, A. & **Petermann, F.** (2010). Lebensqualität von Kindern psychisch kranker Eltern. Zusammenhänge zwischen Merkmalen elterlicher Erkrankung und gesundheitsbezogener Lebensqualität der Kinder aus Elternsicht. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58*(4), 315-322.

In der zentralen Fragestellung der vorliegenden Arbeit werden Zusammenhänge von Merkmalen einer elterlichen psychischen Erkrankung und der Lebensqualität der Kinder untersucht. Es wird vermutet, dass zwischen der elterlichen Diagnosegruppe und der Lebensqualität der Kinder ein Zusammenhang besteht und die Beeinträchtigungen der Lebensqualität der Kinder größer sind, wenn die Eltern zusätzlich zur Hauptdiagnose komorbide und weitere (körperliche) Erkrankungen aufweisen. Außerdem wird eine größere Beeinträchtigung der Lebensqualität der Kinder angenommen, wenn die Elternteile unter einer schwereren psychischen Symptomatik leiden, die elterliche Störung chronisch verläuft, die Kinder der elterlichen Störung länger ausgesetzt sind (Expositionsdauer), die elterliche subjektive Beeinträchtigung durch die Störung stärker ist und psychische Auffälligkeiten der Kinder vorliegen. Teilnehmer der Studie waren 72 stationär behandelte psychisch erkrankte Personen, die mindestens ein Kind im Alter von 0-18 Jahren hatten. Als Messinstrumente kamen u. a. die Elternversion des "Revidierten Kinder Lebensqualitätsfragebogen" (KINDL-R) sowie die deutschsprachige Version der "Child Behavior Checklist" zum Einsatz. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine schlechtere Lebensqualität aufweisen als eine Referenzstichprobe. Der Einfluss der Diagnosegruppe der elterlichen Erkrankung erweist sich als bedeutsam. Es gibt einige Zusammenhänge zu den unspezifischen elterlichen Erkrankungsvariablen: Je höher der Schweregrad der elterlichen Erkrankung, desto beeinträchtigt die familiäre Lebensqualität der Kinder. Wenn außerdem somatische Erkrankungen der Eltern vorliegen, ist die Lebensqualität stärker beeinträchtigt. Je länger die elterliche Erkrankung andauert und je länger die Kinder der Erkrankung ausgesetzt sind, desto positiver werden freundschaftliche Beziehungen der Kinder eingeschätzt. Schliesslich ist die Lebensqualität der Kinder schlechter, wenn die subjektive elterliche Beeinträchtigung durch die Erkrankung höher ist und die Kinder bereits psychische Auffälligkeiten zeigen.

Koglin, U., **Petermann, F.**, Heffter, P. & Petermann, U. (2010). Längerfristige Effekte des JobFit-Trainings für Jugendliche. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(3), 235-241.

Im Rahmen einer quasi-experimentellen Studie wird die Wirksamkeit des schulbasierten JobFit-Training unmittelbar nach Abschluss des Programms und sechs Monate später untersucht. Insgesamt 104 Gesamtschüler im Alter zwischen 13;2 und 17;3 Jahren nahmen an der Studie teil. Es wurde überprüft, ob die Jugendlichen der Interventionsgruppe (N=60) durch das Programm ihre sozialen Kompetenzen verbessern und Verhaltensprobleme aus Sicht der Lehrkräfte abgebaut werden konnten. Varianzanalysen (MANOVA, ANCOVA, ANOVA) mit den Werten des "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ-L) ergaben signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen auf den Subskalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Prosoziales Verhalten und Gesamtwert. Die Effektstärken (post-prä) der Gruppenunterschiede variieren zwischen $d = .46$ und $d = .86$ und entsprechen den Effekten ähnlicher angloamerikanischer Programme für das Jugendalter.

Rücker, S., Petermann, U., Büttner, P. & **Petermann, F.** (2010). Differenzielle Wirksamkeit der Jugendhilfe: Traditionelle und zerbrochene Familien im Vergleich. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(4), 253-265.

von Mares, N. & **Petermann, F.** (2010). Bullying in German primary schools. Gender differences, age trends and influence of parents' migration and educational backgrounds. *School Psychology International*, 31(2), 178-198.

von Mares, N. & **Petermann, F.** (2010). Effektivität des "Verhaltenstrainings in der Grundschule" zur Förderung sozialer Kompetenz und Reduktion von Verhaltensproblemen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(3), 224-241.

Untersucht wurde die Effektivität des schulbasierten Präventionsprogramms "Verhaltenstraining in der Grundschule" zur Verbesserung sozialer Kompetenzen und Verminderung von Verhaltensproblemen bei Dritt- und Viertklässlern. 21 Klassen mit 372 Schülerinnen und Schülern an 12 Schulen in Bremen und Niedersachsen nahmen als Trainings- oder Kontrollklassen an der quasi-experimentellen Studie teil. Datenerhebungen wurden mittels Lehrer- und Schülerbefragungen vor Beginn und nach Abschluss des Trainings durchgeführt. Zwischen Prä- und Posttest nahmen bei der Trainings- im Vergleich zur Kontrollgruppe sozial-emotionale Probleme ab. Zudem verbesserte sich das Sozialverhalten bei einem Teil der Trainingsgruppe signifikant. Geschlechtsspezifische Effekte wurden beim Sozialverhalten nachgewiesen: Jungen profitierten stärker vom Training als Mädchen. Es werden Implikationen für die Praxis aufgezeigt und Grenzen der Studienbefunde diskutiert.

Petermann, U., **Petermann, F.** & Franz, M. (2010). Erziehungskompetenz und Elterntraining. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2) 2010, 67-71.

Eine unzureichende Erziehungskompetenz bildet ein zentrales Entwicklungsrisiko; dies gilt vor allem auch bei extremen familiären Bedingungen (z. B. bei psychischer Krankheit eines Elternteils). Konsequenterweise wurden in den letzten Jahren präventive Elterntrainings (z. B. Triple P) und Eltern-Kind-Trainings entwickelt. Mittlerweile liegen auch im deutschsprachigen Raum gut evaluierte Programme für Risikogruppen vor (z. B. das Programm PALME für alleinerziehende Mütter). Es wird ein tabellarisch gestützter Überblick über Ansätze und Inhalte solcher Programme gegeben. Ferner werden ausgewählte Elterntrainings skizziert.

Backhaus, O., **Petermann, F.** & Hampel, P. (2010). Effekte des Anti-Stress-Trainings in der Grundschule. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 119-128.

Grundschul Kinder erleben eine Vielzahl schulischer Belastungssituationen, die eine Gefährdung der psychischen Gesundheit darstellen können. Bislang wurde im deutschsprachigen Raum die Entwicklung und Evaluation primärpräventiver schulbasierter Stressbewältigungsprogramme für das Kindesalter eher vernachlässigt. Daher wurde eine Version des "Anti-Stress-Trainings für Kinder" (AST) adaptiert, die im schulischen Alltag im Klassenverband umgesetzt wurde. Die Effekte des Trainings auf die Stressverarbeitung wurden bei 102 Dritt- und Viertklässlern vor, unmittelbar nach und sechs Wochen nach Abschluss der Intervention anhand eines Kontrollgruppendesigns mit Block-Randomisierung untersucht. Die Kinder der Interventionsgruppe waren unmittelbar und sechs Wochen nach der Intervention in den günstigen Stressverarbeitungsstrategien verbessert. Ausserdem waren unmittelbar nach der Intervention die günstigen Stressver-

beitungsstrategien der Interventionsgruppe statistisch und klinisch signifikant stärker ausgeprägt als in der unbehandelten Kontrollgruppe. Das AST in der Grundschule erzielte gute Effekte auf die Stressverarbeitung und kann somit zur Verbesserung der psychischen Gesundheit im Grundschulalter beitragen.

Petermann, U., Krummrich, M. Z., Meier, C., **Petermann, F.** & Nitkowski, D. (2010). Das Training mit aggressiven Kindern als schulbasiertes Präventionsprogramm. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 57(2), 132-143.

Es wird über eine Durchführung des Trainings mit aggressiven Kindern im Kontext einer Förderschule berichtet. Das Training mit aggressiven Kindern wurde von Lehrern mit 16 männlichen Jugendlichen im Durchschnittsalter von 14.01 Jahren, die aggressives Verhalten zeigten, durchgeführt. Zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurde der "Strengths and Difficulties Questionnaire" von Lehrern, Eltern und den Schülern selbst ausgefüllt. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (11 Jungen, 5 Mädchen) gleichen Alters und Grades an aggressiv-dissozialen Auffälligkeiten erzielte die Trainingsgruppe zwei Wochen nach Abschluss des Trainings signifikant niedrigere Werte auf den Skalen "Verhaltensauffälligkeiten" und "Gesamtproblemwert". Im Selbsturteil fand sich eine geringere Ausprägung auf der Skala "Probleme mit Gleichaltrigen" für die Schüler, die am Training teilgenommen hatten. Eltern sahen bessere Werte auf den Skalen "Emotionale Probleme" und "Gesamtproblemwert" für eine Substichprobe von 14 Schülern der Trainingsgruppe. Weiterhin wurde geprüft, ob die Effekte in Abhängigkeit der Sitzungsanzahl variierten und durch Einbindung der Schüler in weitere Versorgungs- und Behandlungsmaßnahmen erklärt werden konnten. Die Resultate weisen auf die Effektivität des Trainings im Schulkontext hin.

Petermann, U., Koglin, U., **Petermann, F.** & Heffter, P. (2010). Kompetenzaufbau durch das Job-Fit-Training für Schulklassen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*. 57(2), 144-152.

Die Studie untersucht die Effekte der universellen Prävention JobFit-Training im schulischen Setting. Es nahmen insgesamt 72 Schüler, davon 11 mit grenzwertig oder auffällig aggressiv-dissozialem Verhalten, im Alter zwischen 13 und 17 Jahren an der Studie teil. Die 43 Mitglieder der Interventionsgruppe erhielten das JobFit-Training, eine schulbasierte Form des Trainings mit Jugendlichen nach F. Petermann und U. Petermann, die 29 Mitglieder der Kontrollgruppe keine Intervention. Der "Strengths and Difficulties Questionnaire" (SDQ-L) ergab auf den Subskalen "Emotionale Probleme", "Verhaltensprobleme", "Hyperaktivität", "Prosoziales Verhalten" und "Gesamtproblemwert" signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nach Differenzbildung der Subskalenwerte (prä-post). Das Gleiche gilt für die Subskalendifferenzen der "Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten" (LSL) bei "Kooperation" sowie "Einfühlungsvermögen und Hilfsbereitschaft". Das JobFit-Training reduzierte Problemverhalten und -erleben und stärkte soziale Kompetenzen (Ressourcen) als individuelle Schutz- bzw. Kompensationsfaktoren.

Hampel, O. ., Hasmann, S. E., Schaadt, A.-K., Holl, R., **Petermann, F.** & Hasmann, R. (2010). Effekte des Stepping Stones Elterngruppentrainings für Familien mit behinderten Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1) 2010, 36-46.

Petermann, F. (2010). Therapie von Störungen des Sozialverhaltens In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?*. Göttingen: Hogrefe. S. 211-22

In einem Überblick über die Therapie von Störungen des Sozialverhaltens als verschiedene Ausprägungen von aggressivem und aggressiv-dissozialem Verhalten werden die unterschiedlichen Störungsformen zunächst anhand der Klassifikation des ICD-10 erläutert und Komorbiditäten sowie besonders ungünstige Entwicklungsverläufe aufgezeigt. Schematisch werden Kennzeichen und Ursachen der Störung des Sozialverhaltens im Jugendalter dargestellt. Eine folgende Übersicht umfasst aktuelle internationale Therapieansätze beschrieben, deren Wirksamkeit als belegt gelten kann (evidenzbasiert): Parent Management Training von G. R. Patterson und Mitarbeitern, Anger Control Training von J. E. Lochman und Mitarbeitern, Incredible Years von C. Webster-Stratton und M. Reid, Multidimensional Treatment Foster Care von P. Chamberlain und D. K. Smith, multisystemische Therapie nach S. W. Henggeler und T. Lee, Parent Child Interaction Therapy von M. Y. Brinkmeyer und S. M. Eyberg, Triple-P (Positive Parenting Program) von M. R. Sanders sowie Problem Solving Skills Training von A. E. Kazdin. Anschließend werden zwei deutschsprachige Therapieansätze dargestellt: das kognitiv-verhaltenstherapeutische Training mit aggressiven Kindern (ein multimodales Programm mit Einzeltraining, Gruppentraining und familienbezogener Intervention) und das Training mit Jugendlichen (ein soziales Kompetenztraining zur Förderung von Arbeits- und Sozialverhalten und Reduktion von aggressiv-dissozialem Verhalten). Schließlich werden die Inhalte und die Wirksamkeit von Elterntrainings erläutert. Vier Komponenten von Elterntrainings werden als besonders wirkungsvoll bewertet: die positiven Interaktionen mit dem Kind, die Kommunikation über Emotionen, konsistentes Reagieren bei Fehlverhalten sowie alltagsnahes Einüben vonziehungsfertigkeiten mit dem eigenen Kind. Abschließend wird die Schwierigkeit diskutiert, aufgrund der Heterogenität der Störungen für den Einzelfall verschiedene Therapieformen in Betracht ziehen zu müssen.

Bernd Röhrle

Christiansen, H., Matzejat, F. & **Röhrle, B.** (2010). Wirksamkeitsbefunde von Interventionen bei Kindern und Familien psychisch kranker Eltern – ein meta-analytisch fundierter Überblick. In S. Wiegand-Greife, Matzejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern – Klinik und Forschung*. Göttingen Vandenhöck und Ruprecht.

Knoke, J., Burau, J. & **Röhrle, B.** (2010). Attachment styles, loneliness, quality, and stability of marital relationships. *Journal of Divorce and Remarriage*, 51(5), 310-325.

Quality and stability of intimate relationships are determined by various factors. Associations between attachment styles, social and emotional loneliness, competence in being alone, and relationship qualities in couples have not yet been investigated. Sixty-three couples completed self-report measures of current relationship quality and duration, attachment style, and loneliness. Marital quality is predicted by means of experienced emotional loneliness, fearful attachment style, age, and participation in relationship counseling ($R^2_{corrected} = .568$). Length of relationship is predicted by age, experienced social loneliness, and competence in being alone ($R^2_{corrected} = .648$). Attachment styles, loneliness, age, competence in being alone, and participation in relationship counseling are all possible determinants of relationship qualities.

Röhrle, B. & Laireiter, A.-R. (2010). Netzwerkforschung in der Psychologie. In C. Stegbauer & R. Häußling (Hrsg.), *Handbuch Netzwerkforschung*. (S. 907-916). Wiesbaden: VS Verlag.

Wolfgang Slesina

Buruck, G., Horvath, I., Richter, P., Debitz, U., Pohlandt, A., Escher, C., Schwinger, E., Nordbrock, C., Bärenz, P., Schweer, R., Fink, A., **Slesina, W.**, Hanssen-Pannhausen, R., Zieschang, H., Winiuk, S., Hammes, M. & Wieland, R. (2010). Muskel- und Skeletterkrankungen. In R. Trimppop, G. Gericke & J. Lau (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sicher bei der Arbeit und unterwegs - wirksame Ansätze und neue Wege*. Kröning: Asanger. S. 279-304

Alf Trojan

Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., **Trojan, A.**, Gläske, G., Hesselmann, H. (2010). Die Hohe Kunst der Anreize: Neü Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42(3), 738-749.

Altgeld, T.; Eichhorn, C.; Nagel, E.; Klotter, C.; Kuhn, J.; **Trojan, A.**; Schmidt, B.; Stöckel, S.; Hirschberg, I.; Michelsen, K.; Buyx, A. M.; Loss, J. (2010). Themenschwerpunkt: Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Freiheit und Paternalismus. *Das Gesundheitswesen*. 72(1), 3-62

Irmgard Vogt

Vogt, I.(2009). Alter und Alkohol, Zigaretten, Cannabisprodukte und andere illegale Drogen: Herauswachsen aus der Sucht, Weitermachen wie gewohnt oder Hineinwachsen in die Sucht? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 42(3) 2010, 593-609.

Die psychoaktiven Substanzen Alkohol, Zigaretten, Cannabisprodukte und Opiate werden von vielen jungen Menschen konsumiert. Wie in der Studie gezeigt wird, ändern sich die Konsummuster nicht einfach und automatisch mit dem Alter. Vielmehr folgen die Konsumveränderungen bestimmten Mustern. Darauf hat Winick bereits 1962 hingewiesen, als er die These vom Herauswachsen aus der Sucht in der dritten Lebensdekade aufgestellt hat. Diese These wird im vorliegenden Beitrag für die oben genannten psychoaktiven Substanzen geprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass die These

vom Herauswachsen aus der Sucht durchaus Bestand hat, jedoch differenziert werden muss: Es gibt eben nicht nur zwei Gruppen, die Aussteiger und die Abhängigen, es gibt auch die großen Gruppen von Männern und Frauen, die über die Lebensspanne hin z. B. alkoholische Getränke mäßig und kontrolliert konsumieren. Man vermutet zudem, dass es Späteinsteiger in die Sucht gibt. Diese Entwicklungen werden in dieser Studie nachgezeichnet. Untersucht man zudem den öffentlichen Diskurs der Akteure von Public Health, Prävention und Suchthilfe zum Substanzkonsum im mittleren und höheren Lebensalter, ergibt sich ein ziemlich düsteres Bild: Die Fachleute schätzen den Konsum dieser Substanzen im höheren Lebensalter durchweg als gefährlich ein. Betont werden die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und Kosten. Mögliche positive Aspekte werden nicht erwähnt und nicht diskutiert.

Termine- Tagungsankündigungen

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

2011 NASPA Mental Health Conference: 2011 Alcohol and Other Drug Abuse Prevention & Intervention Conference

Miami Marriott Biscayne Bay Miami, Florida
January 13 - 15, 2011

European Debate on Evidence-Based Mental Health Promotion and Prevention of Mental Disorders,
14 and 15 February 2011.

The Hague, the Netherlands (Radboud University Nijmegen and Generalitat de Catalunya)
(Sechs Personen pro Land der EG werden geladen)

**Teaching Prevention 2011 - (Association for Prevention Teaching and Research (APTR)) -
March 16-19, 2011, Washington, DC**

4th World Congress on Women's Mental Health Madrid, Spain, 16-19 March, 2011

<http://www.iawmh2011.com/en/index.htm>

8th European Congress of Community Psychology

15.-16. September 2011, YORK York St John University, England

Fachgruppe Gesundheitspsychologie

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

Keynote Speakers sind

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

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

www.gesundheit2011.de

Fachtagung des SOS-Kinderdorf e.V.:

**„Jugendliche und junge Volljährige – eine Randgruppe in der Kinder- und Jugendhilfe?“
4. und 5. November 2010, SOS-Berufsausbildungszentrum Berlin**

Die Kindertagesbetreuung und der Kinderschutz stehen derzeit im Mittelpunkt fachlicher und struktureller Entwicklungen in der Kinder- und Jugendhilfe. Die Hilfen für Jugendliche und junge Erwachsene, die spezifische Belastungen während Kindheit und Jugend erlebt haben, werden hingegen zunehmend eingeschränkt, obwohl gerade diese Zielgruppe auf pädagogische Unterstützung beim Übergang ins Erwachsenenleben angewiesen ist – bei Bedarf auch über die Volljährigkeit hinaus.

Auf der diesjährigen Fachtagung des SOS-Kinderdorf e.V. geht es um die Frage, wie die Kinder- und Jugendhilfe Zugänge zu Bildung und Arbeit, aber auch zu sozialer Teilhabe schaffen und junge Menschen dazu befähigen kann, sinnvolle Perspektiven für das Erwachsenenalter zu entwickeln. Dazu finden an zwei Tagen Vorträge, Foren und ein fachpolitisches Gespräch im SOS-Berufsausbildungszentrum Berlin statt. Es referieren unter anderem Prof. Dr. Wolfgang Schröder von der Universität Hildesheim zur Jugendphase im Wandel und Prof. Dr. Reinhard Wiesner aus Berlin zu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für die Zielgruppe Jugendlicher und junger Volljähriger.

Die Veranstaltung richtet sich an Fachkräfte von öffentlichen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie Interessierte aus Hochschulen und Fachverbänden. Die Anmeldung ist bis zum 20. Oktober 2010 über das Sozialpädagogische Institut des SOS-Kinderdorf e.V., Renatastraße 77, 80639 München, Tel. 089/12606-461, Fax 089/12606-417, info.spi@sos-kinderdorf.de möglich.

Weitere Informationen und das Programm finden Sie unter http://www.sos-kinderdorf.de/sos_fachtagung_2010_jugendliche_und_junge_volljaehrige,np=344.html und im angehängten Tagungsflyer.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Stand: November 2010

Aufruf zur Mitarbeit am 27. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung vom 01.03. bis zum 04.03.2012 an der Freien Universität Berlin

Die inhaltliche Planungsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie möchte alle Interessierten aus Forschung, Lehre und Praxis, herzlich einladen, an der Gestaltung des 27. Kongresses für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung durch

- die **Organisation und Moderation** von **Symposien**
- den Vortrag eines **Referates**
- die Gestaltung eines **Posters**
- die Anleitung eines **Workshops oder**
- die Einladung zu einem **Round-Table**

aktiv mitzuwirken. Geplant ist weiterhin die 1. DGVT-Spring-School für Promovierende und „Pre-Congress-Workshops“ am Mittwoch, den 29. Februar 2012.

Die inhaltliche Planungsgruppe möchte unter dem Motto

Psychotherapie kann mehr

einladen, mögliche Zukunftsperspektiven, das Selbstverständnis und die gesellschaftliche Rolle psychotherapeutischen Handelns zu reflektieren und neue Wege und Betätigungsfelder für Psychotherapie zu eruieren.

Das Motto „**Psychotherapie kann mehr**“ soll ein vertrauensvolles und positives Selbstverständnis vermitteln und gleichzeitig eine selbstkritische Bestandsaufnahme ermöglichen. Im Zentrum des Mottos stehen Fragen, wie z. B.: Psy-

chotherapie für wen? In welchen gesellschaftlichen und klinischen Bereichen kann und soll sich Psychotherapie stärker einbringen?

Darüber hinaus sollen Ausgangspunkte und Chancen für weitere Entwicklungen psychotherapeutischen Handelns im gesamtgesellschaftlichen Kontext reflektiert werden. Ohne überzogene Heilsversprechen zu schüren und die eigenen Fähigkeiten zu überschätzen sollen Betätigungsfelder aufgezeigt werden, in denen ein stärkeres psychotherapeutisches Engagement im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Auftrags möglich, wünschenswert und erforderlich wäre (z.B. Neurologie, Prävention und Rehabilitation).

Psychotherapie kann mehr...

...zur Heilung neurologischer und primär somatischer Störungsbilder beitragen.

Anknüpfend an die erste City Night Lecture von Prof. Nils Birbaumer während des vergangenen DGVT-Kongresses soll die Rolle von innovativen, klassisch-verhaltenstherapeutischen Interventionen (z.B. Bewegungstraining, Biofeedback bzw. Neurofeedback) im Rahmen von psychischen (z.B. ADHS), psychosomatischen (z.B. Tinnitus, Bluthochdruck) und insbesondere primär somatischen Störungsbildern (z.B. Schlaganfall und dem Locked-In-Syndrom) in speziellen Symposien und Workshops aufgegriffen und erläutert werden. Insbesondere bezüglich der letztgenannten klassisch medizinischen Bereiche (z.B. Neurologie) erscheint ein stärkeres verhaltenstherapeutisches Engagement indiziert und wünschenswert, eine Vernetzung zwischen klinischer Neuropsychologie und Verhaltenstherapie erfolgversprechend.

Psychotherapie kann mehr...

...in physiologische und neurobiologische Prozesse eingreifen als man lange dachte.

Aktuelle neurowissenschaftliche Befunde demonstrieren in überzeugender Weise, dass psychotherapeutisches Handeln neuronale und biochemische Vorgänge auf der Basis neuronaler Plastizität nachhaltig beeinflussen und verändern kann. Jenseits einer biologisch-reduktionistischen Sichtweise, können diese Befunde sinnvoll als Beleg einer objektivierbaren Wirksamkeit von Psychotherapie, auch gegenüber konkurrierenden (z.B. medikamentösen) Therapieangeboten, genutzt werden. Aus wissenschaftlicher Perspektive eröffnet die neuropsychologische Erforschung psychotherapeutischen Handelns ein interessantes Fenster zu den biologischen Mechanismen und Korrelaten, die mit Veränderungen und der Reduktion psychischer Störungen einhergehen. Auch in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten kann sich eine neuropsychologische Perspektive auf Veränderungsprozesse als Chance erweisen.

Psychotherapie kann mehr...

...wenn sie ihren Beitrag als wissenschaftliche Profession zur Änderung gesellschaftliche Grundeinstellungen einbringt

Gesundheitspsychologische Fragestellungen und Konzepte prägen in vielen Bereichen auch klinisch-psychologische und psychotherapeutische Sichtweisen und Konzepte. Ausgehend von den Überlegungen von Kelly D. Brownell (Yale University) sollen neue Ansätze vorgestellt und diskutiert werden, um gesundheitlich relevante Veränderungen gesamtgesellschaftlich effektiver zu gestalten und voranzutreiben. Prominente Beispiele hierfür sind der Einfluss der Verfügbarkeit von Alkohol und Zigaretten auf den entsprechenden Konsum (insbesondere unter Jugendlichen), aber auch die Tendenz zu einer gesteigerten Vermarktung hochkalorischer Nahrungsmittel und damit einhergehende „Volkskrankheiten“ wie Übergewicht und Diabetes. Neben dem Versuch einer primär individuenzentrierten Einstellungsänderung (als traditionelles Modell der Gesundheitspsychologie und Psychotherapie) soll der Fokus auf Chancen und Möglichkeiten einer breiteren (gesundheits-)politischen Einflussnahme gelenkt werden.

Psychotherapie kann mehr...

...bewirken, wenn die Lebenswelten der zu behandelnden Menschen umfassender in die psychotherapeutische Arbeit einbezogen werden.

Faktoren wie kultureller Hintergrund, Status und Bildung besitzen nach wie vor einen großen Einfluss auf die Sichtweise und Inanspruchnahme von Psychotherapie. Langfristig wird Psychotherapie ihren selbstgesteckten Zielen und gesellschaftlichen Aufgaben nur gerecht werden können, wenn es gelingt, Gruppen stärker zu erreichen, die traditionell weniger oder später psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (z.B. bildungsferne Schichten). Dringend erforderlich erscheint ebenfalls der Ausbau von spezifischen kultursensiblen Angeboten.

Psychotherapie kann mehr...

...Patientinnen und Patienten auch über neue Medien erreichen und erfolgreich unterstützen.

Internetbasierte und internet-assistierte Therapieangebote haben sich in den letzten Jahren als überaus effektiv und erfolgreich erwiesen. Die Behandlungseffekte waren hierbei oft vergleichbar zu traditioneller Face-to-Face-Therapie. Auch wenn das Internet nicht für jeden Menschen ein geeignetes Medium für eine effektive psychotherapeutische Behandlung darstellt, erweist sich Internettherapie in vielen Bereichen als wirksame Ergänzung oder Vorbereitung während der Wartezeit auf einen regulären Therapieplatz. In Symposien und Workshops sollen innovative Ergebnisse des Einsatzes neuer Medien und Kommunikationswege (z.B. Internet, SMS, PC-gestützte Therapieverfahren, Virtual Reality) im Bereich der Psychotherapie vorgestellt und diskutiert werden.

Psychotherapie kann mehr ...

...indem sie über die Reduktion von Symptomen hinauswirkt

Die Wirkung psychotherapeutischer Behandlungen beschränkt sich nicht auf die Reduktion von Symptomen und symptombezogenem Leiden. Sie beschränkt sich auch nicht auf das behandelte Individuum. Vielmehr demonstrieren zahlreiche Befunde, dass psychotherapeutisches Handeln Aspekte wie zum Beispiel Lebenszufriedenheit, Resilienz und Sinnerleben fördert und über die Lebenssituation des behandelten Individuums hinaus positiv auf dessen Bezugspersonen (wie Partner, Partnerin, Kinder) und ihr persönliches Umfeld wirkt. In Symposien und Workshops sollen störungsübergreifende Wirkungen psychotherapeutischen Handelns sowie Möglichkeiten zur Ausweitung des therapeutischen Wirkprofils vorgestellt und diskutiert werden.

Das Motto „**Psychotherapie kann mehr**“ soll anregen, neben den etablierten Bereichen von Forschung, Therapie und Beratung auch bislang weniger beachtete Felder psychotherapeutischen Handelns, insbesondere an der Schnittstelle zu medizinischen Teildisziplinen wie beispielsweise der Neurologie, Psychosomatik und Verhaltensmedizin, stärker zu beleuchten. Immanent ist hierbei auch der in den vergangenen Kongressen präsente Gedanke von Vernetzung und Beziehung, der in unserem aktuellen Motto konsequent als Transfer von psychotherapeutischem Wissen und Können in neue Bereiche weitergedacht werden soll. Wir freuen uns über Ihre Ideen, Kommentare und Beiträge zu diesem Thema. Der Tradition vergangener DGVT-Kongresse folgend sind Beiträge in Form von Symposien, Referaten, strukturierten Diskussionen („Round Tables“), sowie Postern und Workshops herzlich willkommen.

In **Symposien** werden einzelne Themen aus unterschiedlichen Blickwinkeln dargestellt und beleuchtet. Symposien werden gestaltet durch **Referate** oder strukturierte **Diskussionen**, sie können durch **Poster** und in **Workshops** vertieft werden.

Referate sind immer Teil eines Symposiums, sie sollten maximal 20 Minuten dauern. Die Nutzung von Medien für das bessere Verständnis ist erwünscht.

Poster sind eine Alternative zum Referat; sie werden während des gesamten Kongresses aufgehängt. Die Posterautoren stehen bei der Posterpräsentation, die voraussichtlich am Donnerstag stattfinden wird, für Fragen und Erläuterungen zur Verfügung. Geplant ist die Prämierung der besten Poster; Kriterien sind: Inhalt, Bezug zum Kongresssthema, Gestaltung und Lesbarkeit.

Workshops vermitteln praktische Fertigkeiten in rund 3,5 Zeitstunden. In der Anmeldung des Workshops muss dargestellt sein, welche Fertigkeiten den Teilnehmenden auf welche Weise vermittelt werden sollen. Erwünscht sind praxisorientierte Angebote.

Die **1. DGVT-Spring-School für Promovierende** besteht aus zwei Teilen: einem ganztägigen Workshop zu Methoden der Psychotherapieforschung und einem Beitrag der Teilnehmenden – entweder als Referat in einem der Kongress-Symposien oder in einem „offenen Symposium“ für die Promovierenden am Donnerstagnachmittag oder als Posterbeitrag. Interessierte Personen, die am Kongress teilnehmen, können sich bis zum 31.01.2012 mit einem Beitrag zu DGVT-Spring-School anmelden.

Round-Tables sind Foren zum Austausch von Erfahrungen zwischen den KongressteilnehmerInnen zu einer bestimmten Fragestellung oder zu einem bestimmten Thema. Das geplante Input-Referat sollte 15 Minuten nicht überschreiten. Diese Arbeitsgruppen können auch spontan auf dem Kongress gebildet werden, wenn eine Diskussion in einem Symposium vertieft werden soll.

Vorrangig sind wir zunächst an Vorschlägen für Symposien interessiert, für die dann über eine zweite Ausschreibung Beiträge gesucht werden. Ihre Vorschläge für ein Symposium sollten Sie bis 28. Februar 2011 per Internet anmelden. Das Anmeldeformular für Kongressbeiträge finden Sie auf der DGVT-Homepage unter www.dgvt.de.

Auf viele spannende und anregende Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung des Kongresses freut sich die Inhaltliche Kongressplanungsgruppe:

Andrea Benecke, Waltraud Deubert, Wibke Dymel, Karen Krause,

Bernhard Scholten, Tobias Teismann, Katrin Thiemann, Birgit Wich-Knoten, Michael Witthöft

German Network for Mental Health

Aktualisierter Termin der nächsten Tagung : 31.8.-1.9.2011 !!!!

Aktualisiertes Programm (in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie, Gesundheit und Frauen Rheinland-Pfalz und dem Fachbereich Psychologie Philipps-Universität Marburg)

Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen“

Programm Mainz 2011 31.8.-1.9.2011 (Stand 21.12.10)

Tagungsort: Erbacher Hof

1. Tag Vorprogramm (Tag vor der eigentlichen Tagung)

16:00 – 19:00 Uhr

Treffen des German Network for Mental Health (GNMH)

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

2. Tag Hauptprogramm

09:00 Uhr Eintreffen der Teilnehmenden

09:30 Uhr Eröffnung/Grußwort :

Malu Dreyer, Ministerin für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit und Frauen, Rheinland-Pfalz oder einer VertreterIn des Ministeriums

Block 1: Übersichten

Chair: Prof. Dr. Bernd Röhrle (Philipps-Universität Marburg)

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

Prof. Dr. Heiner Keupp (LMU München)

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

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

11:15 Uhr Pause

11:30 Uhr Podiumsdiskussion zu den Grundsatzreferaten

und zur Frage der Umsetzung und gegebenen Hindernissen

Moderator: Prof. Dr. Bernd Röhrle (Philipps-Universität Marburg)

12:15 Uhr Mittagspause

14.00 bis 18.00 Parallelveranstaltungen (mit selbst festgelegten Pausen)

Block2: „Frühe Hilfen“ – Maßnahmen zur Bindungssicherheit von Kindern

Chair: Ute Ziegenhain (Universität Ulm)

Guter Start ins Leben

PD. Dr. Ute Ziegenhain (Universität Ulm)

Hebammen als Seismografen: Erste Zwischenergebnisse

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

Frühe Hilfen im Ortenaukreis - Erste Ergebnisse und Erfahrungen

Ullrich Böttinger

Opstapje: Ergebnisse und Zukunft

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

Block3: Chancen und Herausforderungen der psychischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in pädagogischen Settings

Chair: *Kevin Dadaczynski (Universität Lüneburg)*

Der Beitrag von „die initiative“ zur Strukturentwicklung von psychischer Gesundheit in pädagogischen Settings
Martin Puttkammer/ (Universität Lüneburg)

Schulische Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Schülern. Ergebnisse der HBSC Studie

Dr. Ludwig Bilz (TU Dresden)

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

Dr. Birgit Nieskens (Universität Lüneburg)

Psychische Gesundheit in der Ganztagschule: Möglichkeiten und Herausforderungen

Kevin Dadaczynski (Universität Lüneburg)

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

Block4: Kinder in prekären Situationen

Chair Prof. Dr. Meinrad Armbruster (Hochschule Magdeburg)

Die Eltern-AG

Prof. Dr. Meinrad Armbruster, Dr. Birgit Böhm (Hochschule Magdeburg ; Nexus Institut Berlin)

Pro Kind

Kristin Adamaszek (Projektleiterin Pro Kind Bremen)

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

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

Hilfe für Kids

Frauke Gnadl (Kreisjugendring München-Stadt)

Block 5: Kinder kranker Eltern

Chair: Albert Lenz (Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen)

"Kinder schizophrener erkrankter Eltern - Belastungen und Bewältigungsstrategien"

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

(Neuer Termin noch nicht bestätigt)

AURYN

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

Seelische Gesundheitsvorsorge für Kinder körperlich kranker Eltern

PD. Dr. Georg Romer (UKE Hamburg)

"Kinder psychisch erkrankter Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie

Elisabeth Schmutz (Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz)

Block 6: Kinder in schwierigen Familien (Gewalt, Konflikte, Verluste)

Chair: N.N. (Sanders angefragt)

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

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

„Kinder im Blick“ Programm für Scheidungseltern

Dr. Mari Krey (LMU München)

Egetherapie mit Kindern

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

weitere Belastungen (Trennung von Jugendlichen ???)

N.N.

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)
-