

	<u>INHALT</u>	Seite
Vorwort		2
Originale von den Mitgliedern		3
Empowerment: Bewegungsfreude durch Modelllernen		3
Jochen Haisch & Martin Rumpf		
Brauchen wir geschlechtsspezifische Formen der Prävention depressiver Störungen?		5
Bernd Röhrle		
Informationen aus Politik und Organisationen		16
Aus anderen Netzwerken		31
Wichtige Neuerscheinungen		37
Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH		38
Tagungsberichte		41
Termine- Tagungsankündigungen		43
In eigener Sache: Erneuerung von Mitgliederdaten		47

Liebe Mitglieder des GNMH,

es ist mir eine Freude Ihnen die zweite Ausgabe des Rundbriefes für 2012 vorzulegen. Ich bedanke mich bei allen, die hierzu einen Beitrag geleistet haben und ich hoffe noch auf all jene, die sich vorgenommen haben etwas für die nächsten Rundbriefe beizutragen. Ich hoffe, Sie finden interessante Informationen in diesem Heft. Dass ich selbst einen Originalbeitrag von mir anbiete, geschieht etwas aus Verlegenheit heraus. Ich hoffe, dass Sie das nachsehen und in der Zukunft dafür sorgen, dass solche Notlösungen nicht unbedingt notwendig sind.

Sicher ist, dass Sie sehen, dass sich unser gemeinsames Thema nach wie ein großes Echo hat, wengleich die Politik sich zu zögerlich verhält. In der BRD sind inzwischen viele Akteure engagiert; die Nachbarländer Schweiz und Österreich legen ein hohes Tempo vor; wir können erheblich von ihnen lernen. Eine enge Kooperation wäre von großem Vorteil. Auf die Links zu den anderen Netzwerken sei ausdrücklich verwiesen.

Auch diese Ausgabe des Newsletter ist einfach gehalten, da ich selbst als Sprecher des GNMH auch die technische Seite ohne weitere Hilfsmittel vertrete und ich wegen Zeitknappheit nicht die vielleicht notwendigen ästhetischen Gestaltungen vornehmen kann. Ich freue mich darauf, wenn das Netzwerk in Zukunft doch noch etwas mehr Façon bekommen würde und dies im Zusammenhang mit einem doch notwendigen stärkeren strukturellen Aufbau des Netzwerkes.

Nun bleibt mir nur noch Ihnen zum endenden Jahr und den kommenden Festtagen alles Gute zu wünschen

Reutlingen, 18. Dezember 2012

herzlichen Gruß

Bernd Röhrle

Originale von den Mitgliedern

Empowerment: Bewegungsfreude durch Modelllernen

Jochen Haisch & Martin Rumpf

Im Jahre 2011 gaben die Gesetzlichen Krankenkassen über 300 Millionen Euro für Gesundheitsförderung, insbesondere in Schulen und in Betrieben, aus. Dennoch bleibt der Bewegungsmangel eines der häufigsten gesundheitlichen Risiken in den reichen Ländern der Welt (WHO), was wegen der langfristigen Konsequenzen beim Einzelnen eine herausragende Bedeutung vor allen Dingen bei Kindern und Jugendlichen hat. Es wird daher seit längerem mit durchaus hohem Aufwand versucht, dem Bewegungsmangel und seinen Folgen in Schulen zu begegnen.

Unser Ansatz ist dem gegenüber von geringerem Aufwand, die Minioffensive der Ulmer Basketballer stellt eine einmalige Kurzintervention bei Schülern dar, deren Erfolg nun erstmals evaluiert wurde. Zentral dabei ist, dass die Schüler durch Modelle aus dem Basketball angeregt werden, Spaß an der Bewegung zu haben, damit ihre Kondition und Koordination günstig beeinflusst wird (Empowerment). Die Modelle aus dem Basketball ermöglichen den Schülern durch ihr Vorbild das Lernen neuer komplexer Verhaltensweisen (Bewegungsfreude). Es wird ein starker Einfluss von Modellen erwartet, die den Schülern besonders ähnlich sind. Und es wird eine häufigere Imitation desjenigen Modells erwartet, das ein erfolgreiches Spiel absolviert. Damit ist unser Ansatz weniger durch Information über Gesundheitsrisiken – wie sonst im Rahmen der Gesundheitsprävention üblich – geprägt, sondern durch das gesundheitsfördernde Empowerment. Im Detail untersuchen wir, inwiefern sich unterschiedliche Modelle aus dem Basketball positiv auf die sportliche Leistung der Schüler auswirken und ob eine zusätzliche Belohnung (Besuch eines Basketballspiels des Modells) auf die Einstellung und das Verhalten der Kinder zum Sport einen Effekt hat. Aus den ersten Antworten auf die Ausschreibung der Minioffensive wurden vier Schulen zufällig ausgewählt und zufällig den unterschiedlichen Konstellationen Modell (ähnlich/unähnlich) Belohnung (mit/ohne Belohnung) zugeordnet, so dass folgende Gruppenverteilung zustande kam:

- ähnliches Modell mit Belohnung (Grundschule Dornstadt)
- ähnliches Modell ohne Belohnung (GS Einsingen)
- unähnliches Modell mit Belohnung (GS Söflingen)
- unähnliches Modell ohne Belohnung (GS Arnegg)

Eine mögliche Wirkung der Minioffensive auf die Schüler wurde durch drei Parameter in einer Vorher- Nachher Messung abgeprüft. Zum einen wurden zwei sportmotorische Tests (Ballprellen und Stufensteigen) durchgeführt, die dem Münchner Fitnessstest (<http://www.sportunterricht.de/mft/index.html>) entnommen sind. Dabei wurden die konditionellen und die koordinativen Fähigkeiten überprüft. Außerdem beantworteten die Schüler einen Fragebogen zu ihren Einstellungen und ihrem Interesse am Sport.

Die Parameter wurden direkt vor dem Unterrichtsbesuch durch die Minioffensive zum ersten Mal erhoben, ein zweites Mal etwa sechs Wochen später: Bei den belohnten Gruppen im Anschluss an das Basketballspiels ihres Modells, bei den nicht belohnten Gruppen nochmals im Schulsport.

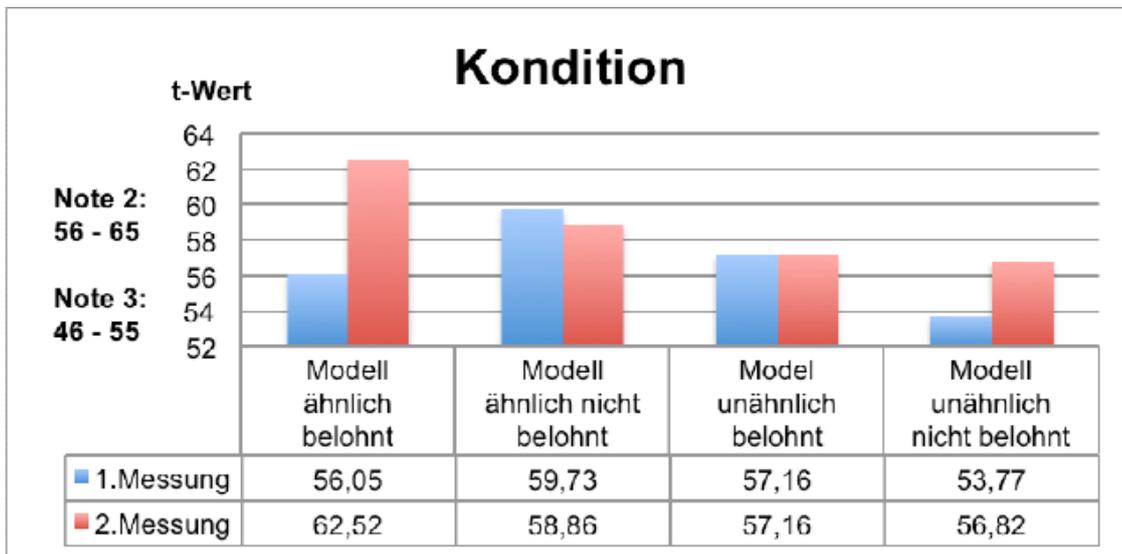
Durchführung der Untersuchung

Nachdem die ausgewählten Schulen die Teilnahme an der Untersuchung zugesichert hatten, wurden die ersten Termine ausgemacht. Manche Schulen nahmen mit mehreren Klassen auf einmal teil, so dass die Gruppengröße zwischen 23 und 44 schwankte. Insgesamt waren 105 Schüler bei beiden Untersuchungen dabei. Die Lehrkräfte haben die Untersuchung hilfsbereit und kooperativ begleitet. Die Untersuchungen verliefen alle problemlos. Die Erstuntersuchung der Minioffensive wurden bis Anfang Dezember durchgeführt und bis Mitte Januar waren auch alle Nachuntersuchungen abgeschlossen.

Auswertung der Ergebnisse

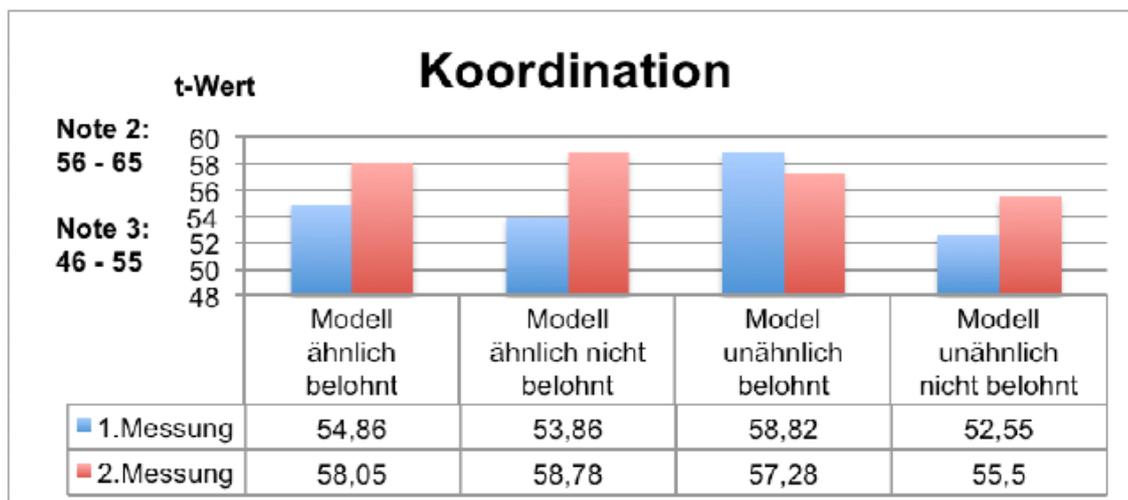
Die Bewertung der Sportmotorischen Tests erfolgt durch die vom Münchner Fitnessstest vorgegebenen alters- und geschlechtsabhängigen sogenannten T-Werte. T-Werte von 46-55 entsprechen der

Note 3, von 56-65 der Note 2 und mehr als 66 der Note 1, maximal konnten 70 Punkte erreicht werden. Bei den Fragebögen wurden die Fragen alle mit Punkten bewertet und eine Gesamtsumme erstellt. Die Daten wurden mittels Varianzanalysen (SPSS) ausgewertet. Die Ergebnisse der Sportmotorischen Tests zeigen, dass sich alle Kinder hinsichtlich ihrer konditionellen und koordinativen Fähigkeiten signifikant verbessert haben. Bei ähnlichem Modell und bei Modell mit einer Belohnung durch das Spiel zeigt sich die Kondition der Schulkinder nach der Mini-offensive deutlich verbessert.



Bei den angegebenen t-Werten handelt es sich um die geschlechts- und altersnormierten Werte der Konditionsübung aus dem Münchner Fitnessstest (Stufensteigen).

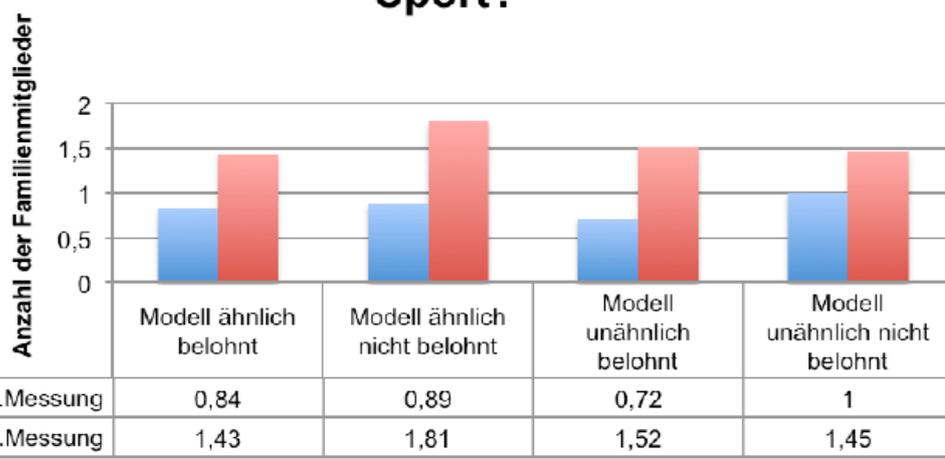
Übereinstimmend kommt es über alle Gruppen hinweg zu einer Verbesserung der Koordination. Das ähnliche Vorbild übt zudem einen statistisch relevanten, positiven Effekt auf die Schüler aus.



Bei den angegebenen T-Werten handelt es sich um die geschlechts- und altersnormierten Werte der Konditionsübung aus dem Münchner Fitnessstest (Ballprellen).

Aus den Fragebögen ist ersichtlich, dass die Kinder eine Moderatorenrolle einnehmen, d.h. die Kinder kommunizieren die Botschaft der Mini-offensive (Spaß am Sport) auch zu Hause. Es zeigt sich, dass signifikant mehr Familienmitglieder Sport treiben als vorher. Alleine die Diskussion über Sport und die Wahrnehmung der sportlichen Aktivitäten der Familie sind begrüßenswerte Zeichen.

Frage 7: Macht in deiner Familie jemand Sport?



Als Antwortmöglichkeiten wurde „Mutter“, „Vater“ und „Geschwister“ angeboten, insgesamt konnten also 3 Punkte erreicht werden

Als **Fazit** lässt sich festhalten:

- 1) Die Mini-Offensive wirkt sich als einmalige Kurzintervention signifikant auf die Kondition und die Koordination aus.
- 2) Die Mini-Offensive ist mit ähnlichen Sportmodellen (Alter, Größe, Leistungsstand) erfolgreicher.
- 3) Die Einführung eines für die Mädchen ähnlichen, weiblichen Modells würde die Vorbildwirkung hier weiter verbessern.
- 4) Belohnungen des Modells sind weniger effektiv.
- 5) Kinder wirken als Mediatoren in ihren Familien und vermitteln das Erlebte Zuhause.
- 6) Um das Empowerment über die Zeit zu erhalten, werden regelmäßige Aufwärmstunden mit einem fest an jeder Schule etablierten Modell (Sportcoach) vorgeschlagen.

Brauchen wir geschlechtsspezifische Formen der Prävention depressiver Störungen?¹

Bernd Röhrle

Diese Frage stellt sich auf dem Hintergrund folgender Tatsachen und Überlegungen: Die Zahl der depressiven Erkrankungen ist bei Mädchen und Frauen wenigstens doppelt so hoch. Das wird über verschiedene Altersgruppen mit erheblicher Variation in internationale Studien aufgezeigt (vgl. Costello & Angold, 2011; Hankin & Abramson, 1999; Inaba et al., 2005; Kessler, 2000, 2006; Kühner, 2001; 2003a; Luppá et al., 2012; Van de Velde, Bracke & Levecque 2010; Wade, Cairney & Pevalin, 2002). Die Variation ist neben möglichen kulturellen Einflüssen, zudem auch durch Merkmale wie sozioökonomische Verhältnisse und Kinderzahl zu verdanken.

Nach Daten des Bundesgesundheitsurvey von 1998 wird die Genderspezifität weitgehend auch für die BRD berichtet: Innerhalb eines Jahres sind Frauen mit 14 % in allen Altersgruppen deutlicher als Männer (8 %) betroffen (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Der Geschlechtsunterschied ist allerdings in der jüngsten Altersgruppe weniger ausgeprägt (12 % vs. 8 %) als in den älteren Kohorten. Dieses Ergebnis wird auch die neuesten Daten des Robert-Koch-Institutes im Rahmen der

¹ Grundet auf einem Vortrag zum Tagungsthema „**Depression zwischen Frauenkrankheit und Männerkrise**“ - „**Bündnis gegen Depression Münster**“ Freitag, den 07.12.2012

DEGS-Studie (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) bestätigt (vgl. Hapke, Maske, Busch, Schlack & Scheidt-Nave 2012).

Die allgemeine epidemiologische Bedrohlichkeit depressiver Erkrankungen, wonach sie in 2020 zusammen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (beide eng zusammenhängend) Rangplatz 2 bzw. 1 einnehmen, nimmt dabei latent Einfluss auf die Handlungsdruck erzeugende Befundlage wie sie sich im Zusammenhang mit den genderspezifischen Ratios ergibt (vgl. Murray & Lopez, 1996). Es ist aber nicht allein die auffällige genderspezifische Zahl an sich, welche den Blick auf mögliche angepasste Interventionen, also auch präventive Maßnahmen, lenkt, sondern die damit zusammenhängende Frage, ob sich diese Maßnahmen von genderspezifischen Ursachen gestalten lassen können. Mit einhergeht die Frage, ob sich die genderspezifischen epidemiologischen Unterschiede nicht auch auf methodische Artefakte wie epidemiologische Über- oder Unterschätzungen, bedingt durch unterschiedliches Hilfesuchverhalten und geschlechtsspezifische Sensitivität der diagnostischen Instrumente (vgl. z.B. van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp & van Leuven, 2012).

Aber selbst bei Berücksichtigung dieser Aspekte ist der reale epidemiologische Unterschied bei Depressionen zwischen den Geschlechtern nach Ansicht der Experten nicht zu negieren. Dennoch bleibt eine wesentlich Unbekannte bestehen, nämlich die Frage, ob gängige Klassifikationssysteme mögliche spezifische männliche Formen der Depression mit Neigungen zur Gereiztheit, niedrige Impulskontrolle, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität und sozial unangepasstes Verhalten, generelle Unzufriedenheit mit sich selbst und anderen, mit komorbiden Neigungen zu Sucht zu wenig erfassen können und es somit vielleicht doch zu einer Unterschätzung männlicher Depressionen kommt (Karger, 2012; Möller-Leimkühler, 2010; Möller-Leimkühler, Paulus & Heller, 2007; Teuber, 2011).

Bis dies geklärt ist bleibt die genderspezifische Gestaltung präventiver Programme besonders deshalb so wichtig, weil die Wirksamkeit von Programmen zur Vorbeugung von Depression, insbesondere von entsprechenden Inzidenzraten noch sehr wenig überzeugend ist. In Meta-Analysen schwanken die Effektstärken bei nicht nach Arten der Prävention unterschiedenen Studien zwischen $d = .18$ und $.30$ (Brunwasser, Gillham & Kim, 2009; Cuijpers, Van Straten & Smit, 2005; Jane-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson, 2003; Merry, McDowell, Hetrick, Bir & Muller, 2004; Stice, Shaw, Bohon & Marti, 2010).

Die Ergebnisse sind nicht viel überzeugender, wenn man sich die meta-analytischen Ergebnisse verschiedener Altersgruppen betrachtet: Bei älteren Menschen werden Effektstärken in Höhe von $.17$ (Forsman, Schierenbeck & Wahlbeck, 2011) und bei Kindern und Jugendlichen gar nur von $.11$ (Horowitz & Garber, 2006) erreicht. Allein bei Studien zu indizierten oder selektiven Prävention depressiver Erkrankungen wurden bessere Ergebnisse erzielt. Sie erreichen Werte bis zu $d = .42$ (Cuijpers, Smit & van Straten, 2007), bei Kindern und Jugendlichen bis $d = .30$ (Horowitz & Garber, 2006). Meta-Analysen zu Ergebnissen spezifischer Vorgehensweisen berichten zwar deutlich höhere Effekte wie z.B. beim „Coping with Depression Course“. Hier werden Prä-Post-Effektstärken bis zu $d = 1.45$ berichtet (Kühner, 2003b). Jedoch erwiesen sich diese Ergebnisse in Re-Analysen nicht stabil und sie sind zudem dem Vorwurf von Allegiance-Effekten ausgesetzt (Cuijpers, Munoz, Clarke & Lewinsohn, 2009). Gegenüber der allgemeinen Ergebnislage sind auch meta-analytische Ergebnisse auffällig, wonach reine körperliche Betätigung (Sport) zu Werten bis zu $.66$ geführt haben sollen (Larun, Nordheim, Ekeland, Hagen & Heian, 2006). Ähnlich auch bei positiv psychologischen Präventionsmaßnahmen wie z.B. Dankbarkeitstrainings mit Werten von $d = .54$ (Sin & Lyubomirsky, 2009).

Ungeachtet der möglichen Ursachen für die sehr unterschiedlichen Effektstärken überwiegen die eher bescheidenen Ergebnisse der präventiven Depressionsansätze. Die allgemeine Ergebnislage ist deshalb so enttäuschend, weil sich die Anzeichen mehren, wonach sich die an sich günstig entwickelnden Behandlungsangebote (beachtliche Wirksamkeit der Behandlungsmethoden, verbesserte diagnostische Praktiken, deutlich erhöhte Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten) kaum auf die ungünstige Entwicklung wahrer Prävalenzraten auswirken (Bramesfeld, 2007; Deutsche Angestellte Krankenkassen, 2005; Grobe, Bramesfeld & Schwartz, 2006; Wittchen et al., 2011).

Eine der möglichen Schlussfolgerungen bei Versuchen höhere Effektstärken zu bewirken, ist nicht nur die Konzentration auf Gruppen, die helfen Boden- oder Dacheffekte zu vermeiden, sondern analog zur Psychotherapieforschung, differentielle Effekte im Sinne einer adaptiven Indikation zu nutzen. Diese Überlegungen haben in der Tat schon in der Behandlungsforschung bei Depressionen ein Rolle gespielt; und dies mit eher nicht eindeutigen Resultaten (Grigoriadis & Robinson, 2007; Parker, Blanch & Crawford, 2011; Scheibe, Preuschhof, Cristi & Bagby, 2003; Sinha & Rush, 2006). Es stellt sich also die Frage, welche genderspezifischen Betrachtungsweisen depressiver Störungen zu neuen Vorgehensweisen geraten haben und welche noch denkbar sind.

Genderspezifische Ansatzpunkte

Die schon sehr früh entdeckten genderspezifischen epidemiologischen Eigenschaften von unipolar depressiven Erkrankungen haben auch schon seit langem zu einer intensiven Suche nach den ätiologischen Hintergründen geführt (Weissman & Klerman, 1985). Im Mittelpunkt stand dabei immer die Frage, ob biologische Bedingungen oder psychosoziale oder ihre Interaktion für den epidemiologischen Geschlechterunterschied verantwortlich gemacht werden kann. Dabei ist festzustellen, dass in Hinsicht auf eine geschlechtsspezifische genetisch bedingte Verursachung unipolare depressiver Erkrankungen, die Befundlage als zumindest inkonsistent zu gelten hat. Die Entdeckung von Kandidatengen (CREB1), begründen seit einiger Zeit die Annahme, wonach eine genetische Veranlagung anzunehmen ist, welche mit Östrogenrezeptoren interagiert, aber auch depressionsspezifische Merkmale der Neuroplastizität und des Langzeitgedächtnisses beeinflusst. (Nolen-Hoeksema, 2006). Auch von einfachen direkten Beziehungen zwischen hormonellen Veränderungen (insbesondere Östrogen, Progesteron), wie sie im Zusammenhang mit Menarche, prämenstruellem Syndrom, Schwangerschaft bzw. Geburt und Klimakterium auftreten, wird nicht ausgegangen. Zwar deutet sich an, dass Frauen im Übergang zur Menopause eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, depressive Symptome zu entwickeln, doch auch hier werden zusätzliche Zusammenhänge u.a. auch zu einer genetischen Veranlagung für depressive Erkrankungen angenommen. Diese wird mit einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Stressoren in Verbindung gebracht. Gleiches gilt für die beim weiblichen Geschlecht nachgewiesene erhöhte HPA-Aktivität, also Stressreagibilität, die besonders bei älteren Frauen deutlich wird und die auch mit den angesprochen hormonellen Veränderungen im Zusammenhang stehen kann (z.B. Gotlib, Joormann, Minor & Hallmayer, 2008; Waugh, Muhtadie, Thompson, Joormann & Gotlib, 2012). Auch strukturelle anatomische oder neurale Besonderheiten, wie ein verkleinerter Hippocampus und stressbedingte präfrontale Aktivitäten sind dabei beteiligt (z.B. Chen, Hamilton & Gotlib, 2010; Joormann, Cooney, Henry & Gotlib, 2012). Ein weiterer geschlechtsspezifischer soziobiologischer Risikofaktor ist die Frühreife von Mädchen und die Spätreife von Jungen (Kessler, 2006; Negriff, 2011). Letztlich werden diese biologischen Hintergründe mit einer ungünstigen Neurotransmitteraktivität ins besondere von Serotonin aber auch Noradrenalin in Verbindung gebracht (vgl. insgesamt Cyranowski & Frank, 2006; Gilham & Chaplin, 2011; Korszun, Altemus & Young, 2006; Mendelson & Muñoz, 2006; Mezulis, Hyde, Simonson & Charbonneau, 2011; Nolen-Hoeksema, 2006; Penninx, 2006; Somerset, Newport, Ragan & Stowe, 2006; Zavos, Gregory, Lau & Eley, 2011).

Alles in allem ergeben sich aus dieser Ergebnislage zu den biologischen Hintergründen genderspezifisch geprägter depressiver Erkrankungen in Hinsicht auf mögliche Ansatzpunkte für präventive Bemühungen wenige Ansatzpunkte. Sie erinnern uns nur, dass komplexe biologische Zusammenhänge zu einer erhöhten Vulnerabilität führen. So werden biologische Erklärungsversuche im Sinne einer biologischen Verletzlichkeit erst im Zusammenspiel mit psychosozialen Faktoren überhaupt für die Gestaltung entsprechender präventiver Programmen erst bedeutsam.

Zu den für das weibliche Geschlecht bedeutsamen, empirisch belegten psychosozialen Risikofaktoren zählen Überlastungen, wie sie mit verschiedenen Lebensereignissen und Lebenssituationen einhergehen. Hinzukommen dispositionelle Merkmale, welche die Verletzlichkeit des weiblichen Geschlechtes unterstreichen (vgl. Abb. 1). Sozialisationserfahrungen, wie Traumata (etwa bedingt durch sexuellen Missbrauch), kritische Lebensereignisse (insbesondere Verlusterlebnisse), elterli-

che psychische Störungen bzw. Depressionen Benachteiligungen (z.B. durch Arbeitsplatzunsicherheiten, Deprivation Alleinerziehender), Ungerechtigkeiten, Diskriminierungen, Überforderungen durch gesellschaftlich vorgegebene Rollenerwartungen und internalisierte soziale Verpflichtungen, dies alles wurde nachweislich als Risikofaktoren erkannt, von denen das weibliche Geschlecht in besonderer Weise betroffen ist und die sich über die geschilderten biologischen Zusammenhänge auf die Entstehung depressiver Erkrankungen auswirken können. Dies ist insbesondere auch dann der Fall, wenn zugleich ein Mangel an sozialer Unterstützung und damit ein Defizit an Möglichkeiten gegeben ist, Stressoren in ihrer Wirkung abzumildern. Man nimmt aber auch an, dass sich solche Stressoren über psychologische Mechanismen vermitteln. Dazu gehört vor allem die Neigung zum Rumination (evtl. auch zu negativistischen Attributionsstilen), eine Handlungstendenz, welche die Wirkung von Stressoren aufrechterhält oder sogar noch verstärkt (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). Solche sich selbstverstärkenden Prozesse finden sich auch in Form daraus resultierender weiterer kritischer Lebensereignisse (Frauen berichten vergleichsweise mehr über solche Ereignisse). Sie werden verstärkt durch Versagenserlebnissen im Bereich von Fürsorgezielen; insbesondere in Hinsicht auf Erziehungsaufgaben depressiv werdender Mütter. Die Bedeutung dispositioneller Merkmale, wie interpersonelle Dependenz oder eine verstärkte interpersonelle Orientierung, für die Entstehung unipolare Depressionen beim weiblichen Geschlecht wird zwar in Frage gestellt, dürfte aber doch wenigstens als distaler Faktor Einfluss auf die Wirkung interpersoneller Stressoren nehmen (Sanathara, Gardner, Prescott & Kendler, 2003). Das unspezifische Merkmal des beim weiblichen Geschlecht erhöhten Neurotizismus kann man auch als das psychologische Abbild einer erhöhten Stressreagibilität oder auch erhöhter Neigung zu negativer Affektivität begreifen (Goodwin & Gotlib, 2004). Es ist zu vermuten, dass das auch beim weiblichen Geschlecht vergleichsweise stärker geminderte Selbstwert- und Selbstsicherheitsgefühl insbesondere mit einer wahrgenommenen geringen Attraktivität und damit wieder mit der Bedrohung von Fürsorge- und Bindungszielen einhergeht (Cambron, Acitelli & Pettit, 2009).

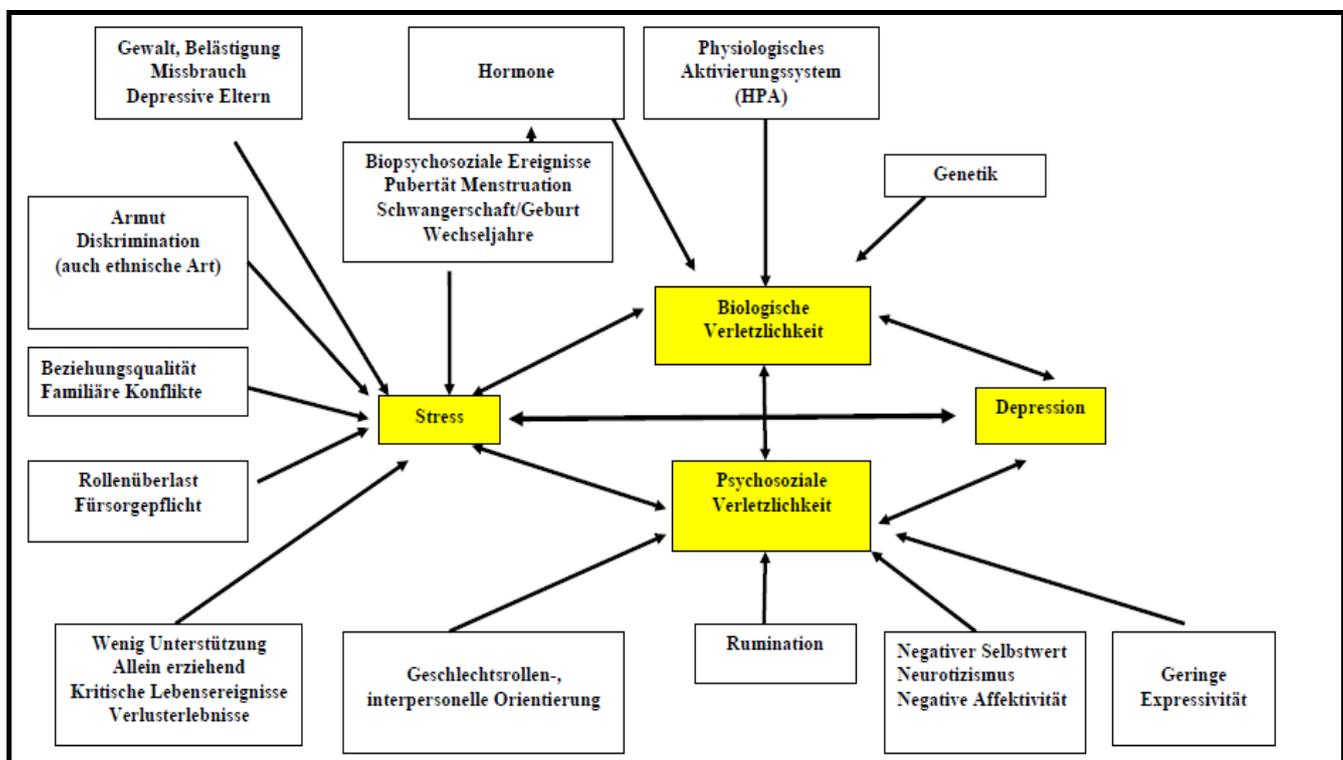


Abbildung 1: Genderspezifische Risikofaktoren für unipolare Depressionen (nach Hyde, Mezulis & Abramson, 2008; Mezulis, Hyde, Simonson & Charbonneau, 2011; Nolen-Hoeksema, 2006; Teuber, 2011, Piccinelli & Wilkinson, 2000)

Betrachtet man die eigentlich nicht für Frauen spezifische Form der postnatalen Depression, so kann man feststellen, dass im Prinzip auch hier die die genannten Risikofaktoren ein Rolle spielen, wenngleich die Inhalte sich ein wenig spezifisch ausmachen. Für post-natale Depressionen, die erst in letzter Zeit auch für Männer in den Mittelpunkt des Interesses gerückt sind, überwiegen frauen-spezifische Erkenntnisse in Hinsicht auf mögliche Risikofaktoren, die über die allgemeinen darge-stellten hinaus gehen. Dazu gehören Stressoren wie Probleme mit der Schwangerschaft und ambiva-lente Rollenerwartungen in Bezug auf die Elternschaft (Wylie, Hollons Martin, Marland, Martin & Rankin, 2011).

Ein mögliches gemeinsames Moment über all diese angesprochenen „weiblichen“ Risiken, ist die schon angesprochene, evolutionär angelegte Fürsorgeorientierung. Mit ihr lässt sich vor allem die Bedeutung von Rollenüberlast und ungünstige soziale Unterstützungsbedingungen in den Vorder-ground rücken, Sie alle beschreiben Merkmale, wie sie für die Entwicklung soziotroper Depressionen von Bedeutung sind (Coyne & Whiffen, 1995). Selbst die Neigung zur Rumination und geringer Expressivität kann man als sozial schonendes Rückzugsverhalten deuten. Da es bislang an Studien fehlt, welche spezielle männliche Risiken in den Mittelpunkt stellen können, bleibt es Spekulation, ob gerade Überlasten des männlichen Rollenauftrages entsprechend der Kongruenzthese eher zu autonomen Depressionen führen (Versagen von Leistungszielen).

Genderspezifische Ansätze zur Prävention von Depression

Nutzt man die dargestellten Kenntnisse zu genderspezifischen Risiken depressiv zu erkranken, so muss man zunächst festhalten, dass es sich dabei eigentlich fast nur überwiegend um solche handeln kann, die beim weiblichen Geschlecht erkannt wurden. In der Tat wird sich im folgende zeigen, dass man kaum über Ansätze berichten kann, die speziell auf männliche Personen ausgerichtet sind; schon gar nicht über solche, welche die möglichen Spezifika männlicher Depressionen im Auge haben. Es lassen sich folgende Ansätze unterscheiden (Garber & Downs, 2011; Gillham & Chaplin, 2011; Sinha & Rush, 2006; Mendelson & Munoz, 2006):

- a) Überprüfung geschlechtstypischer Wirksamkeiten in koedukativen Programmen
- b) Geschlechtsgruppenhomogene Interventionen
- c) Koedukative versus geschlechtsgruppenspezifische Vorgehensweisen
- d) Spezifisch für weibliche Personen entwickelte Ansätze
- e) Komorbiditätsaspekte berücksichtigende Interventionen

Bei geschlechtsgruppenspezifischen Vorgehensweisen wird davon ausgegangen, dass gerade weib-liche Defizite und Risiken, wie der Mangel an Durchsetzungsfähigkeit und auch geschlechtsrollen-spezifische Themen, wie Attraktivität, kompensiert werden können und deshalb deutlichere Präven-tionseffekte zu zeitigen sind, als bei koedukativen Gruppen. Dabei steht aber zunächst nicht die Absicht im Vordergrund, inhaltlich andersartig gestaltete Programme anzubieten. Vielmehr unter-scheiden sich die Programme in ihren Inhalten bei genderhomogenen oder koedukativen Gruppen kaum. Möglicherweise sind deshalb die Ergebnisse hierzu einigermaßen ernüchternd, wie zu zeigen sein wird (Garber & Downs, 2011):

Überprüfung geschlechtstypischer Wirksamkeiten in koedukativen Programmen

Beschränkt man sich zunächst auf die deskriptiven Ergebnisse von Übersichtsarbeiten zur Frage, ob entwickelte Programme zur Prävention depressiver Erkrankungen, so ist festzustellen, dass diffe-renzielle Effekte bezogen auf die Geschlechtsgruppenzugehörigkeit in koedukativen Programmen inkonsistent sind. Neun Studien zeigen eine Überlegenheit bei männlichen Probanden, bei denen allerdings die Ausgangswerte änderungsfähiger sind. In zwölf Studien sind weibliche Probanden erfolgreicher und in elf Studien werden keinerlei Unterschiede festgestellt. Meta-analytische Ergeb-nisse, allerdings nur bezogen auf eine bestimmte Programmart (Penn Resiliency Programm-PRP), können keine Unterschiede nachweisen (Brunwasser et al., 2009). Nicht programmspezifische Me-ta-Analysen kommen nach Ausschluss von Studierendengruppen zum Schluss, dass keine ge-schlechtsgruppenspezifische Überlegenheit der Präventionsprogramme nachzuweisen war. Nur bei

selektiv angelegten Programmen zeigt sich eine gewisse Stabilität des höheren Erfolgs bei männlichen Probanden nach sechs Monaten (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1 Geschlechtsspezifische Wirkungen von Depressionspräventionsprogrammen			
Universell/ Selektiv	Effektstärke post	Effektstärke 6 Monate	k
♀	.18	.09	23
♂	.19	.18	19
Selektiv			
♀	.20	.07	14
♂	.13	.21	12

K= Zahl der Studien

Geschlechtsgruppenhomogene Interventionen

In nur wenigen Studien wurden solche homogene Gruppen untersucht und dabei festgestellt, dass weibliche Probanden nur teilweise mehr von den Programmen profitierten, die aber nicht geschlechtsspezifisch ausgestaltet wurden (Pössel, Baldus, Horn, Groen & Hautzinger, 2005; Pössel, Horn, Hautzinger & Groen, 2004; Pössel, Seemann & Hautzinger, 2008)

Koedukative versus geschlechtsgruppenspezifische Vorgehensweisen

In einer Studie von Chaplin et al. (2006) ließ sich eine Überlegenheit einer reinen Mädchengruppe gegenüber koedukativen Vorgehensweisen nachweisen insbesondere was das Merkmal der Hoffnungslosigkeit anbelangte.

Spezifisch für weibliche Personen entwickelte Ansätze

Bei den speziell für Mädchen und Frauen entwickelten Programmen sind folgende zentrale Vorgehensweisen erkennbar: Der Einsatz von Unterstützungsgruppen soll entsprechende Defizite ausgleichen helfen. Interpersonell angelegte Interventionen, die an sich auch bei den allgemeinen Programmen im Kontext von sozialen Fertigkeitstrainings angelegt sind, sollen der soziotropen Neigung entgegenkommen. Es bleibt zu vermuten, dass die klassischen kognitiven Umstrukturierungstechniken, die auch allgemein üblich sind, etwas den Ruminationen entgegen setzen sollen. Ressourcenorientierte Vorgehensweisen sollen die Neigung zur Selbstabwertung bekämpfen helfen. Die Vermittlung von Stressbewältigungstechniken und stressorspezifische Beratungen (auch mit trainierten Laien und Hausbesuchern) richten sich gegen die besonderen Belastungen etwa von sozial benachteiligten Frauen und berücksichtigen dabei möglicherweise die erhöhte weibliche Stressreagibilität.

Im Rahmen der speziellen Prävention von post-natalen Depressionen spielen darüber hinaus Klärungen der Elternrolle (auch mittel Problemlösetraining), Debriefings nach der Geburt und Maßnahmen zur Minderung des elterlichen Stresses durch, interpersonelle Psychotherapie, Paarberatung, Sensitivitätstraining zur Verbesserung der Interaktion mit dem Kind und stützende Angebote im Rahmen von Hausbesuchen durch professionelle Helfer oder geschulte Laien eine Rolle (Brugha, Morrell, Slade & Walters, 2011; Mendelson & Muñoz, 2006). Allerdings sind diese Vorgehensweisen im Lichte meta-analytischer Betrachtungsweisen noch stark entwicklungsbedürftig. Über fünfzehn Studien hinweg errechnete Dennis (2005) eine Effektstärke $RR = .76$ (entspricht in etwa einem d von $.14$).

Vielfach ist es schwer, bei den Programmen, die von sich beanspruchen, sie seien geschlechtsspezifisch gestaltet, diese Spezifität tatsächlich auszumachen. Beispielsweise boten Peden, Rayens und Hall (2005) sozial benachteiligten, ledigen Müttern ein sechstündiges Programm an, das folgende Komponenten umfasste: Kennenlernen wie Kognitionen depressive Stimmungen produzieren, Erlernen einer kognitiven Stoptechnik zur Kontrolle depressogener Gedanken, Entspannungstraining, Techniken der Selbstbestätigung und Umsetzen des Gelernten in konkretes

Verhalten. Diese nicht sehr spezifisch für Frauen anmutenden Interventionen führten in einer kontrollierten Studie zur Minderung negativistischen Denkens bzw. Anderer depressiver Symptome und zur Abnahme chronischer Stressoren; und dies auch nach 12 Monaten .

Kaum einschlägiger wirkt das von Gillham und Chaplin (2011) vorgestellte Programm ” Girl’s Penn Resiliency Prevention and the Girls in Transition Program”. Im Kontext zu vier Einheiten (Denkfertigkeiten, Problemlösen und Coping, Umgang mit Medien, Zukunftsplanung) tauchen innerhalb von 12 Sitzungen einige sehr spezifisch wirkende Momente auf, wenn etwa der Umgang mit weiblichen Idealbildern trainiert wird (vgl. Chaplin et al. 2006).

Vierzehn Programme dieser Art, allerdings beschränkt auf sozial benachteiligte Frauen, sind von van der Waerden, Hoefnagels und & Hosman (2011) meta-analysiert worden . Sie berichten über eine mittlere Effektstärke von $g = .31$. Dabei wurde der erstaunliche Befund gezeitigt, dass entsprechende, durch trainierte Laien oder Schwestern erbrachte Angebote, höher Wirkungen erzeugten ($g = .48$) als die von professionellen Helfern ($g = .19$). Erfreulich war außerdem, dass die Werte nach 12 Monaten besser waren als die nach sechs Monaten.

Komorbiditätsaspekte berücksichtigende Interventionen

In der zuletzt vorgestellten Studie deutet sich an, dass damit auch zentrale Risikofaktoren anderer Störungen, nämlich von Essstörungen, bekämpft werden. Dieser Gedanke ist auch im Sinne eines Depressionspräventionsprogramms gegen sekundäre Störungen mehr wie naheliegend. Bearman, Stice und Chase (2003) haben diese Idee aufgegriffen und ein Präventionsprogramm gegen Depression und Bulimie entwickelt. Dabei wurde u.a. auch das Thema Körperunzufriedenheit mit Hilfe von kognitiven und Reizkonfrontationsmethoden behandelt. In einer Kontrollierten Studie dazu wurde festgestellt, dass sich mit diesen Maßnahmen sowohl Körperunzufriedenheit (diese konstant), andere bulimische Symptome und Depressivität (nicht in der Nachuntersuchung) senken ließen. Das deutschsprachige Programm Go versucht Depressionen und Angststörungen mit edukativen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken vorzubeugen. Hier sind zwar keine geschlechtsrollenspezifische Momente in hervorgehobener Weise erkennbar, jedoch ließen sich differentielle Effekte in Hinsicht auf den Abbau dysfunktionaler Gedanken nachweisen (Junge, Neumer, Manz & Margraf, 2002; Manz, Junge & Margraf, 2001). Entsprechend solcher Erkenntnisse schlagen Clarke, DeBare und Yarborough (2011) vor, ähnlich auch bei Obesitas und Schlafstörungen zu verfahren, weil auch hier hohe Komorbiditäten zu depressiven Störungen ausgemacht wurden.

Was ist zu kurz gekommen

Die eingangs erhoffte Besserung der Ergebnisse zur Prävention von depressiven Erkrankungen durch geschlechtsspezifische Vorgehensweisen haben die dargestellten Studien und insbesondere Meta-Analysen nicht erbracht. Damit auch mögliche Boden- oder Dacheffekte und auch das Grundratenproblem umgehen zu können, wäre irrational. Auch die Erkenntnisse, wonach man kaum von genderspezifischen Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ausgehen kann, hätten davor warnen können (Müller-Leimkühler, 2010; Schneider, Zobel, Härter, Kech, Berger & Schramm, 2008). Dennoch mag man die Frage stellen, ob nicht doch noch mehr an Varianz aufzuklären wäre, wenn man konsequent Programme entwickelt, die alle bekannten geschlechtsspezifischen Risikofaktoren berücksichtigen. Denn legt man die Erkenntnisse zu den möglichen geschlechtsspezifischen Risiken als Folie über die berichteten präventiven Ansätze, so lassen sich zahlreiche Auslassungen und damit Entwicklungsmöglichkeiten genderspezifischer Programme zur Vermeidung von unipolaren Depressionen ausmachen.

Dazu gehört vor allem zunächst auch der Versuch, sich um die Spezifika von männlichen Depressionen zu bemühen. Auch hier werden die grundsätzlichen Vorgehensweisen der Programme zur Vorbeugung depressiver Erkrankungen angewandt werden können. Hinzu kommen könnten aber zusätzliche Module, die sich mit rollenspezifischen Versagenserlebnissen beschäftigen, welche nicht aggressive, nicht Drogen nutzende und dafür andere Emotionsregulationen möglich machen. Sie sollten dabei auch die Inanspruchnahme von Hilfe im Vorfeld depressiver Erkrankungen im Kontext sozial sensitiven Verhaltens stärken (vgl. Möller-Leimkühler, 2010).

Ansonsten liegt es nahe, neben den edukativen Inhalten zur Bedeutung depressogener Kognitionen und rollenspezifischer Stressoren auch über die biologischen Zusammenhänge gerade auch im Übergang zu Lebensereignissen, wie Menarche, Schwangerschaft bzw. Geburt und auch Klimakterium, aber auch über die besondere Stressreagibilität des weiblichen Geschlechts zu informieren. Auch speziell Vorgehensweisen der Interpersonellen Therapie dürften für diese, aber auch andere Übergänge, von Vorteil sein, wie erste Studien nahelegen (Young, Mufson & Davies, 2006; Young & Mufson, 2008). In den Mittelpunkt könnten auch Interventionen treten, die nicht nur einfach Selbstsicherheit stärken, sondern die Beiträge zur Stärkung von Autonomie leisten; und dies insbesondere auch im Zusammenhang von sexueller Belästigung und anderen diskriminierenden Ereignissen. Die üblicherweise in Depressionspräventionsprogrammen angebotenen Trainings sozialer Fertigkeiten sollten sich mit Methoden zur Stärkung der Expressivität beschäftigen, wie sie z.B. von der emotiven Therapie bereit gestellt werden. Durch den Einbezug von Partnern wäre auch ein Beitrag zur Minimierung von Beziehungsstress und auch von Co-Ruminationen denkbar (McLaughlin, K. & Nolen-Hoeksema, 2011). Gerade auch die dabei aufkommenden Fragen einer zu starken interpersonellen Orientierung und die damit einhergehenden Stressoren (Stress of Caring) könnten dabei thematisiert werden. Liegen Verlusterlebnisse vor, so liegt es nahe, auch auf diese im Rahmen von Methoden zur Traumaverarbeitung (in der Regel durch Reizkonfrontationen) einzugehen. Nicht zuletzt wäre es auf Grund der Befundlage zu genderspezifischen selektiven Präventionsprogrammen empfehlenswert, Screenings einzusetzen, um gezielter Interventionen anbieten zu können (Seeley, Stice & Rohde, 2009).

Neben solchen individuenzentrierten Maßnahmen ist daran zu erinnern, dass es auch gilt, jene Verhältnisse zu ändern, welche die geschlechtsspezifischen Risikofaktoren auf der Ebene von sozialen Netzwerken, Organisationen und Gesellschaft mitbedingen. Um einige davon zu nennen: Zerfall von Gemeinschaften (z.B. Partnerschaften), soziale Exklusionen (z.B. von sozial benachteiligten Alleinerziehenden), Autonomie schädigende Systeme (fehlende partizipative Möglichkeiten), mangelnde auch materielle Unterstützung in prekären Lebenslagen, Diskrimination (z.B. sexuelle Objektreduktion von Frauen, Ungleichbehandlung in der Arbeitswelt und dem Arbeitsmarkt, zwischen den Kulturen) und bezogen auf Männer: Hinterfragen der Leistungsziele auf dem Hintergrund sich verlierender normativer Systeme (Ehrenberg, 2004, 2007). Die Prävention von depressiven Erkrankungen in diesem Sinne richtet sich dabei auch gegen Missstände, die auch für andere psychische Störungen relevant sind. Sie hat es eben nicht nur mit der Modifikation falschen Denkens zu tun, sondern mit dem Versuch, die Welt zu verbessern.

Literaturhinweise

- Bearman, S. K., Stice, E. & Chase A. (2003). Evaluation of an intervention targeting both depressive and bulimic pathology: A randomized prevention trial. *Behavior Therapy*, 34, 277-293.
- Bramesfeld, A. (2007). Volkskrankheit Depression: Mehr als nur ein Problem der Gesundheitsversorgung. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 913- 920.
- Brugha, T. S., Morrell, C. J., Slade, P. & Walters, S. J. (2011). Universal prevention of depression in women postnatally: Cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*. 41(4), 739-748.
- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E. & Kim E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1042–1054.
- Cambron, M. J., Acitelli, L. K. & Pettit, J. W. (2009). Explaining gender differences in depression: An interpersonal contingent self-esteem perspective. *Sex Roles*, 61(11-12), 751-761.
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K., Elkon, A. G. L., Samuels, B., Freres, D. R., Winder, B. & Seligman, M. E. P. (2006). Depression prevention for early adolescent girls: A pilot study of all-girls versus co-ed groups. *Journal of Early Adolescence*, 26, 110-126.
- Chen, M. C., Hamilton, J. P. & Gotlib, I. H. (2010). Decreased hippocampal volume in healthy girls at risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 270-276.
- Clarke, G., DeBare, L. & Yarborough, B. J. (2011). Primary prevention of secondary depression: indirect prevention of depression in girls by treating or preventing primary obesity or insomnia. In T. J.

- Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 235-274). New York: Guilford.
- Costello, E. J. & Angold, A. (2011). Contributions from epidemiology. In T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 25-34). New York: Guilford.
- Coyne, J. C. & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, *118*, 358-378.
- Cuijpers, P., Munoz, R. F., Clarke, G. N. & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, *29*, 449–458.
- Cuijpers, P., Smit, F. & van Straten, A. (2007) Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*, 434–441.
- Cuijpers, P., Van Straten, A. & Smit, F. (2005). Preventing the Incidence of New Cases of Mental Disorders: A Meta-Analytic Review. *Journal of Nervous and Mental Disease.*, *93*(2), 119-125
- Cyranowski, J. M. & Frank, E. (2006). Targeting populations of woman for prevention and treatment of depression. In C. M. Mazure & G. P. Keita (Eds.), *Understanding depression in woman. Applying empirical research to practice and policy*. (pp.71-112). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dennis, C. L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: A Systematic review. *British Medical Journal*, *331*, 15-23.
- DeRose, L. M., Wright, A, J. & Brooks-Gunn, J. (2006). Does puberty account for the gender differential in depression. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Woman and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 89-128). New York: Cambridge University Press.
- Deutsche Angestellte Krankenkassen. (2005). *Der DAK Gesundheitsreport 2005*. Hamburg: IGES.
- Ehrenberg, A. (2004). *Das erschöpfte Selbst - Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Ehrenberg, A. (2007). Gesellschaftlicher Kontext. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F. W. Schwartz (Hrsg.), *Volkkrankheit Depression?* (S. 123-138). Heidelberg: Springer.
- Forsman, A.K., Schierenbeck, I. & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, *23*(3), 387– 416.
- Garber, J. & Downs, L. E. (2011). Prevention of depression in youth. Sex differences in effects. In T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 193-234). New York: Guilford.
- Gillham, J. E. & Chaplin, T. M. (2011). Preventing girls‘ depression during the transition to adolescence. In T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 275-317). New York: Guilford.
- Goodwin, R. D. & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research*, *126*(2), 135-142.
- Gotlib, I. H., Joormann, J., Minor, K. L. & Hallmayer, J. (2008). HPA axis reactivity: A mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Biological Psychiatry*, *63*(9), 847-851.
- Grigoriadis, S. & Robinson, G. E. (2007). Gender issues in depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, *19*(4), 247-255.
- Grobe, T.G., Bramesfeld, A. & Schwartz, F.-W. (2006). Versorgungsgeschehen. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F.-W. Schwartz (Hrsg.), *Volkkrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. (S. 39-98). Springer: Berlin, Heidelberg.
- Hankin, B. L. & Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Annual Medicine*, *32*(6), 372-379.
- Hapke, U., Maske, U., Busch, M., Schlack, R. & Scheidt-Nave, C. (2012). *Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out Wie belastet sind wir ?* DEGS-Symposium 14.6.12RKI Berlin (download 15.12.12.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_stress_depressionen_burnout.pdf?__blob=publicationFile).
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74* (3), 401–415.

- Hyde, J. S., Mezulis, A. H. & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313.
- Inaba, A., Thoits, P. A., Ueno, K., Gove, W. R., Evenson, R. J. & Sloan, M. (2005). Depression in the United States and Japan: Gender, marital status, and SES patterns. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2280-2292.
- Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Joormann, J., Cooney, R. E., Henry, M. L. & Gotlib, I. H. (2012). Neural correlates of automatic mood regulation in girls at high risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 61-72.
- Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus GO: Trainingsprogramm für Jugendliche*. Weinheim: Beltz.
- Karger, A. (2012). Sind Männer anders depressiv? *Ärztliche Psychotherapie*, 7(4), 224-229.
- Kessler, R. C. (2000). Gender differences in major depression: Epidemiological findings. In E. Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology*. (pp. 22-37). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Kessler, R. C. (2006). The epidemiology of depression among woman. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Woman and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 22-37). New York: Cambridge University Press.
- Korszun, A., Altemus, M. & Young, E. A. (2006). The biological underpinnings of depression. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Woman and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 41-61). New York: Cambridge University Press.
- Kühner, C. (2001). Affektive Störungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau*. (S. 165-208). Göttingen: Hogrefe.
- Kühner, C. (2003a). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.
- Kühner, C. (2003b). Das Gruppenprogramm „Depression bewältigen“ und seine Varianten – eine aktualisierte Meta-Analyse. *Verhaltenstherapie*, 13, 254-262
- Larun, L., Nordheim, L. V., Ekeland, E., Hagen, K. B. & Heian, F. (2006). Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3*. Art. No.: CD004691. DOI: 10.1002/14651858.CD004691.pub2.
- Lucht, M., Schaub, R.T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Bartels, T., Houwald, J. von, Barnow, S., Freyberger, H. J., Dilling, H. & John, U. (2003). Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders*, 77(3), 203-211.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 212–221.
- Manz, R., Junge, J. & Margraf, J. (2001). Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen – Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 168-179.
- McLaughlin, K. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). The role of rumination in promoting and preventing depression in adolescent girls. In T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 112-129). New York: Guilford.
- Mendelson T. & Muñoz, R. F. (2006). Prevention of depression in woman. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Woman and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 450-478). New York: Cambridge University Press.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J. & Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2*. Art. No.: CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub2.
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., Simonson, J. & Charbonneau, A. M. (2011). Integrative affective, biological, and cognitive vulnerability modelst o explain the gender difference in depression . The ABC model and its implications for intervention. In T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 64-96). New York: Guilford.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2010). DFP: Depression bei Männern: Eine Einführung. *Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie*, 11 (3), 11-20. Möller-Leimkühler, A. M., Paulus, N.-C. & Heller, J. (2007). „Male depression“ in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. *Der Nervenarzt*, 78(6), 641-650.

- Murray, C. I. L. & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard School of Public Health, WHO, World Bank.
- Negriff, S. (2011). Pubertal timing, depression, and externalizing problems: A framework, review, and examination of gender differences. *Journal of Research on Adolescence, 21*(3), 717-746.
- Nolen-Hoeksema S. & Girgus J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443
- Nolen-Hoeksema, S. (2006). The etiology of gender differences in depression. In C. M. Mazure & G. P. Keita (Eds.), *Understanding depression in woman. Applying empirical research to practice and policy*. (pp.9-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Parker, G., Blanch, B. & Crawford, J. (2011). Does gender influence response to differing psychotherapies by those with unipolar depression? *Journal of Affective Disorders, 130*(1-2), 17-20.
- Peden, A. R., Rayens, M. K. & Hall, L. A. (2005). A community-based depression prevention intervention with low-income single mothers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 11*(1), 18-25.
- Peden, A. R., Rayens, M. K., Hall, L. A., & Beebe, L. H. (2001). Preventing depression in high-risk college women: A report of an 18-month follow-up. *Journal of American College Health, 49*(6), 299-306.
- Penninx, B. W. J. H. (2006). Woman's aging and depression. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Woman and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 129-144). New York: Cambridge University Press.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G. & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: a randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46* (9), 982-994.
- Pössel, P., Horn, A. B. & Hautzinger, M., & Groen, G. (2004). School-based Universal Primary Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: Results of a 6-Month Follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 1003-1010.
- Pössel, P., Seemann, S. & Hautzinger, M. (2008). Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology, 55*(1), 106-117
- Sanathara, V. A., Gardner, C. O., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. (2003). Interpersonal dependence and major depression: Aetiological inter-relationship and gender differences. *Psychological Medicine, 33*(5), 927-931.
- Scheibe, S., Preuschhof, C., Cristi, C. & Bagby, R. M. (2003). Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *Journal of Affective Disorders, 75*(3), 223-235.
- Schneider, D., Zobel, I., Härter, M., Kech, S., Berger, M. & Schramm, E. (2008). Wirkt die Interpersonelle Psychotherapie besser bei Frauen als bei Männern? Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie, 58*, 23-31.
- Seeley, J. R., Stice, E. & Rohde P. (2009). Screening for depression prevention: Identifying adolescent girls at high risk for future depression. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(1), 161-170.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487.
- Sinha, R. & Rush, A. J. (2006). Treatment and prevention of depression in woman. In C. M. Mazure & G. P. Keita (Eds.), *Understanding depression in woman. Applying empirical research to practice and policy*. (pp.45-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Somerset, W., Newport, D. J., Ragan, K. & Stowe, Z. N. (2006). Depressive disorders in woman. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Woman and depression. A handbook for the social, behavioral, and biomedical sciences* (pp. 62-88). New York: Cambridge University Press.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C. & Marti, C. N. (2010). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 486-503.
- Teuber, N. (2011). *Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen*. Bielefeld: Transcript.
- van Beek, Y., Hessen, D. J. Hutteman, R., Verhulp, E. E. & van Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: Real or 'bias'? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(9), 973-985.

- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-313.
- van der Waerden, J. E. B., Hoefnagels, C. & Hosman, C. M. H. (2011). Psychosocial preventive interventions to reduce depressive symptoms in low-SES women at risk: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 28(1-2), 10-23.
- Wade, T. J., Cairney, J. & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190-198.
- Waugh, C. E., Muhtadie, L., Thompson, R. J., Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2012). Affective and physiological responses to stress in girls at elevated risk for depression. *Development and Psychopathology*, 24(2), 661-675.
- Weissman, M. & Klerman, G. L. (1985). Gender and depression. *Trends in Neurosciences*, 8(9), 416-420.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 51. Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavson, A., Svenson, M., Jönsson, B., Oleson, J., Allgulander, C., Alosnso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L. Simon, R. & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- Wylie, L., Hollons Martin, C.J., Marland, G., Martin, C.R. & Rankin, J. (2011). The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 48–58.
- Young, J. F. & Mufson, L. (2008). Interpersonal psychotherapy for treatment and prevention of adolescent depression. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin, (Eds), *Handbook of depression in children and adolescents*. (pp. 288-306). New York: Guilford Press.
- Young, J. F., Mufson, L. & Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy – Adolescent Skills Training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1254–1262.
- Zavos, H. M. S., Gregory, H. M., Lau J. Y. F. & Eley, T. C. (2011). New behavior-genetic approaches to depression in Childhood and adolescence. In T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (Eds.), *Depression in adolescent girls. Science and prevention*. (pp. 35-63). New York: Guilford.

Informationen aus Politik und Organisationen

Aktuelle Bekanntmachungen des BMBF

Richtlinien zur Förderung eines Forschungsnetzes zu psychischen Erkrankungen

vom 12.12.2012 - Abgabetermin: 14.03.2013

Dort heißt es: „ [Rahmenprogramm Gesundheitsforschung](#) der Bundesregierung einen Schwerpunkt auf die „Gebündelte Erforschung von Volkskrankheiten“. Ziel ist es dabei, die Gesundheitsversorgung bei Volkskrankheiten durch eine Stärkung der anwendungsorientierten Forschung in Deutschland zu verbessern. Dadurch soll der Transfer von Erkenntnissen aus der Grundlagenforschung zum Patienten und in die Versorgung bzw. in das Gesundheitssystem beschleunigt werden.....

Aufgrund ihrer hohen Prävalenz, der erheblichen Belastung für Betroffene und Angehörige sowie der hohen Krankheitskosten stellen psychische Erkrankungen einen Krankheitsbereich von hoher Versorgungsrelevanz dar. Viele psychische Krankheitsbilder zählen zu den weit verbreiteten

Krankheiten, über deren Ätiopathogenese nach wie vor unzureichende Kenntnisse bestehen. Für eine Vielzahl von Behandlungsoptionen ist der Nutzen nicht ausreichend nachgewiesen. Der Bedarf an wissenschaftlich begründeten Konzepten für eine nachhaltig wirksame Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von psychischen Erkrankungen ist daher groß.

Das Forschungsnetz für psychische Erkrankungen soll sich dieser Herausforderung annehmen. Im Vordergrund stehen dabei die Entwicklung von diagnostischen, therapeutischen oder präventiven Konzepten auf Basis von aktuellem Wissen über die Krankheitsentstehung und die Krankheitsmechanismen. Neue oder bislang nicht ausreichend validierte Konzepte sollen auf ihre Wirksamkeit untersucht und die Erprobung solcher Konzepte in der Praxis verstärkt werden

Siehe : <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4636.php>

Prävention à la Union

Ein Präventionsgesetz will die Union nicht, jetzt hat sie einen Kompromiss vorgestellt: Versicherte, die bei der Gesundheitsvorsorge aktiv sind, sollen Beitragsnachlässe erhalten.

BERLIN (dpa). Die Union im Bundestag will die Gesundheitsvorsorge in Deutschland stärken. CDU/CSU schlagen auch neue Wege vor, zum Beispiel günstige Spezialtarife der Krankenkassen. Der heutige Einheitssatz von 15,5 Prozent würde durch solche Tarife aufgeweicht. Im Gegenzug für günstigere Konditionen sollten Versicherte bei Gesundheitsangeboten mitmachen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzelner Unternehmen sowie Kassen könnten sich für die Gruppentarife zusammenschließen, wie Unionsfraktionsvize Johannes Singhammer (CSU) anlässlich eines Präventionskongresses der Unionsfraktion am Montag in Berlin erläuterte.

Von gesünderen Mitarbeitern profitierten auch Firmen und Kassen. "Damit hoffen wir auch, die sehr intensiv diskutierte Frage des Burn-out angehen zu können", sagte Singhammer. Die Kassen melden jedes Jahr höhere Krankenstände bei psychischen Leiden, die nicht zuletzt vom Stress am Arbeitsplatz herrühren. Singhammer betonte, in einen Gruppentarif in einem Unternehmen müsse die beteiligte Kasse alle Mitarbeiter, die das wollen, aufnehmen.

Aufgabe für einen Präventionsrat

"Das gibt starken Schwung für die Prävention." Der Vorstoß ist Teil eines Präventionskonzeptes, mit dem die Union vorprescht. Gesundheitsminister Daniel Bahr hatte bereits - wie sein Vorgänger Philipp Rösler (beide FDP) - eine Präventionsstrategie angekündigt. Ein neues Gesetz für mehr Gesundheitsvorsorge, wie dies die damalige Ressortchefin Ulla Schmidt (SPD) 2002 angekündigt hatte, soll es dagegen nicht geben. "Wenn wir nicht nachhaltig Prävention umsetzen, wird das Gesundheitswesen, wie wir es heute in Deutschland kennen, in den nächsten zehn, 15 Jahren keinen Bestand mehr haben", sagte Singhammer. Laut Unionskonzept soll der Bundestag konkrete Präventionsziele beschließen - etwa für die Senkung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz oder Diabetes infolge ungesunden Lebensstils um je 20 Prozent bis 2020. Verantwortlich sein soll ein neu zu gründender Nationaler Rat für Prävention verschiedener Träger. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, höhere Ausgaben für Investitionen in diesem Bereich vorzusehen.

Aus: Ärzte Zeitung online, 25.06.2012

Vorbeugung

Pädiater fordern frühe Prävention

BAD ORB (ras). Bei der nationalen Präventionsstrategie soll die frühe primäre Prävention in den Fokus gestellt werden. Dazu hat der Berufsverband der Kinder und Jugendärzte die Bundesregierung aufgefordert.

Vielfach setze die Prävention heute erst an, wenn der Zug bereits abgefahren ist, kritisierte Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) kürzlich beim Herbstkongress in Bad Orb.

So habe die jüngste Auswertung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gezeigt, dass Adipositasprogramme, die erst ab dem Alter von acht Jahren oder später ansetzen, praktisch keinerlei nachhaltige Effekte hätten. Solche Programme müssten daher schon früher im Kindesalter aufgelegt werden.

Sinnvoll sei zudem gerade für bildungsferne Familien die Kennzeichnung von Lebensmitteln über ein Ampel- oder Smilie-System.

Denn eine US-amerikanische Studie hätte belegt, dass eine leicht verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln tatsächlich auch solche Familien erreicht, die ihre Ernährungs- und Einkaufsgewohnheiten am dringendsten ändern müssten. Für gesellschaftlich verankerte frühe Präventionsansätze plädierte Dr. Ulrich Fegeler, Bundespressesprecher des BVKJ, in Bad Orb. 20 Prozent der Kinder wüchsen in bildungsfernen Familien auf und erhielten dort kaum Anregungen zur Entwicklungsförderung. Derzeit, so Fegeler, "brandet dieses Problem bei uns Ärzten vermehrt an." Diesen Kindern könne aber nicht primär medizinisch geholfen werden, sondern nur mit frühen Präventionsmaßnahmen, die aber weit über die Pädiatrie hinaus "gesamtgesellschaftlich" in der geplanten nationalen Präventionsstrategie verankert sein müssten. Copyright © 1997-2012 by Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

Aus: **Ärzte Zeitung, 22.10.2012 15:05**

Hausärzte werden künftig mehr als bislang in die Prävention eingebunden: Sie sollen nicht nur Früherkennung, sondern auch verstärkt Gesundheitsvorsorge in ihren Praxen anbieten.

Das sieht ein 16-seitiges Eckpunktepapier für eine neue Präventionsstrategie vor, auf das sich Union und FDP in Berlin geeinigt haben. Geplant ist, dass gesetzliche Regelungen im Jahr 2013 folgen.

Dem Eckpunktepapier zufolge sollen Ärzte vermehrt auch die Kinder an Schulen und Kindertagesstätten untersuchen: Dort sollen Gruppenuntersuchungen auch für mehr Gesundheitsförderung stattfinden. Bislang untersuchen lediglich Zahnärzte die Kinder an den Schulen.

Die Mittel der Kassen für Präventionsleistungen sollen von gut zwei auf sechs Euro für jeden Versicherten angehoben werden. Es ist vorgesehen, dass die Kassen nur noch wirksame Gesundheitsförderung bezahlen.

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, dafür ein Verfahren zur Qualitätssicherung aufzubauen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erhält künftig eine zentrale Rolle in der Prävention: Sie soll zu einem Nationalen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung fortentwickelt werden.

Aus: **Ärzte Zeitung, 14.12.2012**



Bundesministerium für Gesundheit
Bundesminister Daniel Bahr
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Datum: 23. August 2012

Die Zeit ist reif für ein Präventionsgesetz
Sehr geehrter Herr Bundesminister,

mehr gesunde Jahre - in einem längeren Leben - für Alle: diese erfreuliche Perspektive ist heute für eine moderne Gesundheitspolitik realistisch und erreichbar. Dazu ist es freilich notwendig, einen Schwerpunkt auf die Entwicklung und Förderung der nicht-medizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung zu legen. Hier liegt primär kein Erkenntnisproblem, sondern es gibt ein politisches Handlungsdefizit.

Wir kennen die Probleme, und wir kennen die Lösungen

- Die Chancen auf ein gesundes und langes Leben in unserer Gesellschaft sind ungleich verteilt, und die Schere öffnet sich weiter. Derzeit leben die reichsten 20 Prozent der Bevölkerung im Durchschnitt mehr als zehn Jahre länger als die ärmsten 20 Prozent. Bei ärmeren Menschen brechen die chronischen Erkrankungen im Durchschnitt mehrere Jahre früher aus und haben auch einen schwereren Verlauf. Bei wohlhabenderen Menschen steigt hingegen das durchschnittliche Alter, in dem sich chronische Krankheiten manifestieren. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen (2009) senkt jedes Jahr, um das sich der Ausbruch chronischer Erkrankungen im Bevölkerungsdurchschnitt verschiebt, die Anzahl der im Jahre 2050 Pflegebedürftigen um ca. 400.000 Fälle.
- In Familien, KiTas und Schulen werden die Weichen für die Gesundheit der folgenden Generationen gestellt. Auch hier sind es wieder die 20 Prozent Kinder aus sozial benachteiligten Familien, die die größten physischen und psychosozialen Probleme und Hindernisse für ein auch gesundheitlich gelingendes Leben aufweisen. Durch partizipativ gestaltete und auf die Entwicklung von Ressourcen und Resilienz gerichtete Interventionen kann diesen Entwicklungen wirksam entgegen gewirkt werden. Nur in einem Bruchteil der ca. 51.000 KiTas und Kindergarten sowie der ca. 45.000 Schulen in Deutschland finden sich bislang solche Ansätze.
- Die soziale und bauliche Umwelt spielt vor allem im Umkreis sozialer Brennpunkte eine signifikant wichtige Rolle für das Zusammenleben und damit für die Gesundheit der BewohnerInnen. Im Programm ‚Soziale Stadt‘ wurden signifikante Erfolge bei der gesundheitsgerechten Gestaltung der sozialen und baulichen Umwelt und der Entwicklung von gesundheitsdienlichem Verhalten erzielt. Freilich erreicht das Programm nur einen Bruchteil der sozialen Brennpunkte in Deutschland, und seine Programme und Projekte sind stets von Kürzungen und Streichungen bedroht.
- Einen nach wie vor überragenden Einfluss auf die Gesundheitschancen übt die Arbeitswelt in den ca. 4 Mio. Betrieben in Deutschland aus. Die bisherigen Programme der Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bereich zeigen, dass damit eine nachhaltige Senkung krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit um bis zu 30 Prozent erreicht werden kann. Allerdings erreichen solche Programme bislang nur einen Bruchteil der Betriebe und erschöpfen sich überdies meist in verhaltensorientierten Kursen, die - wenn überhaupt - eine wesentlich geringere und auch kaum eine nachhal-

tige Wirkung erzielen - im Vergleich mit partizipativ angelegten Interventionen der Organisations- und Strukturentwicklung.

- Herausforderungen durch neue Krankheiten sind meist überlegen mit den Mitteln moderner Prävention und Gesundheitsförderung, und weniger durch verstärkten Einsatz von Medizin oder staatlicher Kontrolle zu begegnen. In der HIV- und Aids-Prävention werden in Deutschland durch die von den betroffenen Gruppen gestaltete Prävention seit Jahren jährlich mehrere hundert Millionen Euro an Krankenversorgungskosten eingespart.
- Migrantinnen und Migranten werden von den Bemühungen um Gesundheitsaufklärung und -Erziehung kaum erreicht. Die wenigen Projekte, in denen diese Zielgruppen kultursensibel zur gesundheitsgerechten Gestaltung und Entwicklung ihrer Lebenswelten angeregt und befähigt werden, zeigen das große und bislang weitgehend ungenutzte Potenzial.
- Primärprävention und Gesundheitsförderung richten sich nicht nur an Gesunde: auch Kranke und Behinderte werden durch Gesundheitsförderung zu einem weniger belastenden Umgang mit ihren Einschränkungen und zur Entwicklung unterstützender Lebenswelten und sozialer Netze befähigt.
- Der demografische Wandel steht Krankenversorgung und Sozialsysteme absehbar vor neue Herausforderungen. Gemessen daran sind die Bemühungen, vor allem sozial benachteiligte ältere und alte Menschen mit angemessenen Angeboten der Primärprävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil, im Dorf und in Wohn- und Betreuungseinrichtungen zu erreichen, kaum ein Tropfen auf dem heißen Stein.
- Die Ausgaben für moderne, v. a. nicht-medizinische Prävention und Gesundheitsförderung liegen in Deutschland im Vergleich mit den Ausgaben für die Krankenversorgung im Promillebereich, und sie liegen niedriger als in vielen anderen europäischen Ländern. Zudem ist der Anteil der bequem zu organisierenden, aber eben - wenn überhaupt - bedeutend weniger wirksamen Verhaltensprävention unverhältnismäßig hoch, wie auch der Bundesrechnungshof im Jahre 2010 monierte.
- Für moderne, gesundheitswissenschaftlich fundierte Primärprävention, die die Lebenswelten v. a. sozial und gesundheitlich benachteiligter Menschen in Richtung auf gesundheitliche Chancengleichheit verändern will, gibt es keinen Markt - sie ist auf öffentliche Förderung angewiesen. Die Förderpraxis freilich zeigt: es werden ja nach den politischen Bedürfnissen der Finanziere meist kurzfristige und kaum koordinierte Programme und Projekte gefordert, Qualitätssicherung findet meist nur in ihren bürokratischen Varianten statt, und die Laufzeiten sind so kurz, dass Qualität nicht entwickelt und Wirkung kaum erzielt werden kann - kurz: es herrscht Projektitis, wo durchdachte und zielbezogene Politik erforderlich wäre.

Wir wissen, was wir brauchen

Wir brauchen eine substanzielle Verstärkung und Verstetigung der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung für jedes Alter und jeden Gesundheitszustand - nicht zu Lasten oder auf Kosten der medizinischen Primärprävention oder der Leistungen der Sekundär- und Tertiärprävention, sondern als eigenständiges Entwicklungsfeld der Gesundheitspolitik, wie es in anderen Ländern betrieben und auch seit Jahren von Organen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert wird.

Dazu brauchen wir ein Bundesgesetz für nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung. Aus den positiven und negativen Erfahrungen der ersten beiden Anläufe zu einem solchen Gesetz (2005 und 2008) muss und kann gelernt werden. Nicht gelernt werden kann daraus, dass es keinen Bedarf für ein solches Gesetz gibt.

Regelungsbedürftig ist,

- die Anerkennung und Absicherung der nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständiger und - neben Kuration, Pflege und Rehabilitation - gleich berechtigter Typ der öffentlich finanzierten Gesundheitssicherung,
- die verbindliche Einbeziehung aller Akteure, die mit öffentlichen Mitteln Prävention und Gesundheitsförderung betreiben,
- die Verpflichtung dieser Akteure auf die Verminderung von sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, das heißt die Verbesserung der Gesundheitschancen aller Menschen und die Verminderung der Abstände zwischen den Gruppen,
- die Verpflichtung aller Akteure auf konsentierbare Gesundheitsziele,

- die Verpflichtung aller Akteure auf Interventionstypen, die dem gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen und dementsprechend der Partizipation, dem Bezug auf die Lebenswelten (Settings) und die soziale Lage der Zielgruppen einen entsprechenden Stellenwert einräumen.
- die Verpflichtung aller Akteure auf echte Qualitätssicherung und Weitergabe ihrer Daten
- einen institutionellen Rahmen, mit unbürokratischen Strukturen, unter demokratischer Beteiligung aller Stakeholder (der Zivilgesellschaft, staatliche Stellen, Sozialversicherungsträger, etc.) mit einer transparenten Wahl der Entscheidungsgremien sowie
- eine gemeinsame Finanzierung durch alle Sozialversicherungen einschließlich der privaten Krankenversicherung und durch die öffentliche Hand, also Bund, Länder und Kommunen. Denn sie alle profitieren schließlich von guter Prävention.

Sehr geehrter Herr Bundesminister,
 die Bundesregierung ist 2009 mit dem Versprechen angetreten, die Verhütung von Krankheiten und der Förderung der Gesundheit durch ein Präventionskonzept weiter zu entwickeln. Seither sind fast zwei Jahre vergangen, ohne dass dieser Ankündigung Taten gefolgt sind. Der Paritätische Gesamtverband ist einer der großen Verbände der freien Wohlfahrt in Deutschland. Unsere mehr als 11.000 Mitgliedsinstitutionen arbeiten ganz überwiegend mit sozial und gesundheitlich benachteiligten Menschen. Von daher – von der Basis also - kennen wir sowohl die Chancen und Möglichkeiten als auch die Vernachlässigung und Fehlsteuerungen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung. Vor diesem Hintergrund sind wir der Auffassung, dass ein für die Zukunft unseres Landes und seiner Sozialsysteme derart zentrales Thema eine solche Vernachlässigung nicht verdient hat und auch nicht verträgt:

Die Zeit ist reif für ein Präventionsgesetz.

Prof. Dr. R. Rosenbrock
 Vorsitzender Paritätischer Gesamtverband



09.12.2012: Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit"

Der seit 2003 bestehende bundesweite Kooperationsverbund "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" hat sich im Rahmen seines 10. Kooperationstreffens am 29.10.2012 in [Kooperationsverbund "Gesundheitliche Chancengleichheit"](#) umbenannt um die positive und partizipative Perspektive seiner Aktivitäten stärker zu betonen.

Politische Diskussionen zur Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Raimund Geene MPH
 Hochschule Magdeburg-Stendal
 E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

Innovative Ansätze oder alter Wein in neuen Schläuchen?

Seit den 1980er Jahren gelten Gesundheitsförderung und Prävention als Schlüsselkonzepte einer modernen gesundheitlichen Sicherung. Die breit diskutierte AIDS-Prävention gilt hier als erfolgreiches Modell. Zahlreiche Gesetze vom GRG 1989 über die Gesundheitsreform 2000 bis hin zu den mehrfach gescheiterten Entwürfen für ein Präventionsgesetz bemühten sich – weitgehend vergeb-

lich – Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland grundlegend praktisch wie strukturell zu etablieren.

Konzepte der Bundesregierung

Aktuell (Juli 2012) verneint die Bundesregierung die Notwendigkeit gesetzgeberischer Initiativen. Zwar wird die Vorlage einer Präventionsstrategie angekündigt, die dazu von Bundesgesundheitsminister Bahr (FDP) genannten Maßnahmen erscheinen jedoch fachlich unausgegoren wie der Vorschlag der Verstärkung von Schulärzten oder aber ohne ausreichende politische Rückendeckung, wie die geplante personelle Aufstockung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Bereich der Qualitätsentwicklung, die jüngst am Bundesfinanzminister scheiterte. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat im Juni 2012 eigene Eckpunkte vorgelegt unter dem Titel „Glückliches Deutschland: Gesundheitsbewusstsein und Vorbeugung“ (vgl. Info_Dienst 2-2012). Hier wird die „Aktivierung von Eigenkompetenz und Eigenverantwortung als primäres Ziel“ benannt, was im Sinne eines Paradigmenwechsels als „gesamtgesellschaftliche (Querschnitts-) Aufgaben“ verortet werden sollte. Strukturell ist dieses Ziel nur mit sog. weichen Faktoren hinterlegt wie der Aufforderung zur Festlegung von Präventionszielen durch den Bundestag, der weiterhin einen Nationalen Rat einsetzen sollte. Die Finanzmittel der Kassen sollten auf 6 € pro Versichertenjahr angehoben werden, wobei 1 € „für die Prävention bei Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsstand“ verwendet werden sollte. Darüber hinaus wird eine Verstärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, von Bonus-/Malus-Regelungen, von Impfungen, Kur- und RehaMaßnahmen sowie Aufklärung avisiert – verwiesen wird auf Fernsehspots wie „7. Sinn“. Insgesamt zeichnet sich das Unionspapier aus durch die gesamtgesellschaftliche Orientierung und die deutliche Selbstverpflichtung zur Stärkung des Handlungsfeldes auch im umfassenden Sinne der Gesundheitsförderung. Daneben mischen sich aber auch eher fachfremde Diskurse, die auf eine gewisse Beliebigkeit der Eckpunkte verweisen. Die Eckpunkte bleiben zudem mit Verweis auf geforderte Bürokratiearmut strukturell unverortet.

Konzept der SPD

Die Oppositionsfraktionen haben 2011 zeitgleich Anträge vorgelegt mit dem Ziel, eine neue und möglichst gemeinsame Gesundheitsförderungsstrategie zu entwickeln. Dabei wird im Konzept der SPD-Fraktion auf Strukturbildung abgezielt, basierend auf bereits „von unten“ gewachsenen Strukturen. In eine zu gründende Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung sollte ein Nationales Institut Qualitätsentwicklung eingebettet werden. Ein Präventionsgesetz sollte dazu die Entwicklung einer umfassenden Präventionsstrategie in interministerieller Abstimmung mit nationalen Präventionszielen initiieren, die Terminologie vereinheitlichen und einen Mindestausgabenwert von 10 € pro Versichertenjahr bei einer Verdreifachung der Mittel für nichtbetriebliche Settings, die Stärkung von Wissenschaft und Forschung sowie der Öffentlichen Gesundheitsdienste, eine kontinuierliche Berichterstattung sowie die Auflösung diverser Schnittstellenprobleme festschreiben. Mit der Aufforderung zu einem eigenständigen Gesetz incl. Ziel-, Zielgruppen- und Qualitätsorientierung, Vernetzung und begrifflicher Schärfung sowie insbesondere dem Bekenntnis zu einer Stiftung als neu zu etablierenden Akteur für die Gesundheitsförderung greift der Antrag der SPD substantielle Elemente der Fachdiskussionen auf. Die nicht-medizinische primäre Prävention als zentrales Innovationsfeld der gesundheitlichen Sicherung ist weniger deutlich herausgestellt. Das Konzept widmet sich den Schnittstellenproblematiken, die vorgesehene Stiftung trägt dem Ottawa-Ansatz Rechnung. Erwähnt werden dabei Medizin, Pflege und Rehabilitation sowie auch bislang unverknüpfte Handlungsfelder wie Kinder- und Jugendhilfe, DMPs, Sport und Mehrgenerationenwohnen.

Konzepte der Grünen und der Linken

Das Konzept von Bündnis 90/Die Grünen orientiert auf Bündelung bestehender Aktivitäten durch Rahmenvereinbarungen der beteiligten Akteure, einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, der Plattform gesundheitsziele.de, der Bundes- und Landesvereinigungen sowie die Verknüpfung der BZgA mit oder zu einem Kompetenzzentrum zur Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Zur Finanzierung avisiert der Antrag ein Volumen von 500 Mio. € bei jährlichem Wachstum von 10% und

mindestens 50% Verwendung für Settings. Der Antrag der Linken schlägt ein „Gesetz zur Gesundheitsförderung und nicht-medizinischen Primärprävention“ mit Schwerpunkt auf setting-bezogene Aktivitäten. Strukturell sieht dieses Konzept eine bei der BZgA angesiedelte Koordinierungsstelle vor. Ein begleitender Beirat solle hier über einen Fonds verfügen, der sich aus Mitteln der öffentlichen und privaten Sozialversicherungen sowie der öffentlichen Hand speist und v. a. kommunale Projekte fördern solle. Dazu wird ein jährlicher Bundeszuschuss von 1 Mrd. € gefordert. Zur Betonung der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung wird eine eigenständige Forschungsstrategie für die Gesundheitsförderung vorgeschlagen und der Determinanten-Ansatz durch ein „Health-Mainstreaming“ konkretisiert.

Oppositions-Schwung für die Gesundheitsförderung?

Mit diesen Konzepten liegt nun eine umfangreiche Zusammenstellung der fachlichen und politischen Diskussionen zum breit konsentierten Ziel vor. Von herausragender Bedeutung erscheint dabei die Etablierung eines Fürsprechers der Gesundheitsförderung auf Bundesebene. Im korporatistisch organisierten Sozialsystem der Bundesrepublik bedarf es eines legitimierten und operierenden Akteurs, um Schnittstellenprobleme und Steuerungsdefiziten zu begegnen. Dabei sollte – das lehren auch die Erfahrungen in den bislang gescheiterten Anläufen zu einem Präventionsgesetz – von der Trägervielfalt in Deutschland ausgegangen werden. BZgA und die Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit bieten hierfür gute Voraussetzungen, die sie durch die Etablierung des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit Regionalen Knoten belegt haben. Dafür muss die BZgA insbesondere im Bereich von Qualitätsentwicklung und Forschung deutlich gestärkt werden, wie es jüngst vom Ministerium geplant war. Eine Mischfinanzierung aus Mittelnder öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger sowie die Orientierung auf Kofinanzierung durch die Träger der jeweiligen Lebenswelten erscheinen insofern sinnvoll, als dass solche Normen Kooperationen anregen und isolierten Aktivitäten entgegen wirken können. Der 2009 eingeführte Gesundheitsfonds prädestiniert ohnehin für solche Fondfinanzierung, in Zeiten der parlamentarischen Diskussion eines Präventionsgesetzes gab es ihn nur in der Planung. Mit einem jährlichen Betrag von bis zu € 1 Mrd. wäre eine solide Startfinanzierung gegeben. Die Schlüsselfrage künftiger Entwicklungen könnte in der strukturellen Verortung liegen. Gesundheitsförderung und Prävention als „4. Säule“ wird es nur geben mit eindeutiger Zuständigkeit, um die komplexe Fachlichkeit zu entwickeln und diese nicht durch partikulare Interessen einzelner Akteure unterlaufen wird. Tatsächlich gibt es schon heute eine Vielfalt präventiver Orientierungen in den Sozialgesetzbüchern (u. a. V, VIII, IX), die aber wegen ihrer bisherigen reinen Querschnittsverortung unzulänglich umgesetzt werden. Dies zeigt sich in erschreckender Weise beim Thema Kindeswohl/Kinderwohlgefährdung: Der breite Konsens über eine präventive Orientierung zu Frühen Hilfen wird in der Praxis häufig überlagert von der ordnungspolitischen Zielsetzung der Identifizierung von Gefährdungssituationen.

10 Jahre (k)ein Präventionsgesetz

Zur Perspektive eines Gesundheitsförderungsgesetzes

Gesundheitsförderung und Prävention stellen sich in Deutschland als Entwicklungsaufgabe. Neben dem Handlungsfeld der nicht-medizinischen Primärprävention insbesondere über den Setting-Ansatz sollte dabei auch die Querschnittsaufgabe der Gesundheitsförderung bedacht werden, nach der sich die gesamte gesundheitliche und soziale Versorgung am Konzept der Ottawa- Charta ausrichten sollte. Die aktuelle Vertiefung der Segmentierungen im Gesundheits- und Sozialwesen durch weitere „Insellösungen“ im Bereich der Pflege, der Selbsthilfe, der Patientenberatung, -unterstützung und -vertretung, der Frühförderung, durch eine weitere Ausdifferenzierung sozialpädagogischer Dienstleistungen, auch im Sinne neuer Handlungsfelder wie den Frühen Hilfen, sind für alle Beteiligten unbefriedigend und demoralisierend. Ein großer Schritt für einen Neuanfang könnte ein Gesundheitsförderungsgesetz sein, das dem im bundesdeutschen Korporatismus ausgeprägten Problem der Segmentierung einen starken Akteur für Gesundheitsförderung gegenüber stellt. In Rechtsform einer Stiftung und/oder als neue Kernaufgabe der BZgA bietet es die Chance, die einzelnen Segmente im Sinne der Ottawa-Charta miteinander zu verbinden. Wenn Sozialpäda-

gogik und Psychologie, Jugend- und Familienhilfe, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, Selbsthilfe und Patientenunterstützung, Pflege und Kuration sektorenübergreifend verknüpft werden, kann die Idee der Gesundheitsförderung in allen Felder der zerklüfteten deutschen Gesundheits- und Sozialversorgung wirken. Nachfolgend wird in diesem Beitrag die Option einer Zusammenführung der vorliegenden politischen Konzepte zu einem Gesamtkonzept für ein umfassendes Gesundheitsförderungsgesetz diskutiert.

Gesundheitsförderungsgesetz – pro und contra

Anknüpfend an die Diskussion auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2012 werden hier relevante Aspekte diskutiert für oder gegen ein Gesundheitsförderungsgesetz (GeFöG). Es soll an dieser Stelle zunächst offen gelassen werden, ob dies – ebenso wie das beschlossene, aber nie in Kraft getretene Präventionsgesetz 2005 – als Artikelgesetz formuliert sein sollte oder bedeutungsstärker als ergänzendes 13. Sozialgesetzbuch (SGB XIII).

Ein GeFöG als Heimat für einen ‚Ottawa-Ansatz‘

Ein zentrales Argument für eine solche Akzentuierung der Gesundheitsförderung liegt darin, dass sich die Aspekte der Ressourcen- und Patientenorientierung, von Partizipation, Empowerment und Verhältnisprävention/ Setting-Ansatz (im Folgenden: der ‚Ottawa-Ansatz‘) in einem GeFöG als eigenes SGB besonders deutlich ausdrücken können. Sind diese nämlich in einem ergänzenden Sozialgesetzbuch als universelle Prinzipien herausgearbeitet, kann ihnen im Sinne des Primary Health Care – immer die niedrig schwelligere Interventionsform zuerst, also Prävention vor Kuration etc. – Vorrang eingeräumt werden. Als SGB kann ein GeFöG den Regelungsbedarf insbesondere eines nicht-medizinischen, primären Präventionsgesetzes bedienen, und zwar nicht in einzelnen, isolierten Projekten, sondern in einer übergreifenden Orientierung.

Ein GeFöG als Dach neuer soziale Antworten

Mit einem GeFöG wird der Forderung nach gesundheitsförderlicher Gesamtpolitik Rechnung getragen, denn ein solcher zentraler Gegenstandsbereich, gipfelnd in einem zentralen Akteur, kann perspektivisch nicht nur in etablierten Bereichen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung wirken, sondern auch künftige gesellschaftliche Aufgaben und Handlungsfelder antizipieren. Aktuelle Beispiele zeigen sich beim Aufbau von Mehrgenerationenhäusern, Patienten- und Pflegeberatungsstellen oder der geplanten Gründung einer bundesweiten Stiftung für Frühe Hilfen gemäß dem Bundeskinderschutzgesetz. Insbesondere das wachsende Handlungsfeld der Engagementförderung/ Anregung bürgerschaftlicher Aktivitäten könnte von einer Träger-Institution mit hoher gesetzgeberischer Legitimation profitieren.

Ein GeFöG als Advokat sozial Benachteiligter

Dem Ottawa-Ansatz folgend wächst der Bedarf an anwaltschaftlicher Unterstützung in sich ausdifferenzierenden Lebenslagen. In Mittel- und Oberschichten hat sich Gesundheitskompetenz i. S. einer ‚Health Literacy‘ herausgebildet, die sich durch einen gesundheitsfördernden Wechsel zwischen An- und Entspannung auszeichnet, ausdrückend in Fitness, Wellness, Work-Life-Balance u. ä. Die Kompression der Morbidität, d. h. der gegenüber der steigenden Lebenserwartung noch stärkere Anstieg beschwerdefreier Lebenszeit, mithin im Lebenslauf auch Verkürzung der Phasen chronisch-degenerativer Erkrankungen, ist ein Ausdruck dieser gewachsenen Fähigkeit zum gesunden Selbstmanagement von Individuen, jedoch bislang nur schichtspezifisch. Eine Ausweitung der Kompressionserfolge auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen ist nicht nur ethisch geboten, sondern im Zuge der demografischen Entwicklung auch eine hochrelevante Kostenfrage für die gesundheitliche und soziale Versorgung. Ein durch ein GeFöG oder gar SGB XIII legitimierter Akteur kann die Aufgabe haben, soziale Determinanten als Advocacy-Auftrag gesundheitlich zu beeinflussen.

Ein starker, gebündelter Akteur durch ein GeFöG

Trotz der hohen Akzeptanz des Ottawa-Ansatzes, der breiten Praxis in den dargestellten Problemlagen und neuen Handlungsfeldern bleiben die Aktivitäten vielfach isoliert. Dabei könnten aus einer Zusammenführung von Pflege- und Patientenberatungsstellen, Nachbarschaftsheimen, Selbsthilfekontaktstellen, Gesundheitsläden, Freiwilligenagenturen, Familienzentren, Mehrgenerationenhäusern und Quartiersmanagementbüros – um nur einige wenige Praxisangebote mit hohem Schnittstellenpotenzial zu nennen – nicht nur Synergieeffekte im Sinne von Kostenreduktion erzielt werden, vor allem könnten diese auch gemeinsam zu höherer Wirkung gebracht werden. Sie wären sodann nicht mehr isoliert für einzelne Fragestellungen zuständig (und häufig aufgrund ihrer Personalknappheit in der Vielfalt ihrer Aufgaben auch schlichtweg überfordert), sondern könnten vor Ort deutlich mehr Aufmerksamkeit erreichen. Noch deutlicher zeigt sich dieser Bedeutungszuwachs auf Länder- und Bundesebene. Die Akteure der genannten Handlungsfelder erscheinen hier bislang als vergleichsweise schlecht ausgestattete Randakteure aus unteren Tarifgruppen, die den ‚Big Playern‘ von Kostenträgern und Leistungserbringern kaum „das Wasser reichen“ können. Institutionen wie der Fond Gesundes Österreich zeigen, dass eine gebündelte Perspektive eher in der Lage ist, das Handlungsfeld angemessen zu repräsentieren und wesentliche Inhalte breit zu verankern, als dies in der zersplitterten Interessenlage in Deutschland denkbar ist.

Ein GeFöG als motivierender Neustart für die Gesundheitsbewegung

Die hier angerissene Skizze eines Ge-FöG/SGB XIII kann sich beziehen auf eine immens große Personengruppe, denn die hier angesprochenen Handlungsfelder sind – ihrer marginalen gesellschaftlichen Bedeutung zum Trotz – die täglichen Arbeitsplätze von Zehntausenden von Sozialarbeiter/innen, Pfleger/innen, Hebammen, Frühförder/innen, Inklusions-, Familien-, Patienten- und Pflegeberater/innen, Gesundheits- und Selbsthilfeaktivist/innen, Psycholog/innen, Organisationsentwickler/innen, Gesundheitsförder/innen, Sozialmanager/innen, aber auch Lehrer/innen, Erzieher/innen, Mitarbeiter/innen von Wohlfahrts-, Jugend- und Sozialverbänden, kirchlichen Organisationen etc. pp. Ihre Mühen und Aktivitäten als Aufgaben in einem Gesundheitsförderungsgesetz zusammen zu führen, könnte einen Bogen schlagen zu den sozialen Bewegungen seit den 70ern und den Aufbrüchen der Gesundheitsbewegung in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts. Eine solche Förderung von beruflichem Selbstverständnis und professionell begleiteter sozialer Bewegung führt auch zu einer Aufwertung der Berufsstände und ist in Anbetracht von demografische Entwicklung und Fachkräftemangel schon arbeitsmarktpolitisch doppelt geboten, wie im Übrigen auch analoge Entwicklungen in Skandinavien, Kanada oder Australien bereits zeigen.

Einwände gegen ein GeFöG/SGB XIII

Gleichwohl gibt es gewichtige Einwände gegen die Einführung eines Gesundheitsförderungsgesetzes, insbesondere im Falle eines ‚Ritterschlags‘ als SGB XIII. Es ist zunächst wichtig zu reflektieren, ob ein Gesetz überhaupt notwendig ist. Die o. a. Zersplitterung und Marginalisierung der Gesundheitsförderung gibt hier deutliche Anhaltspunkte für diesen Bedarf, bei dem es sich weiterhin zeigt, dass trotz vielfältig unterschiedlichem Strukturaufbau und erheblichen investierten Mitteln die Randständigkeit von Themen(teil) gebieten und Akteuren bestehen bleibt, sich mitunter sogar noch weiter verfestigt. Ebenfalls ist zu hinterfragen, ob durch ein GeFöG zusätzlicher Regelungsbedarf entstehen wird, der weitere Dokumentations- und Koordinationserfordernisse und mit hin in der Folge zunehmende Bürokratie mit sich bringt. Dieser berechtigte Vorhalt zielt jedoch weniger auf das Ob als vielmehr auf das Wie des Gesetzes, das sich auf die Bündelung bestehender und bislang unverknüpfter Handlungsfelder beziehen sollte. Ein weiterer Vorbehalt gegen ein solches Gesetz besteht darin, dass befürchtet wird, die Gesundheitsförderung könne sich durch die Vielfältigkeit der Aufgaben verzetteln, erforderlich sei vielmehr eine Fokussierung auf (primäre) Prävention. Auch dieser Einwand muss gut bedacht werden, denn tatsächlich argumentiert er stark in „bestehender Logik“: Weil die gesundheitliche und soziale Versorgung segmentiert verläuft, könne auch nur mit einem ergänzenden Segment Einfluss genommen werden. Umgekehrt bleibt jedoch die Schwierigkeit, dass damit auch das bestehende Problem verschärft wird, statt in einer

neuen Orientierung – und nichts Geringeres verlangt ja die Ottawa-Charta – aufgelöst zu werden. In diesem Zusammenhang wird angeführt, dass eine breite Aufstellung der Gesundheitsförderung das Kernziel einer nicht-medizinischen, primären Prävention aushöhle, weil dann wiederum insbesondere die Interessen der bisher starken Akteure und Handlungsfelder (also insbesondere kurative Versorgung) im Mittelpunkt stehen. Dies scheint der vielleicht wichtigste Kritikpunkt, der im Zuge einer entsprechenden Gesetzesformulierung umfassend geprüft werden muss, damit über normative Setzung verhindert wird, sich in dieser ‚Falle‘ zu verfangen. Ein Vorbehalt äußert sich auch in der Polemisierung eines GefÖG/SGB XIII als „Catch-all-term“. Wichtig ist der kritische Verweis darauf, dass ein einzelnes Gesetz niemals die Vielfalt der Problematik gesundheitlicher und sozialer Ungleichheit werde verändern können. Wichtig ist auch der kritische Blick darauf, die Bedeutung eines gesetzlichen Rahmens nicht mit ihrer praktischen Umsetzung zu verwechseln. Per Gesetz kann nur das verstärkt werden, was in der Praxis zumindest in Ansätzen schon vorhanden ist. Umgekehrt müssen jedoch auch die zarten Pflanzen beachtet, gepflegt und gestützt werden, bis sie ausreichend Robustheit entwickelt haben.

Ein langer Weg zum GefÖG

Viele Akteure der Gesundheitsförderung haben sich in den 00er Jahren für ein Präventionsgesetz stark gemacht, groß war die Hoffnung der Einrichtung entsprechender Gremien nach dem Beschluss des Bundestages Anfang 2005 – umso größer die Enttäuschung nach dem Nicht-Inkraftsetzung durch die Bundestagsauflösung wenige Woche später. „Nur keine neuerliche Niederlage organisieren!“ heißt es hier mitunter. Gerade weil sich die Aufgaben so umfassend stellen, ist es gut und wichtig, sich die Komplexität jetzt bewusst zu machen mit dem Ziel, im Ergebnis ein konsistentes Konzept für eine gesetzliche Regelung zur Gesundheitsförderung zu entwickeln, das dem richtigen Anspruch der Prävention als 4. Säule der gesundheitlichen (und sozialen) Versorgung gerecht wird und doch so schlank ist, dass es nur auf unmittelbar notwendige Veränderungen orientiert. Der durch ein GefÖG/SGB XIII zu schaffende Raum muss eng genug sein, um unmittelbar gefüllt werden zu können, aber auch Platz lassen für den dringend notwendigen Entwicklungsprozess zur Gesundheitsförderung. In diesem Sinne sind alle Bemühungen der Parteien zu begrüßen, ihre Positionen zu explizieren und gemeinsam mit der Praxis Wege zu finden, auch hinsichtlich einer Weiterentwicklung bestehender Strukturen wie ÖGDs, BZgA, Bundesoder Landesvereinigungen. Hier kann die Zeit bis zur nächsten Bundestagswahl zu kurz sein, um fachlich fundierte Lösungen zu entwickeln. Ein entsprechender Prüfauftrag oder eine einzurichtende Enquete-Kommission könnte die Zwischenschritte definieren und einleiten, sofern der entsprechende Beschluss explizit auf eine umfassende Stärkung des Handlungsfeldes der Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet ist.

German Network for Mental Health (GNMH)

Das Netzwerk hat Zuwachs bekommen. **Neue Mitglieder** sind:

Boettinger, Ullrich (Bereich frühe Hilfen; vgl. <http://www.fruehe-hilfen-ortenau.de/>)

Franz, Matthias (Elterntrainings Alleinerziehender Mütter; Webseite: <http://www.uniklinik-duessel-dorf.de/deutsch/unternehmen/institute/klinischesinstitutfrpsychosomatischeundpsychotherapie/Team/Franz/page.html>)

Kreutzer, Nadja (Forschung und Praxisprojekte zu Betrieblicher Gesundheitsförderung Lehre in Arbeits- und Organisationspsychologie an der FSU-Jena; vgl. www.gnmh.de)

Schwenzner, Stefanie (Kinder psychisch kranker Eltern; siehe www.gnmh.de)

Schäfer, Ralf (Elterntrainings Alleinerziehende Mütter; vgl. www.gnmh.de)

Steinebach, Christoph (Resilienzförderung im Jugendalter Beratungspsychologie Gesundheitsförderung in Ausbildung und Beruf;

http://www.psychologie.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/person-detail.php?kurzz=seit

Das GNMH wurde bei folgenden Tagungen im Rahmen von Vorträgen repräsentiert:

- 23. Züricher Präventionstag 9.3.2012
- Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz 20. Juni 2012 Bern
- Die bürgerliche Gesellschaft als Quelle des Wohlbefindens“ 11. Oktober 2012 Bozen
- Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen 29. November 2012 Wien: Hauptverband der Sozialversicherungsträger
- Depression zwischen Frauenkrankheit und Männerkrise“ „Bündnis gegen Depression Münster“ Freitag, den 07.12.2012

Hintergrund dieser Aktivitäten ist auch der Versuch, deutschsprachige Netzwerke aufzubauen

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Warnung vor wachsender Gesundheitskluft und Forderung eines Präventionsgesetzes

Die Zeit ist reif für ein Präventionsgesetz“, meint dagegen die DGVT und ist sich darin einig mit dem Paritätischen. Der Paritätische vertritt 11.000 Mitgliedsverbände, darunter auch die DGVT. Die DGVT hat sich in der Vergangenheit immer wieder für ein Präventionsgesetz stark gemacht und unterstützt nachhaltig die Forderung nach einem Präventionsgesetz in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Bahr.

Vor einer wachsenden Gesundheitskluft in Deutschland warnt der Paritätische Wohlfahrtsverband und appelliert in einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Bahr, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen, um für alle Menschen gleiche Chancen auf ein möglichst gesundes und möglichst langes Leben schaffen. Die Lebenserwartung dürfe in Deutschland nicht länger vom Geldbeutel abhängen. Ein entsprechendes Gesetz zur Gesundheitsförderung müsse alle relevanten Akteure in die Pflicht nehmen, Qualitätsstandards sichern und eine verlässliche Finanzierung garantieren.

"Die gesundheitliche Chancenungleichheit in Deutschland ist skandalös. Die ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung sterben im Durchschnitt zehn Jahre früher als die reichsten 20 Prozent. Bei ihnen brechen chronische Erkrankungen früher aus und verlaufen deutlich schwerwiegender", kritisiert Verbandsvorsitzender Prof. Dr. Rolf Rosenbrock. Schon im Kindergarten manifestierten sich die ungleichen Gesundheitschancen: "Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind nachweislich häufiger von physischen oder psychosozialen Problemen betroffen, die ihr gesamtes weiteres Leben beeinträchtigen können. Dieser Zustand ist beschämend und in einem der reichsten Länder der Welt untragbar."

Der Verband fordert die Einführung eines eigenen Bundesgesetzes für nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung, um bereits erprobte Ansätze zu verstetigen und flächendeckend umzusetzen. "Wir brauchen mehr als Aufklärungs- und Informationskampagnen oder die medizinische Verhinderung von Krankheit durch Impfungen. Wir brauchen zielgruppenspezifische Maßnahmen, die dort ansetzen, wo die Menschen sind", fordert Rosenbrock. Erforderlich seien Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsprogramme in Kindertageseinrichtungen, kultursensible Programme, die auch Migrantinnen und Migranten erreichen sowie Ansätze der Gesundheitsförderung im Stadtteil und in Wohn- und Betreuungseinrichtungen. "Die

Projektitis in diesem Bereich muss ein Ende haben und endlich durch dauerhafte Strukturen ersetzt werden."

Dies sei nicht zuletzt ein Gebot ökonomischer Vernunft. "Jeder Euro, den wir heute in wirkungsvolle Prävention investieren, zahlt sich auch finanziell langfristig aus durch eine Entlastung der Sozialsysteme. Jeder Tag, den wir weiter warten, ist volkswirtschaftlich betrachtet, vergeudetes Geld", warnt Gesundheitsökonom Rosenbrock. Es gebe kein Erkenntnisproblem, sondern ein Handlungsdefizit. "Der Minister ist in der Bringschuld."

Das vollständige Schreiben an Gesundheitsminister Bahr finden Sie auf der Homepage der DGVT unter <http://www.dgvt.de/aktuell/verein/>
Waltraud Deubert

Kampagne startet im Januar: „Kein Raum für Missbrauch“

Alle gesellschaftlichen Bereiche sollen sensibilisiert werden

Der unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, Johannes-Wilhelm Rörig, startet am 10.1.2013 die Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ und bittet hierfür um Unterstützung aus den Verbänden. Bereits im September 2012 wurden die Spitzen der Politik auf Bundes- und Landesebene, gesellschaftliche Dachorganisationen, Verbände und Stiftungen sowie mehrere Wirtschaftsunternehmen über die geplante Kampagne informiert.

Mit Hilfe der Kampagne möchte Rörig die Gesellschaft aktivieren, den Umsetzungsprozess der Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauchs“ zu unterstützen und sich aktiv für den Schutz vor sexueller Gewalt in Einrichtungen einzusetzen. Nur durch gesamtgesellschaftliche Anstrengung, Information und Aufklärung kann es gelingen, Mädchen und Jungen in Familien, Kindergärten, Heimen, Sportvereinen und Kirchengemeinden besser vor sexueller Gewalt zu schützen.

Durch sexuellen Kindesmissbrauch werden Entwicklung und Zukunft von Kindern und Jugendlichen massiv beeinträchtigt. Die Betroffenen tragen schwer an dieser Erfahrung und leiden oft ein Leben lang. Lebenskrisen, Angststörungen bis hin zu Suizidversuchen oder auch körperlichen Langzeitfolgen sind häufig genannte Folgen des Missbrauchs. Es liegt in der Verantwortung aller, dies zu verhindern. Es ist wichtig, dass Fachkräfte darin geschult sind, behutsam und sensibel mit der Thematik umzugehen und Signale von Mädchen und Jungen wahrzunehmen. Die BetreuerInnen müssen wissen, was im Verdachtsfall zu tun ist.

An dieser Stelle setzt die Kampagne „Kein Raum für Missbrauch“ an. Die Gesellschaft soll weiter für die Thematik sensibilisiert werden. Eltern und Fachkräfte sollen animiert werden, Schutzkonzepte in Einrichtungen nachzufragen - nicht als Zeichen eines Generalverdachts, sondern als Qualitätsstandard zum Schutz der Kinder.

Über die kommunalen Spitzenverbände, die Deutsche Bischofskonferenz, die Evangelische Kirche in Deutschland, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere große Dachorganisationen, wie z. B. den Deutschen Olympischen Sportbund und den Deutschen Bundesjugendring, findet derzeit (auf der Grundlage bereits geschlossenen Vereinbarungen) die Weiterentwicklung bzw. Einführung von Schutzkonzepten statt.

Waltraud Deubert

Seelische Gesundheit 2012 ausgezeichnet

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit haben in Kooperation mit dem Antistigma-Verein "Open the doors e.V." und der Stiftung für Seelische Gesundheit zum neunten Mal den mit insgesamt 5.000 Euro dotierten Antistigma-Preis verliehen. Die Preisverleihung fand am 23. November 2012 im Rahmen des diesjährigen DGPPN Kongresses statt. Ausgezeichnet wurden in diesem Jahr drei Projekte:

1. Theater Machen in der Psychiatrie – Theaterprojekt der LWL-Kliniken Bochum und Herten in Kooperation mit dem Schauspielhaus Bochum und den Ruhrfestspielen Recklinghausen.....
2. GlobalAntiStigma ist ein Projekt, das in Äthiopien durchgeführt wird, um Informationen zum Thema Stigma und Diskriminierung von Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Familien zu generieren.....

3. „MindMatters - Mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln“

ist ein wissenschaftlich fundiertes Kooperationsprogramm der BARMER GEK, des Gemeinde-Unfallversicherungsverbands Hannover, der Unfallkasse NRW und der Leuphana Universität Lüneburg. Mit Hilfe von Schulentwicklungs- und Unterrichtsmaterialien bietet es Schulen eine Ressource zur Förderung der psychischen Gesundheit und zum Aufbau einer schützenden und fürsorglichen Lernumgebung an. Durch den Einsatz von Unterrichtsmodulen zum Umgang mit Gefühlen, zur Resilienzförderung, zum Stresserleben, zum Umgang mit psychischen Störungen, Mobbing und weiteren Themen können die Schülerinnen und Schüler ihr Wissen und ihre Kompetenzen erweitern.

Neben Netzwerken zwischen Schule und Schulumfeld möchte MindMatters zur Verbesserung von Lehren und Lernen und somit zur Steigerung der schulischen Bildungsqualität beitragen. Entstigmatisierung und die Förderung der Akzeptanz von Verschiedenheit stehen dabei im Mittelpunkt. In den Modulen finden sich Übungen, die Stigmatisierung und Diskriminierung als eine Ursache von Entfremdung zur Schule und fehlendem Wohlbefinden Einzelner benennen und Lehrkräfte sowie Schülerinnen und Schüler für das Thema sensibilisieren möchten. Ziel ist es, Verschiedenheit zu akzeptieren und als Bereicherung für das schulische Miteinander zu betrachten. Mit der Entwicklung des neuen Primarstufenmoduls wurde zudem begonnen, die Unterrichtsmaterialien anschlussfähig an inklusive Konzepte in der Schule zu gestalten.

Hintergrund:

Der Antistigma-Preis der DGPPN und des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit 2012 - Förderpreis zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen würdigt das Engagement von Personen, Institutionen oder Selbsthilfegruppen, die sich um die nachhaltige gesellschaftliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders verdient gemacht haben. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit vergeben den mit insgesamt 5.000 Euro dotierten Preis in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit und dem Antistigma-Verein "Open the doors e.V."

Presse-Information DGPPN Kongress 2012 / 21. – 24. November 2012

Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

Das Aktionsbündnis startet Presseinformationsdienst zu psychischen Erkrankungen

Ab sofort bietet das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit einen Informationsdienst für Journalisten an. Aktuelle Informationen aus dem Bereich der seelischen Gesundheit behandeln Themen wie Depressionen und Suizid, die psychische Gesundheit von Migranten oder psychisch erkrankte Menschen im Familienkreis. Der Service beinhaltet Pressemeldungen, Bildmaterial, Hintergrundberichte und die Vermittlung von Interviewpartnern. Möglich wird dieser Redaktionsdienst durch die Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

<http://www.seelichegesundheit.net/presse/pressemitteilungen/presseverteiler>

Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis –GGFP

Präsentationen zum Thema Kapazitätsbildung im Bereich Gemeindepsychologie

anlässlich der letzten Jahrestagung

http://www.ggfp.de/tl_files/ggfp/downloads/jahrestagungen/hosman%20clemens%20kapazitaet%20marburg%2012.pdf



Vorschläge für eine zukünftige Forschungsförderung zur primären Prävention und Gesundheitsförderung Memorandum II erschienen (U. Walter et al. 2012)

Initiiert durch das 2. Strategietreffen bündelt KNP in dem 2. Memorandum zur Präventionsforschung die im Förderschwerpunkt gesammelten Erfahrungen, Erkenntnisse und Empfehlungen und zeigt relevante Themenfelder und Methoden für eine zukünftige Forschung in der Prävention und Gesundheitsförderung auf.

http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/Memorandum_Forschungsforderung_Praevention.pdf

www.knp-forschung.de

<http://www.knp-forschung.de/?id=Seite4251>

Übersichten zu verschiedenen Präventionsprojekten im BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung

- Präventionsprojekte für Kinder und Jugendliche
 - Präventionsprojekte für ältere Menschen
 - Präventionsprojekte für sozial Benachteiligte
 - Präventionsprojekte mit Bezug zu Arbeit und Arbeitslosigkeit
- siehe www.knp-forschung.de
-

Datenbank geeignet für Projektrecherchen im Bereich Prävention:

<http://www.knp-forschung.de/?uid=5d255b467b0a15d434f783ad5f968a2c&id=recherche&sid=-1>
<http://www.knp-forschung.de/?id=Seite3402>

Ergebnisse der Präventionsforschung- Kinder Jugendliche

http://gesundekita.lvg-mv.de/fileadmin/Medienpool/gesunde-kita.de/Projekte_und_Finanzierung/61510000.pdf



Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V.

Situation und Perspektiven von Public Health in Deutschland -Forschung und Lehre

(Verabschiedet am 13.9.2012)

Positionspapier Siehe

[http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/temp/DGPH -
Public Health in Deutschland.pdf](http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/fileadmin/user_upload/temp/DGPH_Public_Health_in_Deutschland.pdf)

Aus anderen Netzwerken

Deutscher Präventionstag

17.11.2012: Aktionsbündnis für Kinderrechte im Grundgesetz legt konkreten Entwurf vor
Das Aktionsbündnis Kinderrechte fordert Bundestag und Bundesrat dazu auf, mit der Verankerung von Kinderrechten im Grundgesetz die Rechtsposition von Kindern in Deutschland zu stärken. Dazu hat das Aktionsbündnis am 16.11.2012 vor der Bundespressekonferenz in Berlin einen Formulierungsvorschlag vorgestellt. UNICEF Deutschland, der Deutsche Kinderschutzbund (DKSB), das Deutsche Kinderhilfswerk (DKHW) und die Deutsche Liga für das Kind wollen die Rechte der Kinder in einem neuen Artikel 2a in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland aufnehmen. Darin sollen die Rechte auf Förderung, Schutz und Beteiligung sowie der Vorrang des Kindeswohls bei allem staatlichen Handeln festgeschrieben werden. Das Aktionsbündnis Kinderrechte möchte so klarstellen, dass Kinder als Grundrechtsträger anerkannt und mit besonderen Rechten ausgestattet sind. Grundlage dafür ist die UN-Kinderrechtskonvention, die in Deutschland seit mehr als 20 Jahren gilt. Der Formulierungsvorschlag des Aktionsbündnisses Kinderrechte für einen neu zu schaffenden Artikel 2a Grundgesetz hat folgenden Wortlaut:

- (1) Jedes Kind hat das Recht auf Förderung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten zur bestmöglichen Entfaltung seiner Persönlichkeit.
- (2) Die staatliche Gemeinschaft achtet, schützt und fördert die Rechte des Kindes. Sie unterstützt die Eltern bei ihrem Erziehungsauftrag.
- (3) Jedes Kind hat das Recht auf Beteiligung in Angelegenheiten, die es betreffen. Seine Meinung ist entsprechend seinem Alter und seiner Entwicklung in angemessener Weise zu berücksichtigen.
- (4) Dem Kindeswohl kommt bei allem staatlichen Handeln, das die Rechte und Interessen von Kindern berührt, vorrangige Bedeutung zu.

Ein Service des deutschen Präventionstages. www.praeventionstag.de



Dezember 2012 npg-rsp.ch News

NPG | RSP

Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz
Réseau Santé Psychique Suisse
Rete Salute Psichica Svizzera

Newsletter erschienen: mit Informationen und Downloads zu Präventionskonzeptionen, Epidemiologischen Daten und spezifischen Vorgehensweisen (z.B. Bündnis gegen Depression) in der Schweiz: http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/News-Agenda/News_Website_def.pdf

Der Bund, die GesundheitsdirektorInnen der Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz haben sich 2011 zu einem Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz zusammengetan. Dieses führte am 20. Juni 2012 in Bern sein erstes Jahrestreffen durch.

Runder Tisch als künftige Möglichkeit

Die erste Netzwerktagung zur psychischen Gesundheit in der Schweiz brachte zuerst einmal eine Auslegeordnung der verschiedenen Partner mit Beiträgen zum Thema. Das wirkte oft zufällig und entsprach der heutigen Ist-Situation im Gesundheitswesen für den Bereich des psychischen Wohlergehens der Bevölkerung. Ein ehrlich aufgezeigtes Chaos und damit ein guter Beginn.

Eine Arbeitsgruppe machte eine Stoßrichtung deutlich. Erwünscht wird offenbar von vielen Teilnehmenden weniger eine Machtballung in der Form einer verwaltungstechnokratischen Superagentur unter Bundesaufsicht, sondern eher ein tiefgreifender Wissens- und Erfahrungsaustausch über die Umsetzung von zukunftsbringenden Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit. Ein runder Tisch von Fachleuten ist gefragt, keine Machtausübung der involvierten Behörden. Praktiker sollen das Sagen haben. Darum oblag es zum Schluss der Tagung einem Hausarzt, aus seiner Praxis zu informieren. Die Mehrzahl der Teilnehmenden war hingegen schon davon gelaufen. Der Alltagsstress im Gesundheitsmanagement hatte sie gerufen.

Anlaufstellen im gesellschaftlichen Alltag können nur niederschwellig und bevölkerungsnah arbeiten. Die drei beteiligten Bundesstellen, das Bundesamt für Gesundheit, das Bundesamt für Sozialversicherungen und das Staatssekretariat für Bildung und Forschung sowie die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz der Kantone werden sich künftig bemühen müssen, zuzuhören und von der Wirklichkeit in der Basis der Gesamtbevölkerung zu lernen. Neues zu erkennen kann auch für sie spannend werden. Ihr wissenschaftliches Know-How dürfte den Amtsstellen behilflich sein, dienend am Runden Tisch teilzunehmen. Die kläglich gescheiterte Managed-Care-Vorlage hat doch gezeigt, wie weit theoretische Gesundheits-Projekte aus Amtsstuben von der Wirklichkeit in der Gesellschaft und von den tatsächlichen Problemen der Bevölkerung entfernt sein können. Das sollte für Bundesbern eine Lehre auf längere Zeit sein. Frischer Wind durch das Netzwerk Psychische

Gesundheit Schweiz kann da nur nützen.

Ein humanistisches Anliegen

Schließlich sollte es für das Netzwerk Psychische Gesundheit weniger um eine Perfektion der behördlichen Abläufe (Interinstitutionelle Zusammenarbeit zum Beispiel) und um eine Effizienzsteigerung der Sozialversicherungen gehen, sondern eher um jeden Menschen, um Individuen mit ihren psychischen Erkrankungen.

Gesundheitspolitik ist ein humanistisches Anliegen. Ziel ist jeder Einzelmensch in seinem Schicksal. Krankheiten und gesellschaftliche Prävention sind ins Zentrum aller Bemühungen zu rücken. Keine Effizienzsteigerung im immer schlankeren Staat, keine Optimierung von Abläufen, keine Gewinnsucht von privaten Krankenkassen und ihrer Anlagepolitik an den Börsen. Es sei darum zurück buchstabiert vom neoliberalen Wahnwitz: Humanismus ist eine Weltanschauung, die auf die abendländische Philosophie der Antike zurückgreift und sich an den Interessen, den Werten und der Würde des einzelnen Menschen orientiert (Wikipedia). Dort liegt auch unsere Zukunft.

Autor: **Paul Ignaz Vogel**

Siehe: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/Metadaten/News/Programm-Netzwerktagung-2012.pdf

Aus Hälfte: Unabhängiger Mediendienst zur Arbeit und zur Erwerbslosigkeit Verantwortlich für die Redaktion: Oswald Sigg, Paul Ignaz Vogel. E-mail: red@haelfte.ch.

Verlag: Verein für soziale Gerechtigkeit, Wabersackerstrasse 21, CH 3097 Liebefeld-Bern. Telefon + 41 (0) 31 972 82 23 (Combox). www.haelfte.ch

All Wales Mental Health Promotion Network - Marie.Griffiths2@wales.nhs.uk



Rhwydwaith Hybu Iechyd Meddwl
CYMRU GYFAN

ALL WALES

Mental Health Promotion Network

<http://www.wales.nhs.uk/>

Hinweise auf Materialien zu Frühen Hilfen

Dear Network Member

NICE's Public Health Intervention Guidance on *Social and emotional wellbeing - early years (PH40)* was published on **24th October 2012**. The full guidance and background papers, are available now on the NICE website here:

<http://guidance.nice.org.uk/PH40>

NICE Pathways is an online tool for health and social care professionals that brings together all related NICE guidance and associated products in a set of interactive topic-based diagrams. Please see link to the Pathway for this guidance <http://pathways.nice.org.uk/pathways/social-and-emotional-wellbeingfor-children-and-young-people>

Please feel free to disseminate this widely via your own networks.

Kind regards

Mental health Foundation of New Zealand



Diskussion um die Epidemiologie von Depression: Überdiagnostiziert?

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/27/409/2012/>

Wichtige Hinweise zu Mindfulness-Ansätzen in Förderung psychischer Gesundheit

An overview of mindfulness-based interventions and their evidence base

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/27/403/what-is-mindfulness%3F/>

Zum Thema Bullying siehe:

<http://www.mentalhealth.org.nz/newsletters/view/article/27/386/bullying-prevention-and-mental-wellbeing/>

Gesundheitsförderung Zürich



**Universität
Zürich^{UZH}**

**Institut für Sozial-
und Präventivmedizin**

Grundlagen Bericht erschienen

Prävention psychischer Erkrankungen Grundlagen für den Kanton Zürich

http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/Psychische_Gesundheit/Grundlagen_psy_Ges_Auszug.pdf

Ressourcen informationen

Elterntrainings

www.elternbildung.ch

www.lotse.zh.ch

www.elterntraining.ch

www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/univ_curriculum/index.html

www.vivafamilia.de/43.html

www.sozialministerium-bw.de/de/Guter_Start_ins_Kinderleben/168388.html

www.cehd.umn.edu/ceed/profdev/inpersontrainings/steepsib.htm

www.pro-juventute.ch/Elternbriefe.72.0.html

www.triplep.ch

www.e-e-e.ch

www.erz.be.ch/erz/de/index/erziehungsberatung/erziehungsberatung/fachinformationen/fit_fuer_die_schule.html

Feelok – Internetplattform zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

www.feelok.ch

Präventive Gruppentrainings für Jugendliche

www.uni-tuebingen.de > Klinische Psychologie und Psychotherapie > Suchbegriff: Lebenslust mit Lars und Lisa (E)

www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/kjpsych/btz/btz-kjf.html

Prävention von Essstörungen

www.aes.ch

Früherkennung von Schizophrenie und bipolaren Störungen

www.zinep.ch/fez

Eigene Identität finden

www.realtv.ch

Work-Life-Balance

www.und-online.ch

www.gesundheitsfoerderung-zh.ch

Burnout-Prophylaxe in der Verwaltung

www.personalentwicklung.zh.ch

Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte und Pfarrer/innen

www.stadt-zuerich.ch/sg

www.velkd.de/downloads/burnout.pdf

Konfliktbewältigungstrainings an Schulen:

www.redcross.ch/activities/integration/chili/index-de.php

www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/gewaltpraevention/projekte.html

www.z-proso.uzh.ch

Mobbing und sexuelle Belästigung:

www.mobbing-info.ch/mobbinghilfe.html

www.equalityhumanrights.com

Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung

www.impactsante.ch

Suizidprävention

www.fssz.ch

Unterstützung für junge Eltern

www.ffg-video.ch

www.pekip.ch

Vorbereitung der Pensionierung

www.pensionierungskurse.ch

www.personalentwicklung.zh.ch

Begleitung im Trauerprozess

www.leidundtrauer.ch

www.verein-regenbogen.ch

www.verein-aurora.ch

Gemeindebezogene Präventionsprojekte

www.radix.ch

Eltern und Schule stärken Kinder

www.esski.ch

Pflege der Paarbeziehung

www.paarlife.ch

Massnahmen gegen häusliche Gewalt

www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/themen/haeusliche_gewalt.html

www.uba.ch

Beratung für Kinder, die indirekt von häuslicher Gewalt betroffen sind

www.pinocchio-zh.ch

Suizidprävention für Witwen und Witwer

www.puk-west.uzh.ch/publikationen/widowposter.pdf

Links zu anderen Netzwerken

BRD

<http://www.fruehehilfen.de/>

Neue Webseite des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH)

<http://www.malteser-gup.de/>

(Link der Malteserwerke zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung)

<http://www.praeventionstag.de/nano.cms/newsletterservice?XA=Confirm&&EMail=heimburger-roehrl%40t-online.de&Pass=0544ab43fb3d919f6e270c9d3dc8f0>

(Deutscher Präventionstags: Newsletter zu bestellen)

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

(Aktionsbündnis seelische Gesundheit)

<http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?bvpg>

(Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung -BVPG)

<https://www.prevnet.de/>
(Fachportal der Suchtvorbeugung)

International

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch>
<http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/>
http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/Psychische_Gesundheit/Grundlagen_psy_Ges_Auszug.pdf
http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Konzept/Konzept_praev_ges-foe.pdf
http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/Psychische_Gesundheit/Linkliste_Grundlagen_Psy_Ges.pdf
(Gesundheitsförderung Schweiz – Psychische Gesundheit)

<http://www.suchtvorbeugung.net/>
(Österreichische ARGE Suchtvorbeugung)

<http://www.mentalhealth.org.nz/page/157-MindNet>
(Mental health Foundation New Zealand)

<http://www.publicmentalhealth.org>
(<http://www.wales.nhs.uk/>)
(The All Wales Mental Health Promotion Network)

<http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/Mentalhealth/alliances1.htm>
(UK: Mental Health Promotion Network)

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>
(ENMHP: Europe's First Portal for Mental Health Promotion)

<http://www.euronetprev.org/neu/index.php?artikel=1,1&layout=normal&lang=de>
(Euro Net: Europäisches Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention)

<http://www.lampdirect.org.uk/mentalhealthpromotion>
(UK: Mental Health Promotion Network)

<http://www.mhe-sme.org/en/about-mental-health-europe.html>
(Mental Health Europe)

<http://wfmh.com/00PromPrevention.htm>
(WFMH- World Federation Mental Health)

Wichtige Neuerscheinungen

- Aked, J., Marks, N., Cordon, C. & Thompson, S. (2012). *Five ways to wellbeing. A report presented to the Foresight Project on communicating the evidence base for improving people's well-being.* centre for well-being, nef (the new economics foundation).
http://www.neweconomics.org/sites/neweconomics.org/files/Five_Ways_to_Well-being_Evidence_1.pdf.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Köln: BZGA.
<http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/?idx=2186>
- Desai, M. (2012). *A Rights-Based Preventative Approach for Psychosocial Well-being in Childhood* (Children's Well-Being: Indicators and Research). New York: Springer.
- Haller, F. & Gräser, H. (2012). *Selbsthilfegruppen. Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen.* Weinheim: Beltz Juventa: Rezension unter:
http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/FragenFakten/NAKOS_2012_09_Matzat_Rezension.pdf.
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and Depression in Children and Adolescents: Assessment, Intervention, and Prevention.* New York: Springer.
- Keyes, C. L. M. (2012). *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health.* New York: Springer.
- Michaelson, J., Mahony, S. & Schifferes, J. (2012). *Measuring well-being A guide for practitioners. A short handbook for voluntary organisations and community groups.*
<http://www.neweconomics.org/publications/measuring-well-being>.
- Prince-Embury, S. & Saklofske, D. H. (2012). Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice New York: Springer.

Boston Childrens Hospital

Hilfen Für Kinder psychisch kranker Eltern - The Revised Family Talk Manual is Now Available!

Dear Family Talk course participants,

Please visit our FAMpod.org website to:

- Download the new, updated color manual
- Take the Family Talk course
- Earn 4 CEs!*

To download our new manual, please visit <http://www.fampod.org/>, click on Family Talk course, log in, and click on the "Download Manual" box so that you can save and print our manual. If you would like to purchase a bound, color copy of the manual (\$17.25 plus shipping), save the pdf onto your computer, and visit <http://www.bestvaluecopy.com/> or your printing site of choice.

Best Wishes,

The FAMpod.org Team

* Free CEs are currently available for social workers and will soon be available for psychologists as well!

<http://fampod.org/course/view.php?id=2>

Samdal, O. & Rowling, L. (2012). *Implementation of Health Promoting Schools.* Taylor & Francis.
Scheithauer, H., Rosenbach, C. & Niebank, K. (2012)³. *Gelingensbedingungen für die Prävention von interpersonaler Gewalt im Kindes- und Jugendalter. Expertise zur Vorlage bei der Stiftung Deutsches Forum für Kriminalprävention (DFK).*

http://www.kriminalpraevention.de/images/pdf/dfk_2012expertise_gelingensbedingungen_2012.pdf

Southwick, S. M. & Charney, D. S. (2012). *Resilience. The Science of Mastering Life's Greatest Challenges.* Cambridge University Press.

Stiftung Kinderland Baden-Württemberg (Hrsg.) (2012). *Unterstützungsangebote für Kinder von psychisch kranken oder suchtkranken Eltern. Ergebnisse der Projektevaluation*. Stuttgart: Baden-Württemberg Stiftung.

http://www.bwstiftung.de/uploads/tx_ffbwspub/BWS_Doku_UnterstAngeb_screen.pdf

Vera, E. (2012). *The Oxford Handbook of Prevention in Counseling Psychology*. Oxford University Press.

Neue Literatur von Mitgliedern des GNMH

Andreas Beelmann

Beelmann, A. & Schmitt, C. (2012). Einflussfaktoren auf die Effektivität. In: Fingerle, Michael, Grumm, Mandy. Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Programme auf dem Prüfstand. München: Reinhardt S. 120-141

Ludwig Bilz

Melzer, W. & **Bilz, L.** (2012). Familiäre Lebensverhältnisse und Sozialverhalten von Heranwachsenden: Empirische Befunde und Vorschläge fuer die Prävention. In: Feltes, Thomas, Pfeiffer, Christian, Steinhilper, Gernot. *Kriminalpolitik und ihre wissenschaftlichen Grundlagen*. (S. 1071-1093) Heidelberg: C. F. Mueller.

Bilz, L., Melzer, W., Ritter, M. & HBSC-Team Deutschland (2012). Wie gesund sind deutsche Schulen? Entwicklungstrends von 2002 bis 2010. *Gesundheitswesen*, 74 (Suppl 1), S63–S69
Abstract: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1312645.pdf> (Beim Autor zugänglich)

Hanna Christiansen

Röhrle, B., Behner, C. & **Christiansen, H.** (2012). Prävention, In M. Berking / W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II. Therapieverfahren*. (S.141-148). Berlin: Springer.

Kevin Dadaczynski

Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20(3), 141-153.

Kurt Hahlweg

Kliem, S., Job, A.-K., Kroeger, C., Bodenmann, G., Stoebel-Richter, Y., **Hahlweg, K.** & Braehler, Elmar. (2012). Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(2), 81-89.

Kliem, S., Kroeger, C., Stoebel-Richter, Y., **Hahlweg, K.** & Braehler, E. (2012). Die faktorielle Struktur des Partnerschaftsfragebogens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 41(2), 109-11

Heiner Keupp

Keupp, H. (2012). Burnout als Haltesignal: Gesellschaftliche Ursachen der zunehmenden Erschöpfung. *Wirtschaftspsychologie aktuell*. 19(2), 19-22.

Keupp, H. (2012). Identität und Individualisierung: Riskante Chancen zwischen Selbstsorge und Zonen der Verwundbarkeit - sozialpsychologische Perspektiven. In: Petzold, Hilarion G..

Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie - interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 77-105

Krause, Christina

Moeller, I., Krahe, B., Busching, R. & **Krause, C.** (2012). Efficacy of an intervention to reduce the use of media violence and aggression: An experimental evaluation with adolescents in Germany. *Journal of Youth and Adolescence*. 41(2) 2012, 105-120.

Nadja Kreutzer

Kreutzer, N., Trimpop, R. & Luedke, K. (2012). Salutogenese in der öffentlichen Verwaltung - Kohärenzsinn und subjektive Gesundheit. In: Athanassiou, Georgios, Schreiber-Costa, Sabine, Straeter, Oliver. *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Sichere und gute Arbeit erfolgreich gestalten - Forschung und Umsetzung in die Praxis*. 17. Workshop 2012. Kroening: Asanger. S. 245-248

Albert Lenz

Lenz, A. (2012). *Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder*. Bonn: Psychiatrie-Verlag (2012).

Lenz, A. & Brockmann, E. (2012). Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern - Ein Interventionsprogramm zur Ressourcenförderung. In: Wortmann-Fleischer, Susanne, von Einsiedel, Regina, Downing, George. Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer S. 99-118

Jürgen Matzat

Matzat, J. (2012). Selbsthilfegruppen und Gruppenpsychotherapie. In: Strauss, Bernhard, Mattke, Dankwart. Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer S. 477-491.

Matzat, J. (2012). Ansprechpartner Selbsthilfe. *Forum*, 27(4), 282-286

Franz Petermann

Helmsen, J., Koglin, U. & **Petermann, F.** (2012). Emotion regulation and aggressive behavior in preschoolers: The mediating role of social information processing. *Child Psychiatry and Human Development*. 43(1), 87-101.

Kullik, A. & **Petermann, F.** (2012). *Emotionsregulation im Kindesalter*. Goettingen: Hogrefe Series: Klinische Kinderpsychologie, Band 14

Petermann, F. & Petermann, U. (2012). Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*. 21(4), 194-197.

Petermann, F. & Petermann, U. (2012). *Training mit aggressiven Kindern*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 13., ueberarb. Aufl.

Petermann, F., Jugert, G., Taenzer, U. & Verbeek, D. (2012). *Sozialtraining in der Schule*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 3., ueberarb. Aufl.

Schmidt, S., **Petermann, F.** & Braehler, E. (2012). Soziale Ungleichheit, psychische und koerperliche Gesundheit - welchen Einfluss hat das Alter? *Zeitschrift fuer Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(3), 205-215

Schmidt, S., **Petermann, F.**, Braehler, E., Stoebel-Richter, Y. & Koglin, U. (2012). Körperbildwahrnehmung als Risikofaktor für chronischen Stress. *Kindheit und Entwicklung*, 21(4), 227-237

Bernd Röhrle

Röhrle, B., Behner, C. & Christiansen, H. (2012). Prävention, In M. Berking / W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II. Therapieverfahren*. (S.141-148). Berlin: Springer.

Röhrle, B. & Bornholdt, C. (im Druck). *Ein Fragebogen zur Erhebung sozialer Fertigkeiten in sozialen Netzwerken (F-FIN). Manual*. Tübingen: DGVT

Christoph Steinebach

- Steinebach, C.**, Steinebach, U. & Brendtro, L. K. (2012). Resilienz. In: Steinebach, Christoph, Jungo, Daniel, Zihlmann, Rene. *Positive Psychologie in der Praxis. Anwendung in Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union S. 153-161
- Steinebach, C.**, Steinebach, U. & Brendtro, L. K. (2012). Peerbeziehungen und Gesundheit im Jugendalter. In: Steinebach, Christoph, Jungo, Daniel, Zihlmann, Rene. *Positive Psychologie in der Praxis. Anwendung in Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union

Alf Trojan

- Nickel S, **Trojan A** (2012). Akzeptanz, Informationsbedarf und Anreize zur Kooperation von Arztpraxen mit der Selbsthilfe: Ergebnisse einer Umfrage in vier Bundesländern. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 19-39.
- Nickel S, **Trojan A**, Kofahl C. Increasing patient centredness in outpatient care through closer collaboration with patient groups? An exploratory study on the views of health care professionals working in quality management for office-based physicians in Germany. *Health Policy*. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.07.007.
- Nickel S, Werner S, **Trojan A** (2012) Aktionsforschungsprojekt mit 49 Gesundheitsämtern in Deutschland. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 310-315.
- Nickel S, Werner S, **Trojan A** (2012) Ergebnisse von fünf Fallstudien in Krankenhäusern aus Hamburg und Nordrhein-Westfalen. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 99-123.
- Pawils S, **Trojan A**, Nickel S, Bleich C (2012) Kunden- beziehungsweise Patientenzufriedenheit. Ein geeignetes Steuerungsinstrument im Krankenhaus? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 1183-1190.
- Trojan A**, Bellwinkel M, Siewerts D, Nickel S (2012) Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 351-370.
- Trojan A**, Bellwinkel M, Siewerts D, Nickel S (2012) Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 351-370.
- Trojan A**, Huber E, Kofahl C, Nickel S (2012) Explorative Studie "Selbsthilfefreundlichkeit und Qualitätsmanagement" in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 212-218.
- Trojan A**, Kofahl C, Bremen K, Nickel S (2012) Selbsthilfefreundlichkeit: Probleme und Chancen für die weitere Entwicklung und Verbreitung. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 371-389.
- Trojan A**, Kofahl C, Nickel S, Lüdecke D (2012) Patientenorientierung als Leitbegriff moderner Krankenversorgung und Einführung in das Buch. In Trojan A et al. (Hg) *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 5-22.

- Trojan A, Nickel S** "Selbsthilfefreundlichkeit" als Schlüsselkonzept für Partizipation und patientenorientierte Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Hill B, Zink G, Eisenstecken E, Grothe-Bortlik K, Hönigschmid C, Kreling E: *Selbsthilfe und Soziale Arbeit. Das Feld neu vermessen*. Juventa. (im Druck).
- Trojan A, Nickel S** (2012) Selbsthilfefreundlichkeit als Kernelement der Patientenorientierung - Entstehungsgeschichte und Weiterentwicklung zu einem Qualitätsmerkmal von Gesundheitseinrichtungen. In: Emrich I (Hg) Ethik aus Patientenperspektive (im Druck)
- Trojan A, Nickel S, Kofahl C** (2012) Selbsthilfe: Partizipation als Kontrollgewinn. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hg). *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Verlag Hans Huber, Bern, 272-284.
- Trojan, A., Bellwinkel, M., Bobzien, M., Kofahl, C. & Nickel, S.** (Hrsg.) (2012). *Selbsthilfefreundlichkeit im Gesundheitswesen. Wie sich selbsthilfebezogene Patientenorientierung systematisch entwickeln und verankern lässt*. Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH

Irmgard Vogt

Vogt, J. (2011). Drogenabhängige im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Psychotherapie im Alter*, 9(2), 181-196.

Tagungsberichte

Fachtagung „Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen“

Am 24. Oktober 2012 fanden rund 100 Tagungsgäste den Weg ins SANAA Gebäude auf dem Gelände der Zeche Zollverein in Essen. Sie alle waren interessiert an den Ergebnissen des Projektes zum Thema „Selbsthilfefreundlichkeit“. Mit der Unterstützung des BKK Bundesverbandes und mehrere BKK Landesverbände wurde in Projekten des Paritätischen NRW, der NAKOS und dem Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Ansatz zur besseren Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen entwickelt. Die Veranstaltung markierte sowohl den Abschluss der Projektphase, als auch den Startschuss für eine neue Kooperation, mit der das Konzept ab dem Jahr 2013 weiter verfolgt werden soll.

„Selbsthilfefreundlichkeit ist machbar.“ lautete die Aussage von Prof. Dr. Alf Trojan, der einen Auszug seiner Ergebnisse von einer Befragung von Akteuren aus der Selbsthilfe und von Gesundheitseinrichtungen präsentierte. Erstaunlicherweise bewerteten darin die Vertreter des professionellen Gesundheitssystems die Chancen für eine Etablierung einer Zusammenarbeit besser, als die Akteure der Selbsthilfe.

Wie die Selbsthilfefreundlichkeit „machbar“ ist, berichteten im Anschluss Christa Steinhoff-Kemper und Monika Bobzien von der Agentur Selbsthilfefreundlichkeit NRW, die maßgeblich für die Entwicklung und Erprobung des Konzeptansatzes verantwortlich waren. „Wenn der Prozess nachhaltig und systematisch funktionieren soll, muss die Leitungsebene eindeutig dahinter stehen.“, beschrieb Christa Steinhoff-Kemper einen der zentralen Erfolgskriterien aus ihrer Arbeit mit den Krankenhäusern. Dies zeige sich sowohl die Bereitschaft, Ressourcen wie z.B. einen Beauftragten für die Selbsthilfe bereit zu stellen, als auch eine grundsätzliche Offenheit für die Zusammenarbeit.

In einem Qualitätszirkel stellten sich Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitseinrichtung, der Selbsthilfegruppen und der Selbsthilfekontaktstellen gemeinsam die Frage „Was können und wollen wir in der Zusammenarbeit leisten?“. Ergebnisse der Kooperationsausgestaltung sind zum Beispiel Vereinbarungen für Selbsthilfegruppen zur Nutzung von Räumlichkeiten des Krankenhauses oder Maßnahmen zur Information über die Selbsthilfeangebote. Während diese Qualitätskriterien eher gut umsetzbar waren, stellte sich die regelhafte Patientenaufklärung durch die Ärzte über das An-

gebot einer Selbsthilfegruppe als große Herausforderung heraus: „Das geht nicht von einem Tag auf den anderen, denn da muss sich auch die Haltung verändern.“

Von ähnlichen Erfahrungen berichtete auch Monika Bobzien aus dem Projekt mit niedergelassenen Ärzten: „Die Tatsache, dass es eine Selbsthilfekontaktstelle gibt, war einigen Ärzte zu Projektbeginn gar nicht bekannt.“ Aktuell erprobt sie die Übertragbarkeit des Konzeptansatzes auf Reha-Kliniken. Hier haben die Patienten eine deutlich längere Verweildauer als in Akutkrankenhäusern, so dass es erweiterte Möglichkeiten gibt, sie auf die Selbsthilfe hinzuweisen. Gleichzeitig stellt sich jedoch eine neue Herausforderung, denn: „Die Rehakliniken haben meist ein großes Einzugsgebiet, sie können nicht überregional mit allen Gruppen kooperieren. Daher spielen hier die Kontaktstellen im Heimatort der Patienten eine besondere Rolle.“

Im Anschluss begrüßte Moderator Klaus Bremen drei Akteurinnen auf dem Podium, die vor Ort an der Entwicklung von selbsthilfefreundlichen Strukturen mitgearbeitet haben. „Früher haben wir auch schon gelegentlich mit einzelnen Abteilungen der Klinik zusammen gearbeitet. Aber jetzt ist es verbindlicher und ich weiß, woran ich bin.“, charakterisierte Beate Nieding von der Alzheimer Gesellschaft Münster die neue Kooperation. „Es ist klar, wer mein Ansprechpartner ist und wenn ich mich an ihn wende, dann passiert auch etwas.“ Ähnliche Erfahrungen hat auch die Selbsthilfebeauftragte Sandra Knicker vom Klinikum Bielefeld in ihrem Haus gemacht: „Wenn ich ein Anliegen habe, muss ich meinen Kollegen nicht mehr lange erklären, was ich als Selbsthilfebeauftragte im Patienten-Informations-Zentrum eigentlich mache.“ berichtete sie. Die Strukturen, die durch das Projekt geschaffen wurden, bewertete sie als sehr positiv. „Wenn früher eine Selbsthilfegruppe zu unserem Patienten-Informations-Zentrum kam und gerne kooperieren wollte, saßen wir oft stundenlang zusammen und letztendlich war das Ergebnis dennoch nicht zufriedenstellend. Heute treffe ich mich für eine Stunde mit der Gruppe und wir haben konkrete Ergebnisse.“ Renate Ostendorf von der Kontaktstelle in Münster beschrieb einen Weg der kleinen Schritte: „Durch das Projekt haben wir über einen längeren Zeitraum mit der Klinik zusammengearbeitet. Ich habe gelernt, dass es eben einfach nicht reicht, irgendwo hin zu gehen und zu sagen „Selbsthilfe ist gut“. Um davon überzeugt zu sein, muss man Selbsthilfe auch erleben. Dafür braucht es Geduld“.

Welche Ressourcen für mehr Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung benötigt werden, beschäftigte Referenten und Teilnehmende am Nachmittag. In zwei Gesprächsrunden, die mit „Gesundheitshilfe“ und „Selbsthilfe“ überschrieben waren, wurde über die Rahmenbedingungen für mehr Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung diskutiert. „Wenn man etwas Neues machen möchte, muss man auch alte Wege verlassen.“, beantwortete Dr. Petra Becker vom Dr. Becker Klinikverbund die Frage nach den Ressourcen auf der Seite der Einrichtungen. Bei der Einschätzung des Möglichen sah Dr. Ute Winkler vom Bundesministerium für Gesundheit auch die Selbsthilfegruppen in der Pflicht: „Die Selbsthilfegruppen müssen selbst im Blick behalten, was sie leisten können und was nicht. Wir können sie darin unterstützen, in dem zum Beispiel Praxishilfen bereitgestellt werden, die die Arbeit erleichtern und Ressourcen schonen.“

Auch die Selbsthilfe machte deutlich, dass die Ressourcen begrenzt sind und sie im Projekt sorgsam eingesetzt werden müssen. Prof. Dr. Raimund Geene von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen betonte: „Die Kontaktstellen haben einen Vermittlungsauftrag für die Kooperationen zwischen Selbsthilfe und Einrichtungen. Diesen können sie jedoch nur im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen erfüllen. Um ebendiese müssen wir leider immer wieder ringen.“ Mit der Vorgehensweise, die im Projekt erarbeitet wurde, stehen nun kleinteilige, konkrete Hilfen für eine Kooperation zur Verfügung, die die Arbeit erleichtern könnten. Diese Meinung stützten auch die Beiträge einiger Veranstaltungsteilnehmerinnen: „Die Kooperationsentwicklung im Qualitätszirkel bedeutete zunächst einen großen Mehraufwand“, so die Mitarbeiterin einer der teilnehmenden Kontaktstellen aus Mülheim. „Doch der Aufwand zahlt sich nun aus und wir haben einen Gewinn. Wenn ich für eine Gruppe einen Raum im Krankenhaus suche, lässt sich das zum Beispiel jetzt viel einfacher regeln.“

Auch andere Teilnehmende konnten von Erfolgen berichten, die sie im Arbeitsalltag erleben: „Wir werden jetzt anders wahrgenommen.“, hieß es aus der Kontaktstelle Unna: „Mittlerweile kommen

Ärzte auf uns zu und fragen, ob es für ihre Patienten vielleicht auch eine Selbsthilfegruppe gibt.“ Diese Hinweise darauf, wie sich in der alltäglichen Arbeit etwas verändern kann, griff dann Katharina Benner in ihrer Vision für die Selbsthilfe auf: „Ich wünsche mir, dass sich in fünf Jahren vor allem die Haltung der Selbsthilfefreundlichkeit etabliert hat und dass der Ansatz bundesweit genutzt wird. Selbsthilfefreundlichkeit heißt für mich nicht, dass die Gesundheitseinrichtungen „freundlich“ mit der Selbsthilfe umgehen sollen. Vielmehr geht es um die Bereitschaft, zusammen zu arbeiten und sich auch kritisch auseinander zu setzen.“

Im Ausblick von Michael Bellwinkel und Achim Weber machte der Moderator Klaus Bremen dann „die Meldung des Tages“ aus. Diese lautete „Jetzt geht es erst richtig los!“. Der Paritätischen Gesamtverband präsentierte sich als neuer Partner auf der Bundesebene, der dafür kaum prädestinierter sein könnte: Seit vielen Jahren vertritt er zahlreiche Selbsthilfeorganisationen und ist Träger vieler Selbsthilfekontaktstellen. Durch seine Funktion als Wohlfahrtsverband bestehen außerdem gute Kontakte zu Gesundheitseinrichtungen. Auf Bundesebene wird der Paritätische Gesamtverband daher aus eigenen Mitteln eine Anlaufstelle für Gesundheitseinrichtungen schaffen. Diese soll mit Mitteln des BKK Bundesverband und ggf. weiterer Kassenverbände um eine Unterstützungsstelle für Selbsthilfefzusammenschlüsse auf der Bundesebene ergänzt werden, die ebenfalls beim Paritätischen Gesamtverband angesiedelt wird. Ein zusätzliches Angebot stellen außerdem die Krankenkassen in NRW gemeinsam mit dem Paritätischen NRW in Aussicht: Sie wollen eine sehr engmaschige Betreuung in Nordrhein-Westfalen unterstützen und so die Weiterführung der Arbeit vor Ort sicherstellen.

Präsentationen abrufbar unter:

http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/content/fachtag_2012/index_ger.html

Herausgeber: Netzwerk Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen

Redaktion: Lena Böhnke, Team Gesundheit GmbH

Termine- Tagungsankündigungen

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

16. Januar 2013

Abschlussveranstaltung der DAK-Initiative „**Mit Gesundheit gute Schule machen?!**“

http://www.handbuch-lehrergesundheit.de/tl_files/dateien/Aktuell/Einladung_Mit%20Gesundheit%20gute%20Schule%20machen.pdf

Anmeldung: <http://www.schulen-entwickeln.de/abschlussveranstaltung.html>

23.01.12

„**Stressmanagement: Stress reduzieren – Energie gewinnen**“

<http://www.teamgesundheit.de/index.php?id=267>

„**Burnoutprävention: Burnout erkennen – Burnout vermeiden**“

<http://www.teamgesundheit.de/index.php?id=267>

23.01.2013 - 24.01.2013

Land in Sicht – Perspektiven zur Prävention und Behandlung von Burnout und Depression

Kategorie: Fachtagung

„Land in Sicht - Perspektiven zur Prävention und Behandlung von Burnout und Depression“: Die Tagung am 23. und 24. Januar 2013 liefert einen wissenschaftlich fundierten und zugleich praxisrelevanten Überblick über Ansätze zur Prävention und Behandlung von Burnout und Depression. Die Fachtagung ist gleichzeitig die Auftaktveranstaltung des Zentrums für Gesundheit (ZFG) der Universität Hildesheim, des AMEOS Klinikums Hildesheim und des Klinikums Hildesheim.

Die Tagung richtet sich an Psychologen, Ärzte, und andere im psychosozialen Bereich Tätige, aber auch Personen, die in Betrieben für die Gesundheit von Beschäftigten Verantwortung tragen und an interessierte Laien.

Veranstaltungsort: Kreishaus, Hildesheim

Infos: <http://www.uni-hildesheim.de/index.php?id=8655>

25. und 26. Januar 2013

Kongress "Prävention heute - Gesundheit morgen"

Die Gesellschaft für Prävention e.V. ([GPEV](http://www.gpev.eu)) veranstaltet am 25. und 26. Januar 2013 in Berlin ihren 3. Europäischen Präventionstag zum Schwerpunktthema "Prävention heute - Gesundheit morgen"

Info und Anmeldung: <http://www.gpev.eu/eptstart.html>

29.01.2013

Berlin

Männergesundheit als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsversorgung

Zielgruppen: Fachleute, die in der Gesundheitsversorgung, bei Sozialversicherungsträgern, im öffentlichen Gesundheitsdienst in der Selbsthilfe oder Präventionsanbietern tätig sind. Erwartet werden etwa 200 Teilnehmende.

Organisation:

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V.

Tel.: 05 11 / 3 50 00 52

Fax: 0511 / 3 50 55 95

E-Mail: info@gesundheit-nds.de

Internet: www.gesundheit-nds.de

25.01.2013 - 26.01.2013

3. Europäischer Präventionstag

Auf dem europäischen Präventionstag soll der Dialog um das Thema Prävention angestoßen werden. Thematisch stehen dabei Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie die Betriebliche Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Vorträge und Foren geben inhaltliche Impulse und die Möglichkeit zum fachlichen Austausch.

Veranstalter: Gesellschaft für Prävention e.V. **Veranstaltungsort:** Internationales Congress Centrum Berlin

Infos: <http://www.gpev.eu/eptprogramm.html>

21./22. Februar 2013

Abschlussstagung des Projektes "Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung" (KNP) in Berlin

Kontakt: Dipl. oec. troph. Martina Plaumann, MPH

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

- OE 5410 -Carl-Neuberg-Straße 1 30625 Hannover Tel.: 0511 / 532-4452

Fax: 0511 / 532-

5347 Mail: plaumann.martina@mh-hannover.de

4.-7.3 2013

5th World Congress on Women's Mental Health,

Peru 2013, Lima March 4-7

<http://www.iawmh2013.com/index.htm>

06. und 07. März 2013

18. Kongress Armut und Gesundheit

am Mittwoch und Donnerstag, den 06. und 07. März 2013

in der Technischen Universität Berlin

http://www.gew.de/18._Kongress_Armut_und_Gesundheit.html

APRIL 3 – 5. 4. 2013

Mental Health throughout life

Herrenhausen PALACE, Hanover, GERMANY

2nd Herrenhausen Conference

For further information, application, and registration visit our website

<http://www.contoo.de/c/mentalhealth>

12.-13. April und 31. Mai-01. Juni 2013

Kriminalprävention

Landespräventionsrat Niedersachsen Niedersächsisches Justizministerium

Weitere Informationen und Anmeldeformular unter www.lpr.niedersachsen.de oder

www.beccaria.de.

22. & 23. April 2013

Annual International Forum within the German Congress on Crime Prevention:

AIF

The upcoming congress (7. AIF and 18th GCOCP) will take place 22. & 23. April 2013 in the City Hall of Bielefeld.

<http://www.gcoep.org/>

24.4.-23.11.2013

BdP: Curriculum Gesundheitsförderung und Prävention -Schwerpunkt Betriebliches Gesundheitsmanagement

in Berlin

www.psychologenakademie.de

12.06.2013 - 13.06.2013

Europäisches Forum für evidenzbasierte Prävention

In Krems an der Donau findet vom 12. - 13. Juni 2013 bereits zum vierten Mal das international anerkannte Symposium „Europäisches Forum für Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention - European Forum for Evidence-based Prevention [EUFEP]“ zum Thema „Adipositas - Obesity“ statt.

Infos: <http://www.eufep.at/>

4. – 7. Juli und 18. – 22. September 2013 in Rust

PARTNERSCHULE: Weiterbildung in Paar- und Sexualberatung

1. Kursabschnitt: Mittwoch, 3. Juli (15.00 Uhr) bis Sonntag, 7. Juli (13.00 Uhr)

Themenschwerpunkt: Paardiagnostik, früh gelernte Beziehungsmuster als mögliche Auslöser für Interaktionsstörungen und der praktische Umgang damit in der Beratung.

2. Kursabschnitt: Mittwoch, 18. September (15.00 Uhr) bis Sonntag, 22. September (13.00 Uhr)

Themenschwerpunkt: Sexualberatung als impliziter Bestandteil einer Paarberatung (kleines Genusstraining)

Arbeitseinheiten: 40 Arbeitseinheiten zu je 45 Minuten pro Kursabschnitt.

Leitung:

Dr. Rudolf Sanders Dipl.-Pädagoge, Leiter der kath. Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstelle Hagen-Iserlohn. Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich Eheberatung und Paartherapie, Begründer des Verfahrens Partnerschule, Herausgeber der Fachzeitschrift *Beratung Aktuell*.

Renate Lissy-Honegger Dipl.-Lebensberaterin, Dipl.-Pädagogin, Partnerschule-Trainerin, freie Praxis in Rust/Neusiedler See.

Seminarkosten: Für die gesamte Weiterbildung pro Person: € 1.100,- (USt-frei, d.h. es wird keine MwSt verrechnet). Anmeldung: Schriftlich oder telefonisch bis spätestens 30. April 2013 bei: Partnerschule Burgenland, c/o Karola Beilschmidt, Weinberggasse 1, A-7071 Rust oder partnerschule-burgenland@gmx.at, Tel.: +43 (0) 680/40 20 270 Bei Anmeldung bis zum 31.01.2013 reduzieren sich die Seminarkosten auf € 1.000,-.

26. bis 30. März 2014

28. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung

an der Freien Universität Berlin

2. DGVT-Spring-School für Promovierende und "Pre-Congress-Workshops"

am **Mittwoch, 26. März 2014**

Motto: Positive Perspektiven in Psychotherapie und Gesellschaft

1. Aufruf zur Mitarbeit am 28. Kongress für klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung

Vorschläge für Symposien bis 28. Februar 2013 per Internet anmelden .

Weitere Infos siehe unter <http://www.dgvt.de/aktuell/verein/>

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)
-