

## Aktivitäten der Akteure im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* zum nationalen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“

Im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* verständigen sich die relevanten Akteure des Gesundheitssystems [Kostenträger, Leistungserbringer, Bund, Länder, Kommunen, Patient(inn)en- und Selbsthilfeorganisationen, Wohlfahrtsverbände, Fachverbände, Wissenschaft und Industrie] über verbindliche Gesundheitsziele zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“, das als eines von insgesamt sechs Gesundheitszielen 2003 publiziert wurde, formuliert auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz Empfehlungen für ein nationales Programm zur Reduktion des Tabakkonsums und zur Förderung des Nichtrauchens [1, 2]. In seinen Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (2002) und „Koordination und Qualität“ (2005) kam der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen zu dem Schluss, dass eine effektive Tabakpräventionspolitik verschiedene, sich ergänzende Zielsetzungen verfolgen und Strategien auf mehreren Ebenen kombinieren muss, um erfolgreich sein zu können [3, 4]. Diese Erkenntnis bildet auch die Grundlage des Gesundheitszielkonzepts. Es empfiehlt daher einen „Policy Mix“ aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Strategien und Maßnahmen. Diejenigen Maßnahmen, die sich direkt auf die Veränderung von Verhaltensweisen richten, lassen sich drei Zielbereichen zuordnen:

- Maßnahmen, die auf eine allgemeine Rauchentwöhnung zielen (Ausstieg erleichtern),

- Maßnahmen, die auf eine Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen zielen (Einstieg verhindern),
- Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen.

Kombinierte Maßnahmebündel umfassen außerdem strukturelle/gesetzgeberische Maßnahmen, die verbesserte Rahmenbedingungen schaffen sollen.

Die größte Effektivität und Effizienz würde – so die wissenschaftliche Evidenz – ein Programm erzielen, das einen hohen Anteil verhaltensbezogener und einen hohen Anteil verhältnisbezogener Maßnahmen beinhaltet [1]. Außerdem wird davon ausgegangen, dass ein solches Programm umso erfolgreicher ist, je enger es an den Kriterien der Konsistenz und Integration orientiert ist [3]. Konsistenz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass alle relevanten Aspekte des Problems abgedeckt und das Vorgehen von allen relevanten Akteuren getragen wird. Integration ist dann hergestellt, wenn die gewählte Aufgabenverteilung allen Akteuren ermöglicht, ihren jeweiligen optimalen Beitrag zu leisten, und das Vorhaben in einem Gesamtzusammenhang staatlicher und gesellschaftlicher Bemühungen für mehr Gesundheit steht.

Auf Grundlage dieser Überlegungen zielt die Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ darauf, ein stärkeres systematisches und koordiniertes Vorgehen der Akteure in diesem Handlungsfeld zu fördern.

Eine solche umfassende Strategie lässt sich jedoch nicht in einem Schritt realisieren. Daher formulierte *gesundheitsziele.de* in seinem Zielkonzept Zwischenschritte, die als Indikatoren für eine gewünschte Entwicklung in die Richtung „Tabakkonsum reduzieren“ geeignet sind. Als fünf sogenannte Basismaßnahmen wurden diejenigen Handlungsfelder beschrieben, die der Ausschuss *gesundheitsziele.de* als prioritär für die Umsetzung empfahl. Die Evaluation dieser Basismaßnahmen erfolgte erstmalig in diesem Jahr [2].

Die gemeinsame Zielorientierung, die *gesundheitsziele.de* unterstützen will, soll sich auf Grundlage von Selbstverpflichtung in konkretes Handeln der Akteure umsetzen und zur Durchführung von Maßnahmen zur Zielerreichung führen. Inwieweit die Gesundheitsziele in konkrete Maßnahmen umgesetzt und die gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen aufgenommen werden, liegt in der Eigenverantwortung der beteiligten Akteure, der eine Selbstverpflichtung zugrunde liegt. Gleichwohl ist die Maßnahmenumsetzung ein Indikator für die Verankerung des Gesundheitszielgedankens bei den Akteuren.

Die seit 2007 durchgeführte Eigenevaluation des Gesamtprozesses enthält daher als Erfolgsindikator: „Die Akteure leisten aktiv Beiträge zu mehr Zielorientierung und führen Maßnahmen durch, die der Erreichung der einzelnen Gesundheitsziele dienen.“ Der Großteil der Parameter für die Erfolgsindikatoren wird im Rahmen der Standarddokumentation der Geschäftsstelle erfasst. Die Umsetzungsakti-

**Tab. 1** Positive Rückmeldungen zum Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ nach Akteuren

Positive Rückmeldungen	Anzahl Akteure	Anzahl Maßnahmen
Bund	3	5
Länder	5	13
Kommunen	14	22
Kostenträger	6	15
Leistungserbringer	5	9
Wissenschaft	1	1
Summe	34	65

vitäten der Akteure wurden jedoch mittels einer separaten Abfrage erhoben.

Bisher fehlt in Deutschland eine umfassende Strategie zur Tabakprävention im Sinne eines nationalen Aktionsplans. Bestandteil eines solchen Vorhabens müssten das Monitoring und die Evaluation des Vorgehens wie auch der durchgeführten Maßnahmen sein [3]. Entsprechend fehlt bisher ein systematischer Überblick über Aktivitäten und Interventionen in den verschiedenen Aktionsfeldern der Tabakprävention.

Die Erhebung von *gesundheitsziele.de* erfasst den Ausschnitt der selbst berichteten Aktivitäten der Mitgliedsorganisationen. Die Erkenntnisse der Befragung zum Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ aus dem Jahr 2008 werden im Rahmen dieses Artikels dargestellt.

## Methoden der Erhebung

Jeweils zum Jahresende erfasst die Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de* mittels eines standardisierten Fragebogens die konkreten Maßnahmen und Aktivitäten der Akteure zu den einzelnen Gesundheitszielen und wertet die Ergebnisse aus. Der Fragebogen wird an die Mitglieder des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* elektronisch verschickt mit der Bitte, die zuständigen Abteilungen beziehungsweise bei Dachverbänden die Mitgliedsorganisationen in die Beantwortung mit einzubinden. Da die Gesundheitsziele verschiedene Fachthemen berühren, kann die Expertise mehrerer Ressorts notwendig sein. Um für diesen Vorgang ausreichend Zeit einzuräumen, wird die Rückmeldefrist entsprechend bemessen.

Die erhobenen Daten beruhen auf Selbstangaben der befragten Akteure. Die

Zuordnung der Aktivitäten zu den einzelnen Gesundheitszielen beziehungsweise Teilzielen sowie alle anderen Informationen werden für die statistische Auswertung in der Regel wie angegeben übernommen. Erfolgen keine Angaben zu den einzelnen Items, werden diese nicht von der Geschäftsstelle ergänzt. Außerdem werden die in der Geschäftsstelle eingegangenen Daten nicht validiert. Lediglich bei offenkundig falscher Zuordnung zum Beispiel zu den (Teil-)Zielen werden Korrekturen vorgenommen, um konsistente Daten zur Verfügung zu haben.

Die Abfrage ermittelt unter anderem die Zielgruppen, Formate, Reichweite, Laufzeiten, Qualitätssicherung und Evaluation der Maßnahmen sowie ihre Zuordnung zu den Teilzielen der einzelnen Gesundheitsziele. Die Reichweite einer Maßnahme wurde sowohl als räumliche Dimension (bundesweit, regional, kommunal) als auch als absolute Anzahl der durch die Maßnahme erreichten Menschen in die Abfrage integriert.

## Verteiler

Angeschrieben wurden die in den Gremien vertretenen insgesamt 62 Organisationen des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de*, Einzelpersonen wurden nicht berücksichtigt. Bei den Adressaten handelt es sich zum großen Teil um Bundesorganisationen beziehungsweise bundesweit tätige Organisationen. Hinter diesen stehen wiederum unterschiedlich viele Mitgliedsorganisationen auf Ebene der Bundesländer, Regionen oder Kommunen. Die Verteilung der angeschriebenen Organisationen auf die unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen fällt inhomogen aus (vergleiche **Tab. 1**).

## Aussagekraft

Die Akteure verfahren unterschiedlich bei der Bearbeitung der Abfrage und Weitergabe an Fachabteilungen und Mitgliedsorganisationen. So zeigt die Erfahrung von nunmehr zwei durchgeführten Befragungen, dass sowohl die Anzahl und das Spektrum der rückmeldenden Akteure variieren. Außerdem gibt es in den angeschriebenen Organisationen nicht flächendeckend eine feste Zuständigkeit für die Beantwortung der Abfrage, sodass von Jahr zu Jahr die Rückmeldung von anderer Stelle erfolgen kann.

Das Fehlen einer Rückmelderroutine führt dazu, dass in jede Erhebung unterschiedliche Expertise einfließt und beispielsweise das Ausmaß, in dem die zuständigen Fachabteilungen einbezogen werden, variiert. Hierdurch kommt es zu einem Antwortbias, der die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt.

Ein weiterer, teilweise hieraus resultierender Selektionsbias bezieht sich auf die Maßnahmen selbst. Es kann davon ausgegangen werden, dass nur ein Ausschnitt der tatsächlichen Aktivitäten und Anstrengungen seitens der Akteure rückgemeldet wird. Aktivitäten von Organisationen außerhalb des Kooperationsverbundes werden mit der Abfrage nicht erfasst. Die Auswertung erfolgt rein quantitativ und bildet daher keine qualitativen Aspekte, wie zum Beispiel die Bedeutsamkeit oder Wirkung der Intervention, ab.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse einen Ausschnitt der Anstrengungen abbilden, die insgesamt in Deutschland unternommen werden, um die Gesundheit der Bevölkerung in den exemplarischen Zielbereichen von *gesundheitsziele.de* zu fördern. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird daher nicht erhoben und ist auch nicht Anliegen dieser Befragung. Gleichwohl vermitteln die Ergebnisse einen Überblick darüber, welche (Teil-)Ziele die Akteure im Kooperationsverbund aufgreifen und welche Maßnahmen zur Zielerreichung sie durchführen.

Zentrale Ergebnisse

Allgemein

Von den angeschriebenen 62 Akteuren gaben 19 Organisationen an, Aktivitäten zum Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ durchzuführen. Hinzu kamen Rückmeldungen von 15 Mitgliedsorganisationen der adressierten Akteure. Diese insgesamt 34 Träger führten im Jahr 2008 65 Maßnahmen durch. Damit steht das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ nach „Gesund aufwachsen“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ an dritter Stelle der Rangfolge nach absoluter Anzahl der gemeldeten Interventionen.

Absolut gesehen, haben Städte beziehungsweise Kommunen die meisten Maßnahmen gemeldet, die meisten Aktivitäten im Verhältnis zur Anzahl der Akteure gehen jedoch von den Ländern, gefolgt von den Kostenträgern und Leistungserbringern aus.

Maßnahmen zu den Teilzielen

Die Teilziele 1 bis 3 beziehen sich auf die Förderung des Ausstiegs und eine Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen. Zentrale Zielgruppe für Ausstiegshilfen aus dem Rauchen sind Erwachsene. Die Anbieter nutzen die ihnen zur Verfügung stehenden Informationswege und Settings – zum Beispiel Disease-Management-Programme (Krankenkassen), Gesundheitsbildungsprogramme in der Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung, **Tab. 2**).

Die meisten Maßnahmen sowohl zur Förderung des Ausstiegs als auch zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen adressieren Kinder und Jugendliche. Hierzu gehören massenmediale Aufklärung und Information – wie beispielsweise innerhalb der Mehrebenenkampagne „rauchfrei!“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) –, die darauf abzielen, den Ausstieg Jugendlicher und Erwachsener aus dem Tabakkonsum zu fördern und durch verstärkte Aufklärungsarbeit den Anteil an Nie-Raucher(inne)n unter Kindern und Jugendlichen zu erhöhen. Die Schule wird von verschiedenen Akteuren [BZgA, Landesinitiati-

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:103–107 DOI 10.1007/s00103-009-1013-3  
© Springer-Verlag 2010

G. Klärs · T. Krämer

**Aktivitäten der Akteure im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* zum nationalen Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“**

Zusammenfassung

Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* entwickelt mit allen relevanten Akteuren des Gesundheitswesens exemplarische, nationale Gesundheitsziele und empfiehlt konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung. Die Umsetzung erfolgt in Selbstverpflichtung der Akteure. Im Rahmen der Erfolgsmessung von *gesundheitsziele.de* wird jährlich erhoben, welche Maßnahmen von den Akteuren ergriffen werden, um die sechs Gesundheitsziele zu erreichen. Zum Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“, so zeigt die Auswertung, erfolgten im Jahr 2008 zahlreiche In-

terventionen, die auf die Förderung des Ausstiegs, die Verhinderung des Einstiegs sowie den Schutz vor Passivrauchen zielten und eine effektive Tabakkontrollpolitik unterstützen. Die Anzahl der verhaltensbezogenen, individuumszentrierten Interventionen ist fast doppelt so hoch wie die der strukturellen/gesetzgeberischen Maßnahmen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziel · Tabakkonsum · Maßnahmen · Zielerreichung

**Activities of the consortium *gesundheitsziele.de* concerning the health target “Reduce tobacco consumption”**

Abstract

The consortium *gesundheitsziele.de* develops, together with all relevant actors in health care, exemplary national health targets and recommends concrete measures to achieve these goals. Implementation takes place based on voluntary agreements of the actors. The success of *gesundheitsziele.de* is assessed yearly based on the activities undertaken by the actors in order to achieve the six health targets. Evaluation of the health target “Reduce tobacco consumption” shows that numerous interventions were undertak-

en in 2008 geared towards not only the promotion of quitting, prevention of take-up or protection against passive smoking, but also the fostering of effective tobacco control policies. The number of behavioural, individual-oriented interventions is almost twice as high as the number of structural/legislative measures.

Keywords

Health target · Tobacco consumption · Measures · Achievement of objectives

**Tab. 2 Verknüpfung der Aktivitäten 2008 mit den Teilzielen des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“**

Tabakkonsum reduzieren (gesamt = 65) (Mehrfachnennungen möglich)	Verknüpfung mit Teilzielen	Absolut	Prozentualer Anteil
	An alle Teilziele	7	11%
	An Teilziel 1: Steigende Zahl von Ex-Raucher(inne)n	44	68%
	An Teilziel 2: Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf	35	54%
	An Teilziel 3: Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher/innen	39	60%
	An Teilziel 4: Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt	45	69%
	An Teilziel 5: Effektive Tabakkontrollpolitik ist etabliert	9	14%
	Andere Zielsetzungen	2	3%

ven, Städte/Kommunen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Krankenkassen] als zentrales Interventionsfeld genutzt, um diese Zielgruppe zu erreichen. Informationen über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens werden kombiniert mit konkreten Entwöhnungsangeboten. Hinzu kommen strukturelle Maßnahmen zur Schaffung rauchfreier Schulen und die Arbeit mit Multiplikator(inn)en (Lehrer/innen und Eltern). Der Anteil der verhaltensbezogenen Maßnahmen ist doppelt so hoch wie derjenige der verhältnisbezogenen Interventionen.

Gut zwei Drittel aller Maßnahmen verfolgen das Ziel, den Schutz vor Passivrauchen zu erhöhen (Teilziel 4). Die ergriffenen Maßnahmen sind vielfältig und reichen vom „Wettbewerb rauchfreier Betrieb“ (BMG) über Kampagnen (BZgA, KBV), Landesprogramme und gesetzliche Regelungen zum Schutz vor Passivrauchen bis zu Aktionstagen in Betrieben und Schulen auf kommunaler Ebene. Der größte Teil der hier aufgeführten Maßnahmen sind Entwöhnungsangebote und Präventionsmaßnahmen, deren „Nebeneffekt“ ist, dass weniger Personen dem Passivrauchen ausgesetzt sind.

Das strukturelle Teilziel 5 der Implementierung einer effektiven Tabakkontrollpolitik wird vorrangig von den Ländern, gefolgt von Kostenträgern und Städten/Kommunen umgesetzt. Hierauf beziehen sich 14% aller Maßnahmen. Das Spektrum der Aktivitäten reicht von gesetzlichen Regelungen bis hin zu Multipli-

kator(inn)enfortbildungen und Veranstaltungen auf kommunaler Ebene.

Der Großteil der gesamten Interventionen richtet sich in Form von Informationsangeboten und -veranstaltungen an Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie an Multiplikator(inn)en. Ein Drittel aller Maßnahmen knüpft an die ersten vier Teilziele gleichzeitig an (Ausstieg fördern, Einstieg verhindern, Passivrauchen reduzieren).

Im Vergleich zu den anderen Gesundheitszielen erreichen die Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums quantitativ die meisten Menschen. Der weitaus größte Teil der Maßnahmen (75%) wird in Kooperation durchgeführt (Länder, Kommunen, Kostenträger). Mit gut zwei Drittel (69%) wird ein hoher Teil der Interventionen qualitätsgesichert erbracht, gut die Hälfte (57%) wird evaluiert.

### Aktivitäten zu den Basismaßnahmen

Die fünf Basismaßnahmen wurden anhand der Kriterien: Bedeutung, Machbarkeit, zeitnahe Umsetzbarkeit ausgewählt. Das Ineinandergreifen von strukturellen/gesetzgeberischen und individuellen/verhaltensbezogenen Strategien und Maßnahmen entspricht dem geforderten „Policy Mix“ [1].

Die Verteilung der von den Akteuren durchgeführten Aktivitäten auf die Basismaßnahmen bestätigt das zuvor beschriebene Bild: Zwei Drittel aller Maßnahmen fokussieren den Ausstieg aus dem Tabak-

konsum (Basismaßnahme 4), gefolgt von einem Drittel der Maßnahmen, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern (Basismaßnahme 5).

Maßnahmen zur Tabaksteuererhöhung und zum Werbeverbot fanden sich in den gemeldeten Maßnahmen zwar nicht wieder, gleichwohl wurden in den letzten Jahren gesetzliche Neuregelungen auf Bundes- und Länderebene getroffen, die eine Angleichung deutscher Verhältnisse an EU-Recht beförderten (vergleiche andere Beiträge in diesem Heft).

Die Basismaßnahmen des Gesundheitsziels werden somit im Sinne des angestrebten „Policy Mix“ von allen relevanten Akteuren umgesetzt. Präventions- und ausstiegsorientierte Aktivitäten werden vorrangig von Leistungserbringern und Kostenträgern erbracht, während der strukturelle und legislative Rahmen von Bund und Ländern definiert wird.

### Fazit

**Die rückgemeldeten und ausgewerteten Maßnahmen stellen einen Ausschnitt der gesamten Anstrengungen dar, die in Deutschland unternommen werden, um den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Der angestrebte „Policy Mix“ von strukturellen und individuumszentrierten Interventionen spiegelt sich in den Rückmeldungen der Akteure wider, wenngleich der Anteil der Interventionen, die auf die Verhaltensänderung abzielen, gegenüber strukturellen Maßnahmen überwiegt. Der weitaus größte Teil der Maßnahmen verfolgt gleichzeitig präventionsbezogene Ziele und Zielsetzungen zur Förderung des Ausstiegs. Somit werden häufig Aufklärungsangebote über die Schädlichkeit des Rauchens von Entwöhnungsangeboten flankiert. Die Schaffung rauchfreier Settings unterstützt den gesellschaftlichen Einstellungswechsel gegenüber dem Tabakkonsum, fördert die Akzeptanz von Rauchverboten und schützt vor Passivrauchbelastung.**

**Dass die Interventionen in diesem wichtigen Handlungsfeld dennoch fortgesetzt und intensiviert werden müssen, verdeutlicht die Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzie-**

ren (vergleiche Beitrag von Kröger et al. „Evaluation des Gesundheitsziels Tabakkonsum reduzieren“ in diesem Heft).

### Korrespondenzadresse

#### G. Klärs

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.,  
Kooperationsverbund gesundheitsziele.de  
Hansaring 43, 50670 Köln  
g.klaers@gvg-koeln.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2003) gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Tabakkonsum reduzieren. Eigenverlag, Berlin, S 91–130
2. Kröger C, Mons U, Klärs G et al (2009) Evaluation des Gesundheitsziels Tabakkonsum reduzieren. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz
3. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

### Hector Forschungspreis 2011

Die H. W. & J. Hector Stiftung, Weinheim, schreibt für 2011 einen Forschungspreis aus, der herausragende wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der HIV-Infektion auszeichnet.

**Dotation: 20.000,-- €**

In Frage kommen hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem gesamten HIV-Sektor, die in den letzten 24 Monaten in einem peer-reviewed Journal zur Publikation angenommen wurden.

Sind bei der Einreichung mehrere Autoren beteiligt, so ist durch die Autorenschaft in der Zusammenfassung eindeutig zu kennzeichnen, wer sich als Preisträger bewirbt. Der Bewerbung ist eine Versicherung beizufügen, dass alle Co-Autoren der eingereichten Arbeit mit der Bewerbung einverstanden sind.

Bewerbungen in 7-facher Ausfertigung sind bis zum 31.12.2010 an das Kuratorium der H. W. & J. Hector Stiftung, Weinheim, unter folgender Korrespondenzadresse einzureichen:

**Dr. med. Rolf Kleinschmidt  
Medizinische Klinik I  
Wilhelm-Epstein-Straße 4  
60431 Frankfurt / M.  
Tel. 069/9533-2410  
Fax: 069/9533-2415**

### Projektförderung

Die H. W. & J. Hector Stiftung, Weinheim, schreibt für 2010 folgende Projektförderungen (Sachmittel / Personalkosten) aus zum Thema:

#### 1. Untersuchungen zu „HIV und Alter“

**Dotation: 200.000,-- € über 3 Jahre**

Förderungswürdig sind Projekte:

- die auf einer ausreichenden Anzahl von Vorarbeiten basieren,
- die möglichst multizentrisch angelegt sind,
- die mithilfe einer professionellen Statistik evaluiert sind,
- die nicht zu mehr als 50% durch andere Förderinstitutionen unterstützt werden (Budgetnachweis).

#### 2. Evaluation von Supportivmaßnahmen bei der HIV-Erkrankung

**Dotation: 200.000,-- € über 3 Jahre**

Bewerbungen sollen gemäß den aktuellen Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft für Sachbeihilfen in vierfacher Ausfertigung bis zum 15.8.2010 an das Kuratorium der H. W. & J. Hector Stiftung unter folgender Korrespondenzadresse eingereicht werden:

**Dr. med. Rolf Kleinschmidt  
Medizinische Klinik I  
Wilhelm-Epstein-Straße 4  
60431 Frankfurt / M.  
Tel. 069/9533-2410  
Fax: 069/9533-2415**