

Prävention

– *gesund, machbar und finanzierbar!* –

Prävention und Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe im
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

– Bedarfe, Trends und Handlungsmöglichkeiten –

Jan-Hendrik Heudtlass, Georg Juckel



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Prävention

- gesund, machbar und
finanzierbar! -

Prävention und
Gesundheitsförderung als
Zukunftsaufgabe im
LWL-PsychiatrieVerbund
Westfalen
– Bedarfe, Trends und
Handlungsmöglichkeiten –

Impressum

Herausgeber

Landschaftsverband Westfalen- Lippe
LWL-Abteilung für Krankenhäuser
und Gesundheitswesen
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
- Medizinisches Innovationsmanagement -

Verantwortlich:

Jan-Hendrik Heudtlass
Dipl.-Gesundheitswissenschaftler (MPH)
Referent
Medizinisches Innovationsmanagement
Univ.-Prof. Dr. med. Georg Juckel
Ärztlicher Direktor
LWL-Universitätsklinik Bochum
der Ruhr-Universität Bochum
Psychiatrie - Psychotherapie - Psychosomatik -
Präventivmedizin

Titelfoto:

© Rainer Sturm PIXELIO

1. Auflage: 1.000 Exemplare
2. Auflage: 1.001 - 2.000 Exemplare

© 2008 Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Titel der Ihnen vorliegenden Broschüre klingt optimistisch und selbstbewusst: „Prävention - gesund, machbar und finanzierbar!“. Das deutsche Gesundheitssystem ist da in seiner Realität noch nicht angekommen. Gesundheitsexperten urteilten in einem umfangreichen Gutachten sinngemäß, die Antwort auf das stetige Ansteigen der chronischen Krankheiten in unserer Gesellschaft liege auch darin, die Prävention entscheidend zu stärken und hierzu alle verfügbaren Ressourcen nutzbar zu machen. Dieses Ziel – so die Fachleute – ist eindeutig noch nicht erreicht.

Deshalb ist es nur konsequent, wenn wir auch mit Blick auf die Zunahme psychischer Beeinträchtigungen und psychiatrischer Erkrankungen uns als großer kommunaler Leistungsanbieter in der psychiatrischen Versorgung in Westfalen-Lippe selbst in die Pflicht nehmen. Ein leistungsfähiges Präventionsangebot mit einem besonderen Augenmerk auf die seelische Gesundheit soll im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen in den kommenden Jahren auf- und ausgebaut werden. Es soll die Menschen darin unterstützen, gesunde Lebensstile zu entwickeln und zu fördern. Die Prävention wird sinnvollerweise ergänzt um Angebote der Früherkennung mit der Chance, den Eintritt der Erkrankung zu verzögern oder den weiteren Verlauf zumindest effizienter therapeutisch beeinflussen zu können.

An allen Standorten unserer Einrichtungen sollen nicht nur die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen davon profitieren können. Leistungsangebote zur Prävention sollen vielmehr allen Bürgerinnen und Bürgern in den Kommunen als Angebot zur Verfügung stehen. Das Expertenwissen aus unseren Einrichtungen soll zu diesem

Zweck gebündelt werden. Die großen Erfahrungen in der Therapie, Rehabilitation und Pflege sind dafür eine gute Grundlage in der Prävention psychischen Leidens und der Förderung seelischer Gesundheit.

Die Darstellungen auf den folgenden Seiten richten sich ausdrücklich nicht allein an die Spezialisten, sondern alle beteiligten Berufsgruppen unserer Einrichtungen. Dazu gehört, dass an mancher Textstelle vereinfachte Darstellungen ausdrücklich bevorzugt werden gegenüber einer detaillierten, auch strengen wissenschaftlichen Maßstäben genügenden Darlegung. Der Vorteil liegt in der gewünschten Ansprache einer größeren Leserschaft. Die vorliegende Broschüre enthält eine Vielzahl von Hinweisen, die Anregungen und Hilfestellungen für die Entwicklung und den Auf- bzw. Ausbau entsprechender Leistungen bieten. Die Autoren haben zur Implementierung von Präventionsleistungen in den Klinikalltag keine "Rezepte", keine Verordnungen, sondern Empfehlungen ausgesprochen. Die Einrichtungen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen sind jetzt gefordert, ihren Gestaltungsspielraum in der Realisierung entsprechender Leistungen für die Bürgerinnen und Bürger zu nutzen. Mein Dank gilt an dieser Stelle der BKK Westfalen-Lippe und der Barmenia Versicherung, welche die Herausgabe dieser Broschüre finanziell gefördert haben.



Dipl.-Kff. Helga Schuhmann-Wessolek
Landesrätin
LWL-Krankenhausdezernentin

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Prävention und Gesundheitsförderung – eine Begriffsbestimmung und Erläuterung der Ziele	11
3	Handlungsbedarfe aus Sicht der Forschung und Politik	13
3.1	Forschungsstand und –perspektiven	13
3.2	Handlungsbedarf aus Sicht der Politik	13
4	Anbieter der Prävention und Gesundheitsförderung –Marktbeobachtungen	15
4.1	Anbieterspektrum	15
4.1.1	Niedergelassene Ärzte	15
4.1.2	Psychologische Psychotherapeuten	16
4.1.3	Pflegedienste	17
4.1.4	Volkshochschulen (VHS 2006)	18
4.1.5	Apotheken	19
4.1.6	Krankenhäuser	19
4.1.7	Sozialversicherungsträger	21
5	Entwicklungsperspektiven des Gesundheitsmarktes in Prävention, Gesundheitsförderung und Medical Wellness	22
6	Zukünftige Interventions- und Handlungsfelder für die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen – Potenzialanalyse	23
6.1	Erhalt der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	23
6.2	Spezielle Prophylaxe bei Kindern psychisch kranker Eltern	23
6.3	Suchtprävention	24
6.4	Suizidprävention	24
6.5	Frühe Sekundärprävention: Schizophrenie, Bipolare Störung, Demenz	25
6.6	Präventionsforschung	27
7	Qualitätssicherung in der Prävention	28
8	Finanzierung von Prävention	29
8.1	Gesundheitsökonomischer Nutzen	29
8.2	Angebotsfinanzierung	29
8.3	Finanzielle Nutzeranreize	34
9	Prävention in der Klinikorganisation	35
9.1	Marktbeobachtung	35
9.2	Anforderungskriterien	35
10	Prävention als Säule im Leistungskatalog der Kliniken im LWL-Psychiatrie-Verbund Westfalen Westfalen	37
10.1	Argumente für ein Leistungsangebot	37
10.2	Empfehlungen zur Umsetzung	38
	Literatur	39

Auf einen Blick

Politik und Experten fordern verstärkte Anstrengungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Der seelischen Gesundheit kommt hierbei eine zentrale Rolle zu. Der medizinische Fortschritt eröffnet für wirksame Interventionen heute neue Möglichkeiten und auch die Möglichkeiten zur Leistungsfinanzierung werden verbessert. Prävention soll im Leistungsangebot der LWL-Kliniken als Gesundheitszentren zu einem bedeutenden Handlungsfeld avancieren.

Die in diesem Konzept vorgestellten Betrachtungen und Überlegungen sind nicht auf eine Diskussion unter Experten begrenzt, sondern sollen zu einer breiten Debatte auffordern und pragmatische Anstöße geben.

Für die unternehmerische Praxis im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen kommen wir zu folgenden Empfehlungen:

1. Leistungsangebote auf- und ausbauen!

Sukzessive wird mit den fachlichen Ressourcen der LWL-Kliniken ein Leistungsangebot aufgebaut, das sich an den Marktbedingungen des jeweiligen Standortes orientiert. Universelle Angebote zur Prävention in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und zum Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln werden neben speziellen psychiatrischen Interventionen zur Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung eingeführt.

2. Angebotsfinanzierung vereinbaren!

Möglichst über klinikübergreifende psychiatrieverbundsweit geltende Rahmenvereinbarungen sollen mit den Kostenträgern für standardisierte Leistungsangebote einheitliche Vergütungen erzielt werden.

3. Kompetenz bündeln: Bereiche für seelische Gesundheit und Präventivmedizin an allen LWL-Kliniken

Die LWL-Kliniken schaffen Organisationsverantwortlichkeiten für "Seelische Gesundheit und Präventivmedizin", bei denen Leistungsangebote zur Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und gefördert werden. Diese Aufgabe wird als abteilungs- bzw. stationsübergreifende Querschnittsaufgabe implementiert und mit der Übertragung von Durchführungsverantwortung an entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter verbunden.

4. Forschungsprojekte initiieren und unterstützen!

Forschungsbeiträge zur Prävention und Therapie psychischer Krankheiten sind mit den verfügbaren Mitteln des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen, insbesondere aber mit Einwerbung von Drittmitteln, zu initiieren bzw. zu unterstützen.

5. Innovationen fördern: Präventionspreis LWL

Innovative Konzepte und Leistungsangebote zur Prävention und Gesundheitsförderung werden mit einem jährlich vergebenen LWL-Präventionspreis ausgezeichnet. Honoriert werden können wissenschaftliche Arbeiten, Praxisprojekte der Prävention und Gesundheitsförderung und andere Beiträge. Der Preis wird in Westfalen-Lippe extern ausgeschrieben.

6. In Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Prävention investieren!

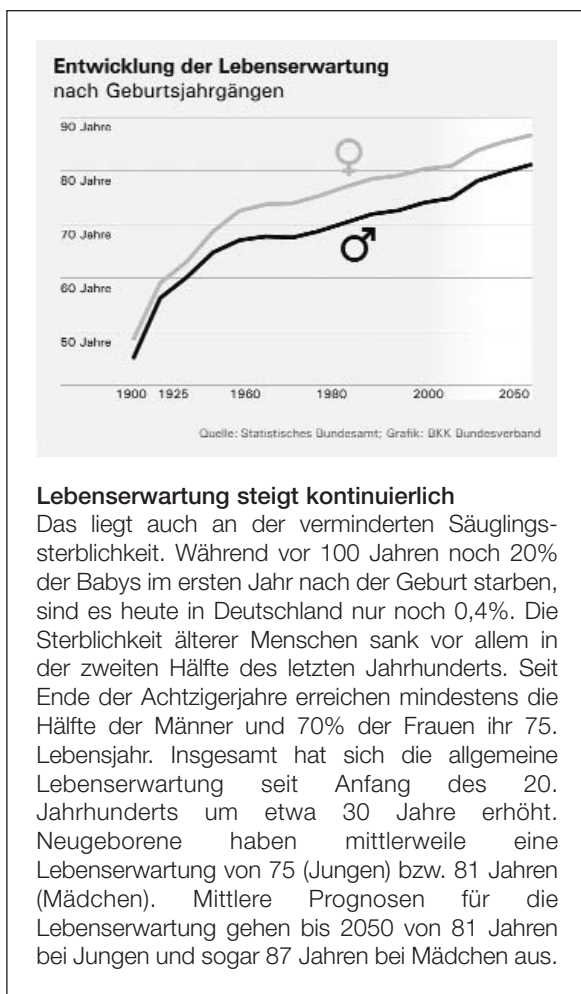
Wissenschaftliche Symposien, Fortbildungen für Gesundheitsberufe, Ausbildungsprojekte in der Gesundheits- und Krankenpflege, Kursleiterqualifikationen werden für bereits bewährte Angebote ins Leben gerufen. Der Wissenstransfer soll im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen klinikintern und klinikübergreifend intensiviert werden.

7. Kooperationen mit anderen Marktteilnehmern prüfen!

Der Markt der Dienstleister im Bereich der Prävention wächst mit steigender Nachfrage enorm. Für den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ergeben sich durch Kooperationen ggf. bessere Eintrittschancen in den Markt. Verbesserte Akquisebedingungen und KnowHow-Transfer können das Ergebnis gemeinsamer Unternehmungen sein.

1. Einleitung

Mit Beginn des neuen Jahrtausends haben sich in Deutschland tief greifende, auch das Gesundheitswesen nachhaltig beeinflussende Veränderungen vollzogen. Mit folgenden Herausforderungen wird das Gesundheitswesen derzeit konfrontiert: Durch die steigende Lebenserwartung und den Geburtenrückgang wird die Altersstruktur unserer Gesellschaft nachhaltig beeinflusst. In NRW wird mit einem Zuwachs von 15% bei den über 60-Jährigen und von 50% bei den 75-Jährigen und älteren Menschen gerechnet (Reichert 2005).



Lebenserwartung steigt kontinuierlich

Das liegt auch an der verminderten Säuglingssterblichkeit. Während vor 100 Jahren noch 20% der Babys im ersten Jahr nach der Geburt starben, sind es heute in Deutschland nur noch 0,4%. Die Sterblichkeit älterer Menschen sank vor allem in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts. Seit Ende der Achtzigerjahre erreichen mindestens die Hälfte der Männer und 70% der Frauen ihr 75. Lebensjahr. Insgesamt hat sich die allgemeine Lebenserwartung seit Anfang des 20. Jahrhunderts um etwa 30 Jahre erhöht. Neugeborene haben mittlerweile eine Lebenserwartung von 75 (Jungen) bzw. 81 Jahren (Mädchen). Mittlere Prognosen für die Lebenserwartung gehen bis 2050 von 81 Jahren bei Jungen und sogar 87 Jahren bei Mädchen aus.

- Mit steigendem Alter steigt die Morbiditätsrate linear, bei einigen Krankheiten wie beispielsweise der Demenz sogar exponentiell an (Kornhuber 2004). Die Gesunderhaltung im letzten Lebensdrittel avanciert damit auf der Leistungsseite zur Schlüsselproblematik.



Jährlich fast 200.000 neue Demenzerkrankungen

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen. Während weniger als 2% der 65- bis 69-Jährigen unter dieser Erkrankung leiden, sind es bei den über 90-Jährigen bereits mehr als 30%. Gut zwei Drittel aller Demenzkranken sind Frauen. Ursache dafür ist hauptsächlich deren höhere Lebenserwartung. Zudem scheinen Frauen länger als Männer mit der Krankheit leben zu können. Gibt es zukünftig keine drastischen Fortschritte bei Prävention und Therapie der Demenz, wird mit dem Anteil älterer Menschen auch die Zahl der Erkrankungen steigen. Legt man die Bevölkerungsschätzung des Statistischen Bundesamtes zu Grunde, könnten 2050 bereits 2,3 Mio. ältere Menschen von dieser Krankheit betroffen sein.

- Durch den demographischen Wandel verbunden mit den sich wandelnden Lebens- und Arbeitsbedingungen verändert sich das Krankheitspektrum. Der Mangel an Bewegung, falsche Ernährungsgewohnheiten und Probleme der Stressbewältigung führen zu einer Zunahme so genannter Zivilisationskrankheiten wie zum Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. Zugleich haben psychische Krankheiten verglichen mit früheren Jahren heute drastisch an Bedeutung gewonnen und auch der Stellenwert chronischer Krankheiten wird prognostisch weiter wachsen.

DAK-Gesundheitsreport 2005 (Auszug):

Psychische Erkrankungen steigen dramatisch

Der Krankenstand sank 2004 auf 3,2 Prozent (2003: 3,5 Prozent). Gegen den Trend sind jedoch psychische Erkrankungen weiter gestiegen. Fast zehn Prozent der Fehltage bei den aktiv Berufstätigen gehen darauf zurück. Die Analysen der DAK zeigen, dass seit 1997 sowohl die Krankheitsfälle als auch die Krankheitstage alarmierend zugenommen haben. Von 1997 auf 2004 stieg die Zahl der Fälle bei psychischen Erkrankungen um 70 Prozent. „*Gesundheitspolitisch müssen wir diese besorgniserregende Entwicklung in den Fokus rücken und Prävention und Versorgungsqualität optimieren*“, so der DAK-Vorstandsvorsitzende Herbert Rebscher.

Die DAK beschäftigt sich seit drei Jahren intensiv mit dieser Entwicklung. Andere Kassen haben die Analysen der DAK mittlerweile bestätigt. Der aktuelle DAK-Gesundheitsreport untersucht deswegen die Hintergründe dieser Entwicklung.

Die DAK-Analysen haben ergeben: Die Bevölkerung zeigt sich auf den ersten Blick erstaunlich offen und tolerant gegenüber psychischen Erkrankungen. 82 Prozent meinen, dass diese als Krankheiten akzeptiert werden. In der betrieblichen Realität ergibt sich ein anderes Bild: 30 Prozent der Arbeitnehmer glauben, dass der Vorgesetzte wenig Verständnis hat, wenn ein Mitarbeiter wegen psychischer Probleme nicht am Arbeitsplatz erscheint.

Psychische Erkrankungen: immer noch ein Tabu?

Jeder siebte Berufstätige ist oder war schon einmal wegen eines psychischen Problems in professioneller Behandlung. Mehr als zwei Drittel (70 Prozent) könnten sich ohne weiteres vorstellen, deshalb einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen. 82 Prozent sind der Meinung, dass psychische Krankheiten heute besser akzeptiert werden. Dies ergab eine repräsentative Umfrage unter 1.000 Berufstätigen, die die DAK im Februar 2005 durchführen ließ. Das Ergebnis spricht auf den ersten Blick gegen eine fortbestehende Tabuisierung. Doch das gilt nicht ohne Einschränkung: Mehr als der Hälfte (56 Prozent) wäre es gegenüber dem Arbeitgeber unangenehmer, wegen psychischer Probleme am Arbeitsplatz zu fehlen als wegen anderer Krankheiten. Immerhin 26 Prozent meinen, dass psychische Erkrankungen "oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden".

Experten bewerten alarmierenden Anstieg

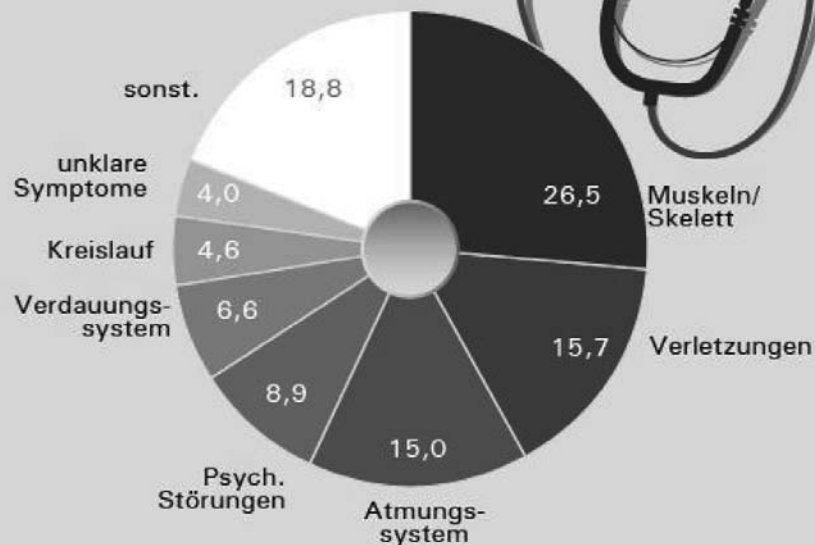
Die DAK hat 22 wissenschaftliche Experten zur Zunahme der psychischen Erkrankungen befragt. Die Mehrheit der Fachleute kommt zu dem Schluss, dass es tatsächlich mehr Fälle gibt. Für wichtig halten sie aber auch, dass psychische Erkrankungen offenbar von den Hausärzten häufiger entdeckt bzw. richtig diagnostiziert werden. Darüber hinaus meinen die Experten, dass Patienten heute wegen psychischer Probleme eher einen Arzt oder Psychologen aufsuchen als früher. Außerdem geht die moderne Arbeitswelt häufig mit schlechteren Rahmenbedingungen für Menschen einher, die anfälliger für eine psychische Erkrankung sind.

Überproportionaler Anstieg psychischer Erkrankungen in den jüngeren Altersgruppen

Gerade in den jüngeren Altersgruppen ist ein überproportionaler Anstieg der **psychischen Erkrankungen** zu verzeichnen. Hier sind die Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen (bei den Frauen) bzw. der 15- bis 34-Jährigen (bei den Männern) besonders stark betroffen. Zwischen 1997 und 2004 wiesen die jüngeren Altersgruppen zum Teil sogar eine Verdoppelung der Erkrankungsfälle auf. So hatten beispielsweise die Männer im Alter von 25 bis 29 Jahren einen Anstieg um 106 Prozent. Bei den Frauen zwischen 20 und 24 Jahren gab es sogar eine Zunahme um 123 Prozent.

Die häufigsten Krankheitsarten

Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage der beschäftigten Pflichtmitglieder 2006 in %



Quelle, Grafik: BKK Bundesverband

Psychische Störungen zählen zu den häufigsten Krankheitsarten

Psychische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch und spielen auch gesundheitsökonomisch eine zentrale Rolle. Im Jahr 2006 hatten psychische Störungen mit 8,9% bereits einen großen Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen.

- Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen wird aufgrund der bei sinkender Beschäftigungsquote erodierten Einnahmeseite zunehmend problematisch. Den wachsenden Anforderungen und dem Ressourcenverbrauch steht die Erwartung gegenüber, die Ausgaben – zumindest innerhalb der paritätischen Finanzierung – zu begrenzen. Diese Situation erfordert es mehr denn je, die „Gesundheitsziele“ zu präzisieren, d.h. zu definieren, welche Ziele priorisiert und deshalb hinreichend finanziert werden. Die Ressourcen im Gesundheitswesen müssen sowohl effizient als auch vorausschauend zugewiesen werden.
- Der medizinische Fortschritt rückt die Frühverläufe der Erkrankungen immer weiter in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. Durch das frühzeitige Erkennen und richtige Deuten erster Symptome bestehen bessere Voraussetzungen für ein angemessenes Krankheitsverständnis. Zukünftig werden sich vermutlich vermehrt spezifische, wissenschaftliche Therapien zur Prävention entwickeln.

Prävention heißt...

Das Entstehen von Krankheiten verhindern

Krankheiten frühzeitig erkennen und Heilungschancen erhöhen

Fortschreiten und Komplikationen von Erkrankungen verhindern

Prävention kann...

Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität des Einzelnen sichern

Als Investment in Humankapital (analog zur Bildung) die Gesamtgesellschaft stärken (Public Health-Wert)

Möglicherweise Kosten im Gesundheitssystem senken

Die Arbeitsfähigkeit der erwerbstätigen Bevölkerung fördern und bewahren (dies ist insbesondere für junge Erwerbstätige wichtig)

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung zur Finanzierbarkeit des Rentensystems beitragen

Vorzeitige krankheitsbedingte Verrentung verhindern

Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern

Eigenverantwortung des Bürgers im Rahmen des Sozialversicherungssystems stärken und verankern

Quelle: Booz, Allen, Hamilton: Von der Reaktion zur Prävention – Leitbild für eine moderne Gesellschaft Studie zum Stand der Prävention in Deutschland. Felix Burda Stiftung München

Sehr viel mehr als durch den Fortschritt der kurativen Medizin wird der Gesundheitszustand und die Sterblichkeit zukünftig durch Fortschritte in der Präventivmedizin, das heißt durch die gezielte Entwicklung und den Ausbau hochwertiger und effektiver Präventivmaßnahmen beeinflusst werden. Angesichts der Herausforderungen des Gesundheitssystems sowie der wissenschaftlich neu erschlossenen Möglichkeiten wird ein zunehmend größerer Stellenwert für die Prävention und alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung gefordert: „Der Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen kommt als Handlungsfeld zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zunehmend größere Bedeutung zu“ (Deutscher Bundestag 2001).

Die Bundesregierung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, das im ersten Versuch gescheiterte Präventionsgesetz erneut auf den Weg zu bringen. So heißt es im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD vom 11.11.05: „Die Prävention wird zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut.“ Die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen müssen sich dieser Zielsetzung stellen und entsprechende Konzepte und Angebote aufbauen.

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen als leistungsstarker Anbieter von Gesundheitsleistungen will sich mit einem eigenen umfassenden Angebot systematisch auf dieses Ziel ausrichten und den Bürgern in allen Regionen von Westfalen-Lippe für sämtliche Handlungsfelder der Prävention – insbesondere im Bereich psychischer Störungen – Angebote zur Verfügung stellen. Die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen verfügen in der Sekundär- und der Tertiärprävention psychischer Krankheiten über die entsprechende Kompetenz. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung sind die dort

tätigen Fachkräfte prädestiniert, nicht nur Krankheit zu behandeln, sondern auch geeignete Maßnahmen und Hilfen zur primären Prävention, zur Früherkennung und im weiteren Sinne zur Gesundheitsförderung anzubieten.

Das hier vorgelegte Konzeptpapier soll sowohl die Anforderungen als auch die Möglichkeiten eines eigenständigen Leistungsangebots zur primären Prävention und Gesundheitsförderung mit dem besonderen Schwerpunkt auf die seelische Gesundheit im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen präzisieren.

Die Gesundheit einer Gesellschaft wird heute nicht mehr allein dadurch definiert, wie hoch die jeweilige Lebenserwartung ist bzw. wie frühzeitig der Tod eintritt. Vielmehr wird immer bedeutender, in welchem Ausmaß Lebensqualität durch die mit der Erkrankung verbundenen Einschränkungen oder durch den Verlust von gesunden Lebensjahren verloren geht. Mit dem 1996 von WHO und Weltbank erstmals herausgegebenen Bericht zu den weltweit beobachteten Veränderungen der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung wurde deutlich, dass die krankheitsbedingten Todesursachen zwar nach wie vor von Herz-Kreislauferkrankungen, verschiedenen Infektionserkrankungen und Krebs angeführt werden. Doch bei den Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre (DALY, disability-adjusted life years) steht die Depression nach Geburtskomplikationen, Atemwegserkrankungen und HIV weltweit bereits an vierter Stelle. In Europa liegt sie – nach den Herz-Kreislauferkrankungen – schon heute an zweiter Stelle. Unter den Erkrankungen, die am dauerhaftesten zur Einschränkung von Lebensqualität und Behinderung führen, liegt die Depression an erster Stelle und viele andere psychische Störungen auf folgenden Plätzen (Murray und Lopez 1996). Die Zahl der Tage, die Arbeitnehmer aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig waren, hat sich in den vergangenen Jahren verdoppelt (BKK Fakten Spiegel Juli 2007). Dies verdeutlicht, dass das psychische Wohlbefinden und die Belastung durch psychische Erkrankungen weltweit an Bedeutung gewinnen. Hinsichtlich der Beeinflussung der gesundheitlichen Verfassung, insbesondere der Bewältigung chronischer Krankheiten, kommt der psychischen Gesundheit eine immer größer werdende, in vieler Hinsicht generalpräventive Rolle zu. *„Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“* – diese Orientierung der WHO komprimiert die Schlüsselstellung des psychischen Wohlbefindens bei der Förderung menschlicher

Gesundheit und der Bewältigung bedeutender Krankheiten.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat 1996 in die Betriebssatzung seiner psychiatrischen Kliniken als Selbstverpflichtung die Aufgabe aufgenommen, neben Therapie, Rehabilitation und Pflege ausdrücklich und an erster Stelle auch die Prävention zu einer seiner herausragenden unternehmerischen Ziele zu erklären.

Dieses Konzeptpapier soll die Voraussetzungen dafür darstellen, **wie** dieses Ziel in Zukunft kontinuierlich, systematisch und wirtschaftlich umgesetzt werden kann:

1. Welche Inhalte und Zielstellungen insbesondere mit den Begriffen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ verbunden werden und welche konzeptionellen Vorstellungen diesen Begrifflichkeiten zugrunde liegen, wird verdeutlicht .
2. Der Handlungsbedarf aus Sicht wesentlicher Akteure im Gesundheitswesen und diversen Institutionen in Gesellschaft und Politik wird dargestellt.
3. Eine Übersicht zur Leistungsangebotsseite soll das gegenwärtige Marktgeschehen zumindest grob skizzieren und verdeutlichen, wer bereits mit eigenen Leistungsangeboten in welchen Segmenten tätig ist bzw. wo offensichtliche Defizite und ein Bedarf gegeben sind.
4. Es werden potenzielle Handlungsfelder und mögliche Interventionen für die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen dargestellt.
5. Weil qualitativ hochwertige Angebote Kompetenz und Erfahrung benötigen, müssen die grundlegenden finanziellen und personellen Voraussetzungen definiert werden, um eine solide Basis für eine gute Praxis von Prävention im Bereich der Psychiatrie zu schaffen. Organisationsmodelle, mit denen ein Marktzugang „aus der Klinik heraus“ in den jeweiligen Regionen ermöglicht werden kann, werden aufgezeigt.
6. Mit abschließenden Empfehlungen zu den nächsten „Umsetzungsschritten“ sollen essentielle Teilprozesse identifiziert werden, mit denen Leistungsangebote der Prävention und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile des zukünftigen Leistungsangebotes der Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen dauerhaft implementiert werden.

2. Prävention und Gesundheitsförderung – eine Begriffsbestimmung und Erläuterung der Ziele

Für Leistungen im Sinne von Prävention und Früherkennung sowie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit werden in der Fachdiskussion unterschiedliche Begrifflichkeiten benutzt, so dass eine „babylonische Sprachverwirrung“ konstatiert werden kann. Der Sachverständigenrat erklärt dies Phänomen folgendermaßen: *„Die Komplexität der Ätiologie und der Wirkmechanismen bei der Prävention sowie die Vielfalt der oft unabhängig voneinander entstandenen Organisationen und Interventionen erschweren die Bildung trennscharfer Kategorien und einer einheitlichen Terminologie“* (Deutscher Bundestag 2000). Der unterschiedliche Gebrauch dieser Begrifflichkeiten erschwert das Verständnis. Die ihnen zugrunde liegenden Konzeptionen beinhalten differierende Strategien, die hier nicht detailliert dargelegt werden können. Vereinfachend können aber insbesondere das Konzept der Pathogenese und das der Salutogenese als prägend bezeichnet werden. Mit dem Pathogenese-Konzept wird insbesondere die Orientierung aller Maßnahmen auf die Reduzierung krank machender (Risiko-)Faktoren skizziert, während das Salutogenese-Modell für die Orientierung auf die gesundheitsfördernden Ressourcen bei Individuum und Gesellschaft steht: *„Anstatt sie als Gegensätze zu begreifen, die einander ausschließen, sollten Belastungsminderung und Ressourcenvermehrung als einander ergänzende Herangehensweisen zur Risiko- und damit Inzidenzabsenkung betrachtet werden“* (SVR 2005).

Leppin definiert **Prävention** folgendermaßen: *„Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern“* (Leppin 2004).

Zentral und prägend für die gegenwärtige gesundheitspolitische Ausrichtung ist die im § 20 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 vorgenommene Neudefinition von Prävention, die teils unter Bezug auf die Gesundheitskonzeption der WHO als Leistungen der Prävention solche Maßnahmen definiert, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen. Bereits bei der Berücksichtigung der Frage, zu welchem Zeitpunkt, mit welchem Ziel und für welche Zielgruppen eine Intervention im Sinne einer Prävention eingeleitet wird, werden allerdings auch weitergehende Inhalte und Präventionsstrategien deutlich.

Eine weitestgehend übliche Kategorisierung präventiver Maßnahmen orientiert sich an dem **Zeitpunkt** im Krankheitsgeschehen. In Abhängigkeit davon, ob im gesunden oder kranken Zustand interveniert wird, wird zwischen einer Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention differenziert.

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten der Krankheit	Im Frühstadium einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung von Krankheiten	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Gordon hat bereits 1983 eine andere Kategorisierung entwickelt, die in der Fachdiskussion in jüngerer Zeit wieder stärker an Bedeutung gewinnt (Gordon 1983). Sie differenziert zwischen unterschiedlichen Zielgruppen und unterscheidet die universelle Prävention von zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen:

Universelle Prävention beinhaltet Maßnahmen, die flächendeckend möglichst alle Adressaten zu erreichen sucht.

Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen sind auf ausgewählte Gruppen ausgerichtet und werden folgendermaßen unterschieden:

- Die **selektive Prävention** richtet sich an Personen, die Risikofaktoren aufweisen, jedoch noch nicht erkrankt sind.
- Die **indizierte Prävention** umfasst Personen, die bereits Vorstufen einer Krankheit zu verzeichnen hatten oder haben.

Ziel aller präventiven Bemühungen bleibt es nach diesen Definitionen, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Ausschalten schädigender Faktoren im weitesten Sinne zu vermeiden, zu vermindern, zu verzögern. Deshalb beschreibt man das zugrunde liegende Modell auch als „Risikofaktorenmodell“ oder „Pathogenesemodell“.

Von der Prävention wird das Konzept der **Gesundheitsförderung** unterschieden. Gesundheitsförderung setzt an den Schutzfaktoren oder

Ressourcen an, die gesundheitsförderlich wirken. Sie hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern. Umschrieben wird das im Wesentlichen von Antonowsky eingeführte Modell als das bereits oben erwähnte „Salutogenesemodell“ (Antonowsky 1987).

Verhaltensprävention und Verhältnisprävention:

Für die konzeptionelle Ausrichtung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ist es von hoher Bedeutung zu unterscheiden, ob:

- sich die Intervention an das Individuum richtet und seine persönlichen Verhaltensweisen modifizieren soll (Verhaltensprävention) oder
- die Maßnahmen auf bestimmte, vom Lebensumfeld geprägte Bedingungen, die als krankmachend bzw. gesundheitsfördernd identifiziert wurden, gerichtet sind (Verhältnisprävention oder auch „Setting-Ansatz“).

Die Präventionsforschung und insbesondere die Gesundheitspolitik in Deutschland betonen heute zunehmend jene Maßnahmen als besonders Erfolg versprechend, die auf die Gestaltung des Lebensumfeldes (z.B. in Familie / Stadtteil, Schule und Betrieb) ausgerichtet sind. Neben medizinischen Professionen wird dies insbesondere auch von pädagogisch geprägten Professionen getragen. In der medizinischen und therapeutischen Praxis werden hingegen mehr auf das Individuum und die gezielte Beeinflussung bestimmter Krankheitsspektren ausgerichtete Maßnahmen bevorzugt.

3. Handlungsbedarfe aus Sicht der Forschung und der Politik

3.1 Forschungsstand und -perspektiven

Der wesentliche Aspekt der Prävention aus wissenschaftlicher Sicht liegt darin, dass auf diesem Weg die Frühverläufe psychiatrischer Erkrankungen in das Zentrum des Interesses rücken. Patienten mit beginnenden Erkrankungen zeigen oft Symptome, die von reaktiven Sekundärphänomenen oder einer psychotropen Medikation noch unbeeinflusst sind. Diese Patienten liefern ebenso wie Untersuchungen von Verwandten ersten Grades wichtige Hinweise auf eventuelle klinische, psychosoziale und/oder neurobiologische Faktoren der Pathophysiologie. Die so genannte Früherkennungsforschung insbesondere der Schizophrenie hat sich mit Beginn der 90er Jahre ausgehend von Australien zunächst in Europa und dann etwas verspätet in den USA ausgedehnt. Derzeit widmen sich zahlreiche Artikel dem klinischen Verlauf und den biologischen Charakteristika von Patienten mit beginnender schizophrener Erkrankung. Die Früh- und Prädiktorforschung der Demenz hat sich bereits seit ein paar Jahren etabliert. Untersuchungen von Patienten mit Mild Cognitive Impairment zielen darauf ab, frühe entscheidende Schritte der Demenzentstehung zu identifizieren. Um invasive mögliche Risiko- und Bedingungsfaktoren psychischer Störungen untersuchen zu können, wird diese Forschung durch den Aufbau valider Tiermodelle begleitet.

Zu aktuellen Forschungsständen in spezifischen Handlungsfeldern finden sich ausführlichere Darstellungen im Kapitel „Zukünftige Interventions- und Handlungsfelder für die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen – Potenzialanalyse“.

3.2 Handlungsbedarf aus Sicht der Politik

Auf europäischer Ebene von WHO und EU ist in den letzten Jahren mit einer Reihe von Initiativen, Beschlussfassungen und Empfehlungen die besondere Rolle psychischer Gesundheit für die Gesamtgesundheit der Bevölkerung herausgestellt worden. Daran wurde immer wieder die Erwartung geknüpft, insbesondere die Anstrengungen um die Prävention psychischer Krankheiten wie Demenz, Depression und des großen Feldes der Suchterkrankungen in den Mitgliedsstaaten zu intensivieren. Nachdem die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz „Psychische Gesundheit“ mit den Gesundheitsministerinnen und Gesundheits-

minister der EU-Mitgliedsstaaten im Januar 2005 in Helsinki ein starkes politisches Engagement für die psychische Gesundheit der Bevölkerung gefordert hatte, legte die EU-Kommission im Oktober 2005 das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vor. Neben einem breit angelegten Diskussionsprozess um die Förderung psychischer Gesundheit bei Mitgliedsstaaten, Patientenorganisationen, Forschungsgemeinschaften und den Akteuren im Gesundheitswesen widmet es sich explizit der Stärkung der Prävention psychischer Krankheiten.

4 Schwerpunkte für eine EU-Strategie:

- Die generelle Förderung der psychischen Gesundheit;
- Die Prävention psychischer Erkrankungen;
- Die Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen;
- Die Entwicklung eines Informations-, Forschungs- und Wissenssystems.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD auf Ebene der Bundesregierung wird die Prävention im Rahmen von Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation als ein wichtiges Ziel genannt. Mit einem Präventionsgesetz soll die Kooperation und Koordination der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger und -zweige übergreifend und unbürokratisch verbessert werden. Hierzu seien die Aktionen an den Zielen der Prävention auszurichten. Bund und Länder müssten ergänzend zu den Sozialversicherungsträgern weiterhin ihrer Verantwortung gerecht werden. Des Weiteren wird ausgeführt: *„Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen notwendig. Leistungen müssen darauf ausgerichtet sein, Behinderungen, chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Der medizinischen Rehabilitation kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Deshalb muss insbesondere der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt werden.“*

Die 14. Landesgesundheitskonferenz von Nordrhein-Westfalen unter Vorsitz des Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann hat im Dezember 2005 eine für Nordrhein-Westfalen grundlegende, mit allen Akteuren im Gesundheitswesen abgestimmte Konzeption zur Weiterentwicklung der Prävention beschlossen. An diesem Konzept haben neben der Landesregierung und den Leistungsanbietern insbesondere die Kommunen mitgewirkt. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe selbst war unmittelbar und maßgeblich an der Ausgestaltung der Konzeption beteiligt. Hintergrund dieses Konzepts ist die Tatsache, dass in Nordrhein-Westfalen ein „mittlerweile vielfältiges Präventionsgeschehen“ existiert, aber auch die Landesgesundheitskonferenz „Chancen sieht, die Produktivität eingesetzter Ressourcen weiter zu steigern“. Das Präventionsengagement soll in ein Gesamtkonzept eingebunden werden, damit „die Vielfalt durchgeführter Maßnahmen eine gemeinsam getragene Ausrichtung erfährt“. „Einen Zuwachs an Effektivität verspricht vor allem ein Konzentrieren auf bestimmte Zielgruppen“. Die Landesgesundheitskonferenz nennt zum einen Kinder und Jugendliche, die in ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten vergleichsweise gut und nachhaltig zu beeinflussen seien. Daneben wird als zweite Zielgruppe auf Seniorinnen und Senioren verwiesen. Der demographische Wandel legt nahe, präventionspolitisch auf ältere Menschen und eine Verbesserung ihrer kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit sowie ihres Koordinationsvermögens zu fokussieren. Sowohl auf europäischer Ebene als auch auf bundes- und landespolitischer Ebene wird die Prävention aufgrund dessen stark auf das letzte Lebensdrittel bezogen. Interessant dürfte im Sinne einer Tertiär/Quartär-Prävention auch die Verbindung von Prävention und medizinischer Rehabilitation sein. Der Erhalt der Teilhabe am beruflichen und psychosozialen Leben und der Erhalt von kognitiven, emotionalen und motivationalen Funktionen sowie der Lebensqualität bilden damit einen wichtigen Teil der Prävention von psychischen und körperlichen Erkrankungen bei älteren Menschen. Dies geht über die bisherigen Kriterien der Psychiatrie in Bezug auf Remission/ Gesundheit weit hinaus. Da eine Vielzahl von psychiatrischen Erkrankungen durchaus als degenerative Erkrankung eingeordnet werden können, würde der Gesichtspunkt der medizinischen Rehabilitation sich auch sehr gut im Hinblick auf Prävention psychiatrischer Erkrankungen insgesamt abbilden lassen.

Zwischenzeitlich wurden bei der Fortschreibung des nordrhein-westfälischen Präventionskonzeptes mit dem Titel „Das Präventionskonzept NRW – eine

Investition in Lebensqualität“ neben bestehenden Präventionsprojekten auch explizit psychiatrische Themen als Inhalt möglicher zukünftiger Landesinitiativen zur Prävention genannt. Hierzu zählen im Besonderen das allgemeine psychische Wohlbefinden, Depression und Demenz. An diese Optionen sollen die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen anknüpfen und die Prävention psychischer Krankheiten stärker in den Fokus der Entwicklung eigener Leistungsangebote stellen.

Auch im Blickwinkel der Psychiatrischen Fachgesellschaften und Organisationen der Ärzte rückt die Prävention psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Dies liegt sicherlich nicht zuletzt an der starken Zunahme dieser Erkrankungen weltweit (Saxena et al. 2006). Der 109. Ärztetag verabschiedete zu diesem Themenfeld 2006 eine große Stellungnahme.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) unterstreicht im aktuell veröffentlichten Gutachten 2007 erneut, ähnlich wie in früheren Jahren, den dringlichen Forschungs- und Handlungsbedarf im Bereich der primären Prävention. Die Primärprävention sei zentrales Handlungsfeld der Gesundheitssicherung und in Deutschland von starker Unterversorgung betroffen (SVR 2007).

Zusammenfassung:

Alle politischen Ebenen von Europa bis zu den Kommunen haben – unterstützt durch die Fachdiskussion und durch Experten – die zentrale Bedeutung und Schlüsselfunktion psychischen Wohlbefindens für das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung anerkannt und verstärkt Maßnahmen zur wirksamen Prävention psychischer Krankheiten eingefordert.

4. Anbieter der Prävention und Gesundheitsförderung - Marktbeobachtungen

4.1 Anbieterspektrum

Prosperierende Märkte führen dazu, dass Anbieter rasch neu in den Wettbewerb eintreten. Eine solche Entwicklung wird bei den Angeboten im Bereich von Prävention, insbesondere im Lifestyle-Management und im Bereich der Früherkennung beobachtet. Das Anbieterspektrum ist mittlerweile breit gefächert. Die Leistungsanbieter zeigen eine sehr unterschiedliche Expertise. Neben ausgewiesener Professionalität und Kompetenz finden sich Angebote ohne seriöse wissenschaftliche Grundlage. Esoterisch inspirierte Angebote finden sich ebenso wie Offerten aus religiösen Sekten und anderen Gruppierungen. Andere Wirtschaftszweige außerhalb des Gesundheitsmarktes wie die Tourismus-, die Sport- und die Wellnessbranche sehen neue Marktsegmente in der Kombination gesundheitsförderlicher Angebote mit ihrer jeweiligen Kernkompetenz. Sie kreieren neue Produkte, wobei sie die fehlende medizinische Kompetenz ggf. hinzukaufen. Die Vielfältigkeit der Marktanbieter ist u.a. durch den Mangel an limitierenden gesetzlichen Regelungen bedingt. Anerkannte Zertifizierungsmaßnahmen zum Beispiel durch die Sozialversicherungsträger als Leistungsträger haben sich in diesem „Gesundheitsmarkt“ oder im weiteren Sinne in der Gesundheitswirtschaft noch nicht durchgesetzt.

Im Folgenden werden relevante Leistungsanbieter, die in Westfalen-Lippe bereits eine Bedeutung erlangt haben, mit ihrer spezifischen Ausrichtung und ihrer aktuellen Marktpositionierung stark vereinfacht skizziert. Bei der eigenen strategischen Ausrichtung der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen müssen diese als potenzielle Partner oder Wettbewerber berücksichtigt werden.

4.1.1 Niedergelassene Ärzte

Nach dem Gesundheitsmonitor (Böcken et al. 2005) besitzt die Primärprävention durch niedergelassene Ärzte bislang noch keinen hohen Stellenwert. Zwar gehen die befragten Ärzte von einer wachsenden Bedeutung präventiver Maßnahmen in Arztpraxen aus, wobei sie verhaltensbezogenen Maßnahmen interessanterweise eine höhere Bedeutung zumessen als medikamentösen Therapien. Nach eigenem Urteil informieren die Ärzte ihre Patienten bereits heute zunehmend

stärker über präventive Maßnahmen. Aus Versicherungssicht wird dieser Trend jedoch nicht untermauert. Denn nach der gleichen Erhebung berichten weniger als ein Viertel der Patienten, in den vergangenen 12 Monaten von ihrem Hausarzt auf konkrete Angebote der Gesundheitsförderung in den klassischen Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Umgang mit Genuss-/Suchtmitteln angesprochen worden zu sein. Der Bundesgesundheitsurvey kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Buhk et al. 2003). Welchen Stellenwert Gesundheitsförderung und Prävention unter den praxiseigenen Leistungen einnehmen, lässt sich nicht abschließend bewerten. Zwei Drittel der befragten Ärzte geben an, dass sie nicht mehr als zehn Prozent ihrer Arbeitszeit für die Prävention verwenden. 40 Prozent der Ärzte berichten, in der eigenen Praxis Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzubieten. Besonders aktiv sind Allgemeinärzte (55 Prozent), Internisten (51 Prozent) und Orthopäden (46 Prozent). Psychiater und Neurologen werden nicht genannt. Bei der Interpretation der Daten kommt der Gesundheitsmonitor zu dem Schluss, dass zwischen der kognitiven Bewertung der Prävention und ihrer Umsetzung im Praxisalltag eine starke Diskrepanz bestehe. Ein wesentlicher Grund liege nach Angaben der Ärzte in den mangelnden Anreizen (Vergütung) und den fehlenden Ressourcen.

Dass der niedergelassene Arzt dennoch eine herausragende Stellung bei der Stimulierung des Bedarfs einnehmen kann, bestätigt die Bewerbung von IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) durch die niedergelassenen Ärzte. IGeL-Leistungen werden seit 1998 auf der Grundlage eines Empfehlungskataloges der Kassenärztlichen Vereinigungen offeriert. Sie stellen privat zu finanzierende Zusatzleistungen dar und ergänzen den Leistungskatalog der GKV. Die IGeL-Leistungen umfassen u.a. diverse Präventionsleistungen und Maßnahmen zur Früherkennung. Dazu zählen auch in der psychiatrischen Versorgung relevante Leistungen.

Auszug aus IGeL- Leistungskatalog: Psychotherapeutische Angebote

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation● Selbstbehauptungstraining● Stressbewältigungstraining | <ul style="list-style-type: none">● Entspannungsverfahren als Präventionsleistungen● Biofeedback- Behandlung● Kunst- und Körpertherapien● Verhaltenstherapie bei Flugangst |
|--|---|

Der Katalog ist mit Vergütungspunkten hinterlegt. Nach einer Studie des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WiDo) und der Verbraucherzentrale NRW nehmen die Angebote von Ärzten gegenüber Patienten, IGeL-Leistungen in Anspruch zu nehmen, deutlich zu: 16 Millionen Versicherte haben innerhalb eines Jahres ein solches Angebot erhalten. Die Ansprachen sind damit im Vergleich zum Jahr vor der Untersuchung um 44 Prozent gestiegen. In den 12 Monaten des Erhebungszeitraumes dieser Studie sind 15,9 Millionen IGeL-Leistungen (ohne zahnärztliche Leistungen) „verkauft“ worden. Sie erbrachten in den Arztpraxen einen Umsatz von ca. 1 Milliarde €, Tendenz stark steigend. Experten prognostizieren ein Milliarden-Geschäft: In den nächsten Jahren sei für den 2. Gesundheitsmarkt ein Anteil von 10 Prozent an den Praxis-Umsätzen realistisch.

Gezielt angesprochen werden Patienten mit hoher Schulbildung (30,7 Prozent gegenüber 15,7 % bei Patienten mit einfacher Schulbildung) und Patienten mit hohem Einkommen (35,5 % verglichen mit 17,6 % bei Patienten mit niedrigem Einkommen). Die Daten dieser Studie können als Indikator für einen wachsenden Markt der Prävention und der Maßnahmen zur Früherkennung gewertet werden und haben dementsprechend auch Relevanz für die psychiatrische und neurologische Medizin. Schwerpunkte ärztlicher Präventionsangebote liegen in der prädiktiven Medizin, d.h. in der selektiven und der indizierten Prävention. Universelle Prävention wird nur in geringerem Umfang geleistet.

4.1.2 Psychologische Psychotherapeuten

Von den in eigener Praxis tätigen Psychologen und Psychologischen Psychotherapeuten werden insbesondere die Marktangebote, die nach SGB V finanziert sind, beworben. Kassen, die Präventionsleistungen für ihre Mitglieder nicht mit hauseigenen Ressourcen anbieten, nehmen Leistungen solcher Praxen bisher vorwiegend über vertragliche Bindung in Anspruch. Allerdings scheitern nicht wenige dieser Angebote – soweit für die Teilnahme nicht über Dritte wie z.B. Bildungswerke und ande-

re Anbieter von Präventions- und Gesundheitsleistungen geworben werden kann – an den jeweils geringen Fallzahlen. Dies ist insbesondere der Fall bei Kursangeboten, die Mindestteilnehmerzahlen voraussetzen. Eine größere Bedeutung haben Angebote dieser Praxen im Leistungsspektrum der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Diesem Marktsegment betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung werden erhebliche Wachstumsraten zugesprochen.

In der Platzierung von Präventionsleistungen bei Kindern und Jugendlichen nehmen die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten neben Sozial- und Diplompädagogen eine herausragende Marktposition ein. Die Chancen und die Bedeutung sowohl der Frühförderung sozialer und psychischer Ressourcen als auch der Früherkennung von Störungen in dieser Altersgruppe werden nicht nur unter Fachleuten, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung hoch bewertet. Zahlreiche Präventionsprogramme, die auf die Förderung und Stärkung der Resilienz fokussieren, wie Triple P „Fit und stark fürs Leben“, „PEP“ werden wegen ihrer mittlerweile besser evaluierten Effizienz gefördert und von diesen Professionen offeriert.

Prävention bei Kinder und Jugendlichen: das Beispiel „Triple P“

Der Name des kommerziell vermarkteten Programms leitet sich aus dreifachem englischen P für „Positive Parenting Program“ ab und steht für ein Interventionsprogramm zur gesundheitsförderlichen Gestaltung insbesondere der kommunikativen Beziehungen zwischen Eltern und Kind. Es wurde auf klinisch-psychologischer Grundlage von Matt Sanders und seiner Arbeitsgruppe an der University of Queensland in den 80er Jahren entwickelt. Es beinhaltet auf der Grundlage des Konzeptes der positiven Erziehung mehrdimensionale Handlungsvorschläge für den familiären Alltag, zur Förderung wünschenswerten Verhaltens, zum Umgang mit problematischem Verhalten, zur Förderung kindlicher und jugendlicher Resilienz. Das Programm ist umfassend RCT-evaluiert. Resilienzförderung gilt als ein im engsten Sinne gesundheitsförderlicher Ansatz.

Das Marktsegment „Universelle Prävention im Kindes- und Jugendalter“ gilt als ausgesprochenes Wachstumssegment. Dominierender Leistungsträger und Finanzierer ist insbesondere die Jugendhilfe.

Detaillierte Kennziffern zur tatsächlichen Inanspruchnahme von Psychologen und psychologischen Psychotherapeuten stehen den Autoren nicht zur Verfügung. Die Psychotherapeutenkammer NRW, die die geringe Inanspruchnahme der vorgehaltenen Ressourcen ihrer Kammerangehörigen durch die Gesundheitspolitik für Zwecke der Prävention und Gesundheitsförderung kritisiert, hat im März 2006 eine kammereigene Erhebung durchgeführt. Ziel war es, eine verbesserte Datenlage zur Inanspruchnahme zu erhalten und die Marktpotenziale besser einschätzen zu können. Nach ersten Teilveröffentlichungen engagierten sich fast 70 Prozent der Befragten in der Prävention. Nach der Reihenfolge ihrer Relevanz geordnet werden die folgenden zehn Themenbereiche aufgeführt: Stress/ Burn Out, Familie, Sucht, Psychosomatik, Essstörungen, Gewalt, Sonstige (ADHS, Krebs u.a.), Selbstbehauptung, Depression und Trauma.

Die beiden ersten Kategorien umfassen:

- **Stress/ Burn Out:** Aktivitäten zur Stress- und Burn Out-Bewältigung, zur Entspannung und „Steigerung der Lebensqualität“.
- **Familie:** Aktivitäten zur Stärkung von (Hochrisiko-)Familien, schwangerschaftsbegleitende Angebote sowie Angebote bei Eltern-/Partnerschaftsproblematiken, zur Förderung der Kindesentwicklung und Erziehung, bei psy-

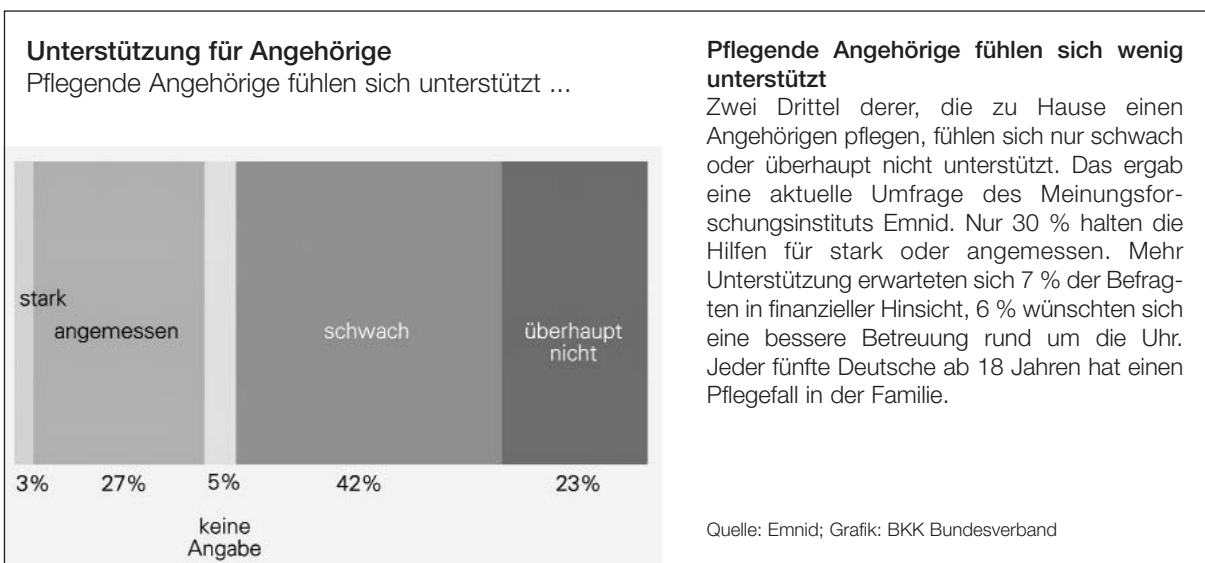
chischer Erkrankung von Eltern(-teilen) sowie bei Trennungen/ Scheidungen etc.

Schwerpunkte der Prävention durch niedergelassene psychologische Psychotherapeuten liegen in der universellen und zielgruppenspezifischen Prävention sowie in der Früherkennung.

4.1.3 Pflegedienste

Pflegedienste sind insbesondere in dem Segment „Unterstützung pflegender Angehöriger“ aktiv. Diese Angebote werden als Leistung der Pflegeberatung in der individuellen häuslichen Umgebung, aber auch als Praxis- und Krankenhauskurse organisiert. Neben dem Ziel, die selbst erbrachte Pflegeleistung durch die Angehörigen zu optimieren, wird diesen Angeboten eine hohe präventive Wirkung mit Blick auf die Pflegenden selbst zugesprochen. Die mit der intensiven Inanspruchnahme einhergehende Dauer- und Höchstbelastung führt nachweislich auch zu einer signifikant höheren gesundheitlichen, insbesondere psychischen Belastung der familiären „Pflegekräfte“. Unterstützungskurse für Angehörige, die über das SGB XI (Pflegeversicherung) finanziert werden können, sollen deshalb ausdrücklich als wesentliche Module auch die Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien beinhalten.

Bei der Prävention chronischer Krankheiten wird den Tätigkeiten der Pflege zunehmend größere Bedeutung zugesprochen. Insbesondere in der frühen Identifizierung von chronischen Krankheiten wie etwa der Demenz in der prodromalen Phase wird um die Qualifizierung der fachlichen Sicht von Pflegekräften geworben. Sie haben den Zugang zu



Patienten und können bei der Überleitung in angemessene Behandlung eine sehr förderliche Rolle spielen. Eine ähnliche Rolle weisen Fachleute dem nichtärztlichen Personal der Arztpraxis zu. Der gezielten Ansprache der Praxispatienten durch das Praxispersonal werden nach Untersuchungen im Gesundheitsmarketing ungleich größere Erfolgchancen zugeschrieben als dem verordnenden Arzt.

Die Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist in den letzten Jahren neu ausgerichtet und um neue Inhalte zur Prävention und Gesundheitsförderung ergänzt worden. Moderne Pflegekonzepte sind auf die Förderung von Ressourcen, d.h. gesundheitsförderliche Potenziale kranker Patienten, orientiert.

Die privaten Pflegedienste sind derzeit bestrebt, mit den großen Krankenkassen Leistungspakete zur Finanzierung und Durchführung von Schulungen, Pflegekursen und Überleitungspflege vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung zu vereinbaren. Ein erster Vertrag kam 2005 zwischen dem Bundesverband der privaten Anbieter sozialer Dienste (bpa) und der DAK mit Geltungsbereich für die gesamte Bundesrepublik zustande.

Eine praktische Relevanz und Marktmacht haben Leistungen dieser Berufsgruppe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gegenwärtig noch nicht. Die Angebote der Pflegedienste sind bisher fast ausschließlich im Bereich zielgruppenspezifischer (selektiver oder indizierter) Prävention angesiedelt.

4.1.4 Volkshochschulen

Mit bundesweit jährlich rund 145.000 Gesundheitskursen, über 2.350.000 Unterrichtsstunden und mehr als 2 Millionen Teilnehmern sind die Volkshochschulen bundesweit größter Anbieter von Gesundheitskursen in Deutschland. Sie unterstützen und fördern mit ihrem Bildungsansatz personale und soziale Kompetenzen in gesundheitlichen Belangen.

Die Angebote umfassen schwerpunktmäßig folgende Bereiche:

- Bewegung/Fitness
- Entspannung/Körpererfahrung
- Ernährung/Kochen
- Erkrankungen/Heilmethoden
- Psychische Stabilität und soziale Kompetenzen
- Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen
- Gesundheitsförderung im Betrieb
- Fortbildungen für Lehrkräfte in der Gesundheitsförderung.

Volkshochschulen machen zum Teil in Kooperation mit Krankenkassen (nach § 20 SGB V) Angebote zur Prävention und bieten in den Handlungsfeldern Genuss- und Suchtmittelkonsum, Ernährung, Bewegung, Stressreduktion/Entspannung eine Vielzahl von Kursen an. Bewegung ist mit über 900.000 Teilnehmenden der größte Angebotsbereich, gefolgt von über 400.000 Teilnehmenden in Stressreduktion/Entspannung und über 200.000 Teilnehmenden im Ernährungsbereich. Die Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung arbeiten mit veröffentlichten Kurskonzepten für die Lehrkräfte und Kursbücher für die Teilnehmenden (Reihe „vhs – gemeinsam Gesundheit erleben“, Ernst Klett Verlag). Volkshochschulen arbeiten mit dem Setting-Ansatz:

- im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- in Kooperation mit Kindergärten und Schulen (z.B. Projekte der Eltern- und Familienbildung)
- im Themenfeld „Migration und Gesundheit“
- in sozialen Brennpunkten (Stadtteilarbeit)
- in Projekten zum Abbau sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Benachteiligung in der Kommune/ Region.

Sie berücksichtigen dabei Gender-Aspekte und Querschnittsthemen wie Alter und Gesundheit. Volkshochschulen bzw. VHS-Landesverbände bieten dem eigenen Personal Fortbildungen, um gesundheitsrelevante Fachkenntnisse und erwachsenenpädagogische Grundqualifikationen sowie Zusatzqualifikationen für soziale, pädagogische und Gesundheits-Berufe zu erwerben.

Als kritisch in der Bedeutung der Volkshochschulen und ihrer Angebote erscheint das so genannte *Präventionsdilemma*, das über zahlreiche Studien der Präventionsforschung mittlerweile belegt ist. Durch Volkshochschulen werden demnach ausgerechnet diejenigen Zielgruppen nicht oder lediglich unbefriedigend erreicht, die wegen ihres niedrigen sozioökonomischen Status (u.a. Einkommen, Bildungsgrad, Grad der sozialen Integration) mit einem signifikant höheren Gesundheitsrisiko assoziiert sind und dementsprechend den höchsten Präventionsbedarf besitzen.

Bevölkerungsschichten, die von Volkshochschulen und anderen Bildungsträgern erreicht werden, weisen einen höheren sozioökonomischen Status auf und verfügen über eine günstigere Ressourcen-Belastungs-Bilanz, mit der sie gesundheitliche Risiken kompensieren können. Ihre Lebensbedingungen und ihre „Verhaltenspotenziale“ sind entsprechend gesundheitsförderlicher.

Volkshochschulen haben Qualitätsmanagement-Systeme aufgebaut und lassen sich zertifizieren. Die zusätzlich am „vhs-Qualitätsring Gesundheit“ beteiligten Volkshochschulen verpflichten sich, die vom Bundesarbeitskreis Gesundheit im DVV entwickelten Qualitäts-Standards bei der Planung und Durchführung des Angebotes zu berücksichtigen. Dazu zählen: Leitbild, Programm-Profil, Unterrichtskonzepte, Qualifikation von Kursleiterinnen und Kursleitern, Ausstattung von Unterrichtsräumen, Ausschreibungstexte von Veranstaltungen, Fragebogen zur Evaluation der Veranstaltungen.

Auf Bundesebene bestehen Rahmenverträge zwischen dem DVV und dem VdAK sowie zwischen dem DVV und der Betriebskrankenkasse DaimlerChrysler. Auf Länder- bzw. regionaler/kommunaler Ebene gibt es weitere Kooperationsverträge, z.B. mit der AOK (Hessen) und den Betriebskrankenkassen (Bremen, Niedersachsen). Der DVV ist Mitglied im Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung. Volkshochschulen arbeiten in der Kommune/Region hochgradig vernetzt. Sie sind beteiligt an lokalen Gesundheitskonferenzen, kooperieren mit Ämtern, Krankenhäusern, Ärztekammern, Verbänden, Beratungs-, Betreuungs-, Bildungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentralen. Auf der Seite der Leistungsanbieter außerhalb der Gesundheitswirtschaft sind sie gegenwärtig der dominierende Akteur.

Die VHS-Angebotsstruktur hat ihren Schwerpunkt in der universellen Prävention.

4.1.5 Apotheken

Die Apotheken sind im Kammergebiet Westfalen-Lippe mit einem Netz von ca. 2200 über die gesamte Versorgungsregion platzierten Betrieben vertreten. Neben dem Vertrieb rezeptpflichtiger Arzneimittel nehmen apothekenpflichtige Produkte und im weiteren Sinne auch Produkte des Lifestyle-Managements eine immer größere Bedeutung im Angebot der Apotheken ein. Ihre Beratungskompetenz setzen Apotheker zunehmend auch im erweiterten Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ein. Insbesondere weniger aufwendige Screenings wie Blutdruckmessungen, Blutzucker- und Cholesterin-Tests gehören mittlerweile ebenso zum etablierten Angebot wie Messungen der Knochendichte oder andere, früher nur der Arztpraxis vorbehaltene Untersuchungen. Das Screeningangebot wird um Beratungsleistungen in anderen klassischen Handlungsfeldern der Prävention ergänzt wie der Raucher-

entwöhnung bis hin zu Ernährungstipps. Sie werden verknüpft mit Empfehlungen zu Möglichkeiten der Selbstmedikation bzw. zur Empfehlung einer medizinischen Behandlung. Das mit der Selbstmedikation verbundene Angebot von OTC-Medikamenten verspricht hohe Wachstumsprognosen.

Neben den personalintensiven Beratungsleistungen ist ein Printmedium, die 14-tägig erscheinende und in Fernsehsendern intensiv beworbene Zeitschrift „Apothekenumschau“, ein zentrales Instrument der Apotheken in der Prävention. Neben einem hohen Werbeanteil – meist für medizinische und andere Produkte der Gesundheitswirtschaft – werden in jeder Ausgabe in populärwissenschaftlicher, laienverständlicher Sprache Informationen zu spezifischen Krankheitsbildern oder zu präventiven Maßnahmen zum Beispiel in Form von Ernährungstipps, Übungen zur Bewegung sowie zur mentalen Förderung aufbereitet. Das Konzept wird durch ein Internetportal unter <http://www.gesundheitpro.de> mit hohen Zugriffszahlen unterstützt.

Andere Marktakteure, insbesondere Leistungsträger wie die Krankenkassen, orientieren sich im Rahmen ihrer Leistungsbeziehungen zunehmend auf die enge Einbindung der bei den Apotheken zugeordneten Präventionspotenziale. Stellvertretend wird hier auf den in der Fachöffentlichkeit mit hoher Aufmerksamkeit bedachten Hausarzt-Hausapothekenvertrag der BARMER Ersatzkasse verwiesen.

Das bisher abgerufene Präventionspotenzial der Apotheken liegt im Bereich des Screenings im Sinne der zielgruppenspezifischen Prävention.

4.1.6 Krankenhäuser

Somatische Krankenhäuser versuchen sich am Gesundheitsmarkt strategisch auch außerhalb des stationären Sektors zu positionieren und nutzen dabei ihre Expertise und Infrastruktur als Gesundheits- und Wellnesszentren. Neben betriebswirtschaftlichen Überlegungen (Erschließung von Synergiepotenzialen/Wertschöpfungskette/Kundenbindung) wird als Begründung auch hier auf einen erweiterten Gesundheitsbegriff rekurriert: Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit und schließt die Förderung körperlichen und seelischen Wohlbefindens ein.

Leistungsfähige Kliniken insbesondere im Bereich der Maximalversorgung, aber auch zunehmend im Bereich der Grund- und Schwerpunktversorgung haben ihr Portfolio auf der Suche nach neuen Geschäftsfeldern bereits im letzten

Jahrzehnt erweitert und sich zunehmend darauf orientiert, Präventionsleistungen, Gesundheitsförderung und Medical Wellness zu erbringen. Dazu zählen Leistungen für Individuen genauso wie ganze Leistungspakete für Unternehmen (Betriebliches Gesundheitsmanagement), Beiträge zur Gesundheitsinformation (Vorträge, Fachtagungen), Plattformen für Angebot der Selbsthilfe, risikospezifische Screening-Leistungen und Angebote des Medical Wellness/Fitness. Die klinikeigenen Ressourcen werden zur Leistungserbringung zielgerichtet eingebunden. Schwerpunkt der somatischen Krankenhäuser liegen u.a. im krankengym-

nastischen, im sport- und physiotherapeutischen Bereich sowie in der Ernährungsberatung.

Bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen werden die Präventionsleistungen auch für somatische Kliniken relevant, insbesondere bei Vertragspaketen zur Integrierten Versorgung und den Disease Management-Programmen. Die Ansätze von Angeboten zur Präventions- und Gesundheitsförderung sind darauf ausgerichtet, die Effizienz der Therapie der primär zu behandelnden Erkrankung zu steigern sowie die Komorbidität bei chronischen Krankheiten zu begrenzen.

Krankenhausmanager: Prävention – ein Klinik-Geschäftsfeld mit Zukunft

Einer Studie der WP Mummert und Partner aus 2005 zufolge wird Prävention als Handlungsfeld der Kliniken an Bedeutung gewinnen. Unter anderem wurden folgende Bewertungen abgegeben:

Der Gesetzgeber plant Prävention als vierte Säule im Sozialsystem zu verankern. Sehen Sie Berührungspunkte bzw. Handlungsfelder für Kliniken im Rahmen der Prävention und wenn ja, welche?					
Träger	N = 77	Öffentlicher Träger N = 38	Privater Träger N = 24	Freigemeinnütziger Träger N = 13	Sonstige N = 2
Prävention					
Patientenschulung/-aufklärung für poststationäre Behandlung	61,8	71,1	54,2	84,6	50,0
Ernährungsberatung	54,1	57,9	45,8	84,6	0,0
Angebote der Individualprävention	44,1	50,0	37,5	69,2	0,0
Unfallvermeidung während des stationären Aufenthaltes	42,4	60,5	33,3	53,9	50,0
Verbesserung der Medikamenten Compliance	39,4	50,0	45,8	53,9	50,0
Patientenschulung/-aufklärung für poststationäre Behandlung	38,8	52,6	25,0	76,9	0,0

Angaben in Prozent

0,0 = Min. 2,5 Prozentpunkte unter Mittelwert

0,0 = Min. 2,5 Prozentpunkte über Mittelwert

Krankenhaus-Trend Juni 2005
Seite 46
© Mummert Consulting AG

Exkurs: Organisationsmodelle somatischer Kliniken übertragbar?

Somatische Kliniken haben eigene Institute gegründet (in der Regel ohne eigene Rechtspersönlichkeit), über die Präventionsleistungen, Leistungen zur Rehabilitation, zur Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement angeboten werden. Übertragen auf die Kernkompetenz psychiatrischer Fachkrankenhäuser könnten als Leistungsangebot solcher „Institute für seelische Gesundheit und Präventivmedizin“ folgende Bereiche einen Platz finden:

- das gesamte Spektrum der Sondertherapeutischen Dienste (Sport- / Physio- und Ergotherapie) im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelverordnung
- Instrumente zur Leistungsdiagnostik (z.B. Psychometrische Verfahren)
- Leistungen zur Förderung der Kognition
- Leistungen zum Selbstmanagement (life skill management)
- im Vorfeld der Behandlungsbedürftigkeit risikospezifische Screenings.

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz haben heute eine hohe Relevanz hinsichtlich der Produktivität und beeinflussen die Absentismusrate in Unternehmen insbesondere im Dienstleistungsbereich (Schnittstelle Mensch-Mensch). Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist als Leistungssegment ebenfalls von Bedeutung.

schaftliche Vorteile gesehen und auf veränderte Bedarfe und Schwankungen in der Nachfrage kann flexibler reagiert werden.

Exkurs: Prävention und Gesundheitsförderung in der Tourismusbranche

Die Vernetzung von Gesundheits- und Tourismusbranche nimmt einen wachsenden Raum im Angebot der Krankenkassen ein. Präventionsleistungen und medical-wellness-Maßnahmen werden in Urlaubsangebote eingebunden, die in größeren Vertragspaketen durch die Krankenkassen preisgünstig eingekauft und ihren Versicherten anschließend angeboten werden. Bei Inanspruchnahme der Präventionsmaßnahmen in diesen „Gesundheitsurlauben“ werden weitere Preisvergünstigungen an die Nutzer weitergegeben (Bonusprogramm).

Die Krankenkassen und andere Sozialversicherer sind aus ihrer besonderen Rolle heraus für die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen prioritärer Kooperationspartner bei der Platzierung von Präventionsangeboten.

Schwerpunkt der Krankenkassenangebote ist die universelle und zielgruppenspezifische Prävention. Maßnahmen der Früherkennung in Regie der Krankenkassen, aber auch der Berufsgenossenschaften nehmen eine zunehmend größere Rolle ein.

4.1.7 Sozialversicherungsträger

Krankenkassen

Die Besonderheit der Sozialversicherungsträger liegt in den exklusiven Konditionen ihres Marktauftrittes. Im Gegensatz zu allen anderen Anbietern treten sie oft in einer Doppelrolle als Finanzierer (Leistungs-träger) und Dienstleister (Leistungserbringer) auf. Die in der Bevölkerung verankerte positive Bewertung der Prävention soll imagefördernd genutzt werden („Gesundheitskasse“). Nicht selten ist in der Vergangenheit deshalb das Präventionsangebot vor allem unter Marketingaspekten gestaltet worden. Bundesgesundheitsminister a.D. Seehofer hat die Herausnahme des § 20 SGB alter Fassung damals ganz wesentlich damit begründet, dass die präventive Wirkung dieser Kassenangebote zumindest im SGB V zu gering und ihr Nutzen kaum nachweisbar gewesen sei. Die Marktangebote, die von den Kassen heute erbracht werden, sind dagegen qualitativ hochwertiger, meist bereits zielgruppenadjustiert bzw. besonderen Lebenslagen bzw. Lebenswelten angepasst, d. h. auf spezifische Settings wie insbesondere Kindergärten, Schulen und Betriebe ausgerichtet. Die Expertise dazu wird insbesondere durch Professionen wie Krankenpflegekräfte, Sport- und Gesundheitswissenschaftler und Ökotrophologen bestritten.

Die Kassen kaufen zunehmend Leistungen bei anderen Marktanbietern ein. Darin werden wirt-

Berufsgenossenschaften

Die Berufsgenossenschaften haben ebenfalls vielfältige Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik insbesondere auf der Grundlage des Arbeitssicherheitsgesetzes entwickelt. Sie bedienen sich dabei der Expertise eigener Fachleute sowie externer Expertise. Eine herausragende Stellung in deutschen sowie zahlreichen ausländischen Märkten nimmt die B.A.D. GmbH mit diversen Tochterunternehmen ein. Sie ist ein Unternehmen, das 1976 von 22 Berufsgenossenschaften gegründet wurde. Die B.A.D. beschäftigt selbst ca. 1.500 Mediziner, hat ihren Schwerpunkt in der Arbeitsmedizin, in Sicherheitstechnischen Diensten und der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

Das Unternehmen verfolgt einen rasanten Expansionskurs. 2006 wurde u.a. der gesamte Gesundheits- und Beratungsdienst der Deutschen Telekom inklusive Betriebsärztlichem Dienst, Arbeitsschutz-Service, Mitarbeiter- und Führungskräfteberatung per Dienstleistungsvertrag übernommen. 180.000 Beschäftigte an 90 Standorten in Deutschland werden betreut. B.A.D. wächst auf den ausländischen Märkten, dazu gehören heute Töchter u.a. in Tschechien, Slowakei, England, Ukraine, Polen und der Türkei unter dem einheitlichen Label „Team Prevent“.

5. Entwicklungsperspektiven des Gesundheitsmarktes in Prävention, Gesundheitsförderung und Medical Wellness

Kernaussagen aus Trendstudien, die die Rahmenbedingungen des Marktes abbilden und eine Einschätzung zu seiner zukünftigen Bedeutung geben, werden hier blitzlichtartig wiedergegeben. Die Studien erlauben u.a. folgendes Fazit:

- Der 2. Gesundheitsmarkt entwickelt sich innerhalb der Gesundheitswirtschaft zu einem bedeutenden Wachstumssegment.
- Auf internationalen Märkten, zunehmend aber auch auf dem deutschen Markt, kommt es bei der Leistungserbringung in diesem Segment zur neuen Konkurrenz mit bisher nicht-medizinisch ausgerichteten Dienstleistern. Ihre Leistungen umfassen insbesondere den Bereich des Lifestylemanagements inklusive Kernelementen der Förderung seelischer Gesundheit im Sinne eines emotional managements.

Individuelle Gesundheitsleistungen: Ein Blick auf den US- Markt (Illing 2003)

Der deutsche Markt zeigt für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bereits jetzt deutliche Wachstumstendenzen und Beschäftigungseffekte. In anderen Ländern hat sich dieses Marktsegment jedoch bereits stärker entfaltet.

- Die Finanzierungsbedingungen für Präventionsleistungen werden sich im Verhältnis zu kurativen und rehabilitativen Leistungen verbessern. Als gesundheitspolitische Voraussetzung gilt eine hinreichende Evidenzbasierung der Angebote.
- Der Prävention, Gesundheitsförderung und Medical Wellness als eigenständiges Segment im deutschen Gesundheitsmarkt messen Krankenhausmanager zukünftig einen hohen Stellenwert im klinikeigenen Portfolio zu.
- Das „Krankenhaus als Gesundheitszentrum“: Krankenhäuser bieten unter dem Gesichtspunkt einer „360 Grad-Ausrichtung“ auf der Basis der klinikeigenen Expertise zunehmend Leistungen zur Präventions- und Gesundheitsförderung an.
- Mit der Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Medical Wellness können Kliniken frühzeitig begrenzt weitere Kundenpotenziale binden.
- Die psychiatrisch ausgerichtete Prävention wird durch neuere Entwicklungen in Wissenschaft und Praxis im Bereich der Prädiktiven Medizin eine erhebliche Wachstumsdynamik entwickeln und ihren Nachholbedarf im Vergleich zur somatischen Medizin sukzessive verringern.

Wachstumsmarkt USA

In den USA wird ein Großteil des Umsatzes im Bereich von Gesundheits-, Freizeit- und Lifestylemedizin in so genannten Spa's gemacht. Dabei handelt es sich „um eine Stätte, in der zu therapeutischen, gesundheitlichen oder erholsamen Zwecken ein- oder mehrtägige Angebote gemacht werden, die sich auf präparative Maßnahmen der Körperpflege und Kosmetik konzentrieren und durch Bäder, Massagen, Entspannungsübungen, Fitness und anderes ergänzt werden. Das Ambiente strahlt Exklusivität aus und bietet die Möglichkeit, Lifestyle zu demonstrieren“ (Definition des Autors).

Die rasch zunehmende Zahl dieser Einrichtungen und überdurchschnittliche Umsatzerwartungen führen zu neuer Konkurrenz. In der Spezialisierung auf das Medizinale suchen derzeit besonders viele Anbieter ihr Glück. Nach Jahren der Fokussierung auf Kosmetik, Entspannung und Wohlfühlen entwickelt sich ein Trend zu mehr medizinischen Anwendungen. So ist das so genannte Medical Spa zur Zeit außerordentlich erfolgreich und weist eine stärkere Wachstumskurve auf als die nichtmedizinische Spa-Industrie. Medical Wellness spielt sich in den USA vor allem in diesen Medical Spa's ab. Deren Angebote sind zumeist hochpreisig und richten sich somit an eine begüterte Klientel. Die Gründe für die rasche Vermehrung von Medical Spa's sind:

- Zunehmende Nachfrage nach komplementären Medizinsystemen als Reflex kollektiver gesellschaftlicher Defizite (Spezialisierung in der Arbeitswelt ruft nach ganzheitlichem Ausgleich woanders etc.).
- Bedürfnis nach Entspannung, „Verwöhnt werden“ und individuelle Ansprache als Reaktion auf einen zunehmend als Belastung empfundenen (Arbeits- und Freizeit-)Alltag.
- Zunehmendes Körperbewusstsein, gepaart mit wachsender Bereitschaft für kosmetisch-operative Eingriffe.
- Wachsende Zahl von Kaufkräftigen, die infolge des Alters zunehmend nach medizinischen Dienstleistungen fragen („Baby-Boomer“, 50+-Generation“).

Auch die Zahl der US-amerikanischen Krankenhäuser, die therapeutische Angebote im Bereich komplementärer Medizinsysteme machen, hat sich von 9 Prozent (1999) auf 11 Prozent (2000) erhöht. In Großstädten liegt diese Zahl noch wesentlich höher (z.B. New York 28 Prozent)

6. Zukünftige Interventions- und Handlungsfelder für die Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen - Potenzialanalyse

Im Folgenden werden für Teilgebiete der Psychiatrie, d.h. für bestimmte Altersgruppen und spezielle Krankheiten, kursorisch Handlungsansätze aufgezeigt. Die Darstellung erfolgt exemplarisch und ohne Anspruch auf eine systematische und vollständige Erfassung.

6.1 Erhalt der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die derzeit an die Prävention gestellten Forderungen zielen anlehnd an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Nuechterlein und Dawson 1984) immer dringender auf primärpräventive Maßnahmen, die in so genannten „Lebenswelten“ von Kindern stattfinden. Dies entspricht auch der Vorgabe der WHO, psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche als ein zu priorisierendes Präventionsziel zu betrachten (WHO 2005). Solche Maßnahmen bestehen zwar bereits bei somatischen Erkrankungen, müssten aber im Bereich psychischer Erkrankungen aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie noch stärker ausgearbeitet werden. Hierzu bedarf es aber einer Stärkung der Präventionsforschung durch vermehrte Untersuchungen zu den Ursachen psychischer Erkrankungen (Roick et al. 2005). Bei den Überlegungen zu einem neuen Präventionsgesetz ist geplant, die Präventionsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung stärker zu fördern. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern wurden bislang lediglich wenige und allenfalls regionale Maßnahmen eingeleitet. Hierzu zählen beispielsweise Stressbewältigungsprogramme der Techniker Krankenkasse, das hessische Projekt „Kinder- und Jugendärzte im Netz“ oder das Nationale Kinder- und Jugendsurvey des BMBF zur Informationsgewinnung.

Interventions- und Handlungsfelder insbesondere für die Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind u.a.:

- Optimierung von Vorsorge und Früherkennung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Schulprojekte z.B. zum Stressmanagement und zu Suchtgefahren (Cannabis) u.ä.
- Aufklärung über psychische Belastungsfaktoren im Freizeitbereich und Beratungsstellen.

6.2 Spezielle Prophylaxe bei Kindern psychisch kranker Eltern

Wie zunehmend deutlicher wird, stellen die Kinder psychisch kranker Eltern Hochrisikopersonen für psychiatrische Erkrankungen dar (Carter et al. 2001). In früheren Jahren hat sich die Forschung wie z.B. in der New Yorker High Risk Studie (Erlenmeyer-Kimling et al. 1997) vor allem für Veränderungen klinischer und neurobiologischer Parameter interessiert. Die Angehörigen-Forschung hat sich im Sinne des Endophänotypen-Konzepts vor allem auf genetische Untersuchungen konzentriert, um pathophysiologische Ansätze für diese Erkrankungen zu gewinnen. Heute finden sich dagegen verstärkt Initiativen, die therapeutische Ansätze für Kinder psychisch kranker Eltern in den Mittelpunkt stellen. In den LWL-Kliniken Lengerich und Herten ist bei einem Klinikaufenthalt die Mitaufnahme und Betreuung von Kindern psychiatrischer Patienten bereits seit einigen Jahren möglich und wird mit Angeboten zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung gekoppelt. Andere LWL-Kliniken haben in bestimmtem Umfang an diese Konzeptionen angeknüpft, was inhaltlich einem primärpräventiven Beitrag entspricht.

Hierzu zählt beispielsweise das Projekt der LWL-Klinik Bochum mit der Jugendhilfe St. Vinzent, das ein breit gefächertes pädagogisch-psychotherapeutisches Angebot für diese Kinder und ihre Mütter anbietet. Dazu laufen gegenwärtig verschiedene Forschungsanträge, wie ein Projekt (Initialphase) zur Stärkung der Resilienz bei Kinder psychisch Kranker (Prof. Lenz, Paderborn) in Kooperation u.a. mit den LWL-Kliniken Dortmund, Herten, Lengerich, und das durch den Innovationspreis von Janssen-Cilag ausgezeichnete Projekt „Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern“ aus Berlin. Die LWL-Klinik Paderborn wirkt an einem mit Mitteln der DFG geförderten Projekt zu „Schizophrenie und Elternschaft“ mit, das sich ebenfalls mit Bewältigungsstrategien in diesen Familien befasst.

Interventions- und Handlungsfelder (u.a.):

- Kinder von Patienten der erwachsenpsychiatrischen Einrichtungen
- Weitere Teilnahme an dem Projekt von Prof. Lenz zusammen mit dem LWL-Institut für Präventions- und Versorgungsforschung

- Einrichtung von Sprechstunden für die Angehörigen und für Kinder von Patienten im Sinne von Beratung, psychoedukativen Angeboten zum Stress- und Krisenabbau sowie Informationen über die Erkrankung von Vater oder Mutter, eventuell unter Hinzuziehung von Kinderkrankenschwestern oder dem KJP-Personal.

6.3 Suchtprävention

Bislang beziehen sich die Aktivitäten in der sozial-psychiatrischen Versorgung sowie der Forschung im Bereich der psychiatrischen Primärprävention im Wesentlichen auf Suchterkrankungen und die Suizidprävention. Auf die vielfältigen Initiativen zur Aufklärung über die Gefahren des Rauchens, Trinkens sowie von Jugenddrogen einzugehen, würde den Rahmen dieses Konzeptpapiers übersteigen. Kritische Darstellungen insbesondere hinsichtlich der Relation von Leistung und Erfolg finden sich bei Batra und Buchkremer (2003) sowie Heinz und Batra (2002). Angemerkt werden muss allerdings, dass die absolute Zahl der Raucher sowie das allgemeine Bewusstsein über die Gefahren des Rauchens unter diesen, z.T. einschneidenden Maßnahmen in den letzten Jahren eher zugenommen haben.

Auf das Problem der oft iatrogen induzierten Abhängigkeit von Tabletten, wie z.B. von Benzodiazepinen oder (oft opiathaltigen) Schmerzmitteln, wird selten eingegangen. Forschungsansätze oder primärpräventive Initiativen finden sich zu diesen Themen kaum. Die LWL-Klinik Bochum verfolgt seit einiger Zeit das Ziel, durch präventive Maßnahmen sowohl dem schädlichen Umgang mit Cannabis als auch den als Folge des Cannabis-Missbrauchs auftretenden psychischen Störungen wie Depression, amotivationale Syndrom und schizophrene Psychosen vorzubeugen. Cannabis wird heutzutage von vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert. So hat sich der Cannabis-Gebrauch in den letzten fünf Jahren verdoppelt, 38% der 16jährigen haben bereits einen Joint geraucht. Präventionsstrategien verfolgen im wesentlichen das Ziel, das positive Image von Cannabis „anzukratzen“, Informationen über die psychischen Folgen bis hin zu lebenslangen schweren Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie zu liefern und bereits in der frühen Pubertät eine selbstständige, möglichst kreative Auseinandersetzung mit diesem Thema zu ermöglichen (Juckel et al. 2004, Juckel 2005). Mehrere Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen (u.a. Bochum, Dortmund, Lippstadt, Paderborn, Warstein) sind an Forschungsprojekten beteiligt, die sich der

Entstehung diverser Suchtmittelabhängigkeiten und der Wirksamkeit dort angewandter Therapien widmen. Insbesondere Studien zum Cannabiskonsum, aber auch zum Medikamentabusus liefern Hinweise zur Prävention der Suchtmittelabhängigkeit. Ein besonderer Schwerpunkt mehrerer derzeit in den LWL-Kliniken betriebener Ansätze fokussiert auf die Zusammenhänge zwischen Suchtmittelgebrauch und psychischer (Ko-)Morbidity.

Interventions- und Handlungsfelder (u.a.) für Suchtabteilungen:

- Schulprojekte zum Thema Alcopops, Cannabis, Ecstasy etc. mit Einrichtung von entsprechenden Sprechstunden
- Entwicklung kreativer Umgangsformen mit dem Thema Suchtprävention (Theater/Rollenspiel, Kunstwettbewerb)
- Image-Verstärkung alternativer, nicht süchtig machender Substanzen.

6.4 Suizidprävention

Die Suizidprävention ist ein weiterer Forschungsansatz u.a. der LWL-Klinik Bochum (Echterhoff, Juckel). Während sich das entsprechende Teilprojekt des Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ stärker mit den neurobiologischen Korrelaten suizidalen Verhaltens auseinandergesetzt hat, konnte das Nürnberger Bündnis gegen Depression eindrücklich zeigen, dass eine gezielte und breit angelegte Aufklärung der Allgemeinbevölkerung über Depressionen sowie ihrer minoreren Formen die Rate suizidalen Verhaltens in einer Region signifikant senken kann (Althaus et al. 2006). Das nationale Suizidpräventionsprogramm um Prof. Schmidtke (Würzburg) versucht noch grundsätzlicher gesellschaftlich darauf hinzuwirken, dass suizidales Verhalten erkannt wird, dass es Ausdruck eines Hilferufes und in der Regel einer Krankheit ist. LWL-PsychiatrieVerbundsweit wird aufbauend auf den aktuellen Stand der Forschung und die klinische Erfahrung der Einrichtungen derzeit eine abgestimmte Konzeption zur Prävention des Suizides eingeführt. Die LWL-Klinik Lengerich konzipiert derzeit einen Behandlungspfad zur akuten Suizidalität und Prävention des Patientensuizids. In der LWL-Klinik Bochum wird Suizidalität und suizidales Verhalten (z.B. Suizidversuch) als Ausdruck einer psychischen Krise verstanden. Damit ein erneutes Auftreten von Suizidalität und suizidalem Verhalten verhindert werden kann, wird der Patient im Sinne einer Sekundärprävention/Sekundärprophylaxe in ein umfassendes Nachsorgeprogramm aufgenommen.

men. Von der LWL-Klinik Bochum soll dafür zum Teil gemeinsam mit der Stadt Bochum gegenwärtig ein umfassendes Akut- und Krisennetz aufgebaut werden. Krisenberatung wird hier als stressreduzierendes Instrument zur Suizidprävention eingesetzt. Ein umfassendes Konzept zur Optimierung der Suizidprophylaxe wird auch in weiteren LWL-Kliniken betrieben. Stellvertretend wird auf ein sich in Entwicklung befindendes Angebot der Hans-Prinzhorn-Klinik Frönsberg sowie auf das Nurse-Assessment in Herten verwiesen. Die Einbettung in kommunale Netzwerke wird als Voraussetzung für eine hohe Wirksamkeit solcher Konzepte gesehen.

Interventions- und Handlungsfelder (u.a.):

- Etablierung und Umsetzung eines Suizidstandards
- Psychoedukation von suizidalem Verhalten
- Kriseninterventionszentrum/-beratung
- Aufklärung über Depressivität und Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung und in speziellen Risikopopulationen (männliche Senioren o.ä.).

6.5 Frühe Sekundärprävention: Schizophrenie, Bipolare Störung, Demenz

Schizophrenie

Frühe Sekundärprävention findet vor allem bei schizophrenen Störungen statt (Klosterkötter et al. 2001, Juckel 2005, Schmidt et al. 2005). Die im Bereich der Schizophrenie bislang eingesetzten pharmakologischen Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention müssen weiter durch psychotherapeutische und soziale Maßnahmen ergänzt werden.

Ein verzögerter Behandlungsbeginn geht einher mit ...

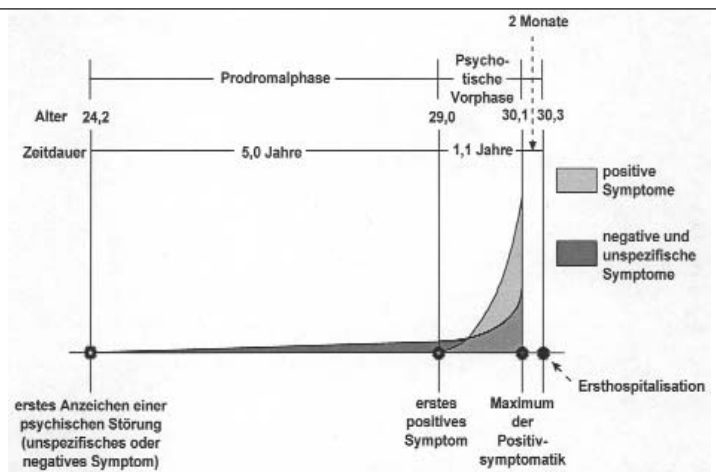
- einer verzögerten und unvollständigeren Remission der Symptomatik
- längerem stationären Aufenthaltsdauer und einem höheren Rückfallrisiko
- ausgeprägterer Negativsymptomatik
- einer geringeren Compliance
- einer höheren Belastung der Familie
- einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko
- größeren Belastungen der Arbeits- und Ausbildungssituation
- einem erhöhten Substanzmissbrauchs- und delinquentes Verhalten
- und deutlich höheren Behandlungskosten

Besonders hinsichtlich der Tertiärprävention besteht in diesem Bereich ein großer Bedarf an rehabilitativen Einrichtungen. Ziele früher sekundärpräventiver Strategien wie der Früherkennung beginnender schizophrener Erkrankungen und ihrer frühzeitigen Behandlung ist es, durch eine möglichst rasch einsetzende Behandlung chronische Verläufe zu verhindern oder abzumildern. Derzeit beginnt die Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen häufig erst, wenn die Krankheit bereits stark fortgeschritten ist. Die aktuellen Behandlungsstrategien gehen zwar mit einer verbesserten psychotischen Symptomatik sowie einem verminderten Rückfallrisiko einher, können aber bereits eingetretene soziale und neurobiologische Folgeschäden nur noch sehr begrenzt beeinflussen. Nach verschiedenen Studien besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer der unbehandelten Erkrankung und den Folgeschäden wie verzögerter Remission, Ausbildung von Negativsymptomatik, schlechter Compliance und einer ungünstigen Prognose.

Warum ist eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung von Psychosen wichtig?

- Vermeidung eines chronischen Verlaufs
- Vermeidung des Ausbruchs akuter Psychosen-Neurotoxizität der Psychose
- je länger die Symptome bestehen, desto schwieriger die Behandlung
- mit zunehmender Stärke der Symptome Abnahme der Krankheitseinsicht
- Schon frühe unspezifische Symptome (Motivationsverlust, sozialer Rückzug, Leistungsknick etc.) führen zu Schwierigkeiten in der Ausbildung und zu Konflikten in der Familie und mit Freunden

Nach diesen Studiendaten kann der mittel- und längerfristige Krankheitsverlauf durch eine möglichst frühzeitige Behandlung günstig beeinflusst werden. In der Konsequenz müssen sich die Bemühungen darauf richten, die Dauer der unbehandelten Erkrankung durch eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie zu verkürzen. So gibt es beispielsweise in Norwegen Ansätze (TIPS-Projekt, Larsen et al. 2006), die psychotische Vorphase, in der bereits das Vollbild einer schizophrenen Erkrankung besteht, durch Einsatz mobiler Psychiaterteams und umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit zu verkürzen und damit die Prognose zu verbessern. Hier konnten erste Erfolge erzielt wer-



ABC-Studie zur retrospektiven Erfassung von Symptomen bei später Schizophrenie-Erkrankung (Häfner 1995)

den. Früherkennungszentren in Melbourne (EPPIC, McGorry et al. 1996) und in Deutschland (Köln, Düsseldorf, Bonn, München, Berlin, und seit 2005: Bochum (BoFit)) versuchen Personen mit erhöhtem Risiko, eine schizophrene Störung zu entwickeln, bereits in der davor liegenden, im Durchschnitt ca. fünf Jahre dauernden Prodomalphase anhand spezifischer Frühsymptome zu identifizieren und mit Psychoedukation, Psychotherapie, evtl. Medikation und verschiedenen Trainingsmethoden zu behandeln (McGorry et al. 2002, Juckel 2005, Juckel et al. 2005, Klosterkötter et al. 2005). Neben einem chronischen Verlauf soll auf diesem Weg möglicherweise sogar auch der Übergang in die erste psychotische Episode verhindert oder abgemildert werden. Zusätzlich kann durch diese Maßnahmen möglicherweise erreicht werden, dass die Patienten aufgrund ihrer „guten“ Erfahrungen mit dem behandelnden Zentrum bei Persistieren psychotischer Symptome im weiteren Verlauf mehr Krankheitseinsicht und Compliance zeigen, als es in der Akut-Psychiatrie bislang oft der Fall ist.

Interventions- und Handlungsfelder (u.a.):

- Etablierung von Früherkennungszentren nach dem Vorbildern Köln (FETZ) oder Bochum (BoFit)
- Beteiligung an entsprechenden Studien zur Verbreiterung der Datenbasis
- Entwicklung von psychotherapeutischen und psychoedukativen Behandlungsangeboten
- Öffentlichkeitsarbeit.

Bipolare Störungen

Die manisch-depressive Erkrankung wurde lange Zeit nicht nur unterdiagnostiziert, sondern auch in ihrem chronischen Verlaufscharakter unterschätzt. Über den Frühverlauf dieser Erkrankung ist nur wenig bekannt. Ähnlich wie bei der Schizophrenie liegt ein wichtiges Ziel darin, therapeutisch früh einzugreifen, um den chronischen Verlauf abzumildern oder zu verhindern. In eigenen Ansätzen und Untersuchungen (Bauer und Juckel 2005, Hauser et al. 2006) versuchen wir gegenwärtig, erste Erkenntnisse über die beginnende Symptomatik, mögliche Risikofaktoren und eventuelle Bedingungsketten zu gewinnen. Es wurde zunächst versucht, eine Skala zum Frühverlauf und zur Früherkennung der bipolaren Störung konstruiert. Dabei wurde deutlich, dass rhythmische Wechsel von Stimmung, Antrieb und Schlaf eventuell ein Frühzeichen dieser Erkrankung darstellen könnten. Vermutlich werden noch einige Jahre vergehen, bis ähnlich wie bei der Schizophrenie gesicherte klinische und neurobiologische Erkenntnisse vorliegen werden.

Interventions- und Handlungsfelder (u.a.):

- Mithilfe bei der Etablierung und Validierung eines Früherkennungsinventars für bipolare Störungen
- Entwicklung psychoedukativer Angebote und Spezialsprechstunden
- Öffentlichkeitsarbeit.

Demenzielle Erkrankungen

Im Bereich demenzieller Erkrankungen liegt noch wenig fundiertes Forschungswissen bezüglich Prävention vor. Demenzerkrankungen, besonders vom Alzheimer-Typ, zählen zu den häufigsten Erkrankungen im Bereich der Gerontopsychiatrie. Auf diesem Gebiet besteht vor allem primär- und sekundärpräventiv dringender Bedarf (Ehmann et al. 2004). Präventiv bedeutsam ist auch die Arbeit mit den Angehörigen. Ziel muss es sein, das hohe Erkrankungsrisiko der Angehörigen durch eine psychotherapeutische Betreuung zu senken. Da im höheren Alter Depressionen ebenfalls häufig auftreten, könnte sich eine frühzeitige Therapie auch auf den Verlauf anderer Erkrankungen positiv auswirken. Zudem mehren sich die Hinweise, dass die Depression ein erheblicher Risikofaktor für das Entstehen einer demenziellen Erkrankung darstellt (Barnes et al. 2006).

Die Mehrzahl der LWL-Kliniken verfügt bereits über Gedächtnis-Sprechstunden mit einem Angebot, das u.a. auch Maßnahmen der Früherkennung und

-behandlung von Frühphasen der Demenz umfasst.

Interventions- und Handlungsfelder (u.a.):

- Angehörigenarbeit
- Einrichtung einer Gedächtnissprechstunde
- Einrichtung von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Altersdepression
- Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit über Altersdepression
- Aufsuchende Arbeit in Seniorenheimen
- Zusammenarbeit mit Haus- und Allgemeinärzten in Bezug auf Früherkennung von Demenzen und Altersdepressionen.

Ein weiterer, zukünftig an Bedeutung gewinnender Bereich betrifft die Depression. Hier besteht ein dringender präventiver Bedarf und zwar sowohl hinsichtlich der primären als auch der sekundären Prävention. Allerdings stehen die klinischen und wissenschaftlichen Überlegungen diesbezüglich noch sehr am Anfang. Möglicherweise sollte man zudem die Entwicklung der bipolaren Störungen abwarten. In einer Metaanalyse zur Primärprävention der Depression wurde gefolgert, dass Programme, die auf Hochrisikogruppen wie z.B. Kinder affektiv Erkrankter abzielen, sich als eine wirksame Prävention herausstellten (Jane-Llopis et al. 2003, Schmidt et al. 2005). Beim Bundesgesundheitsministerium gibt es derzeit unter die Initiative „Depression: Verhindern-Erkennen-Behandeln“.

Als ein möglicher weiterer Bereich soll zum Schluss noch die transkulturell-psychiatrisch präventive Arbeit genannt werden. Mittlerweile hat ca. 20% der bundesrepublikanischen Bevölkerung einen Migration-Hintergrund. Bei diesem Personenkreis treten u.a. hierdurch bedingt verstärkt Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen u.ä. auf. Präventive Maßnahmen können dazu beitragen, „Kultur-Stress“ und maladaptive Assimilationsstrategien abzubauen bzw. zu korrigieren. Im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen wird derzeit in einem Innovationsprojekt die Ausrichtung auf eine kultursensible, auf eine interkulturelle Psychiatrie weiterentwickelt. Neben der primärpräventiven Ausrichtung ist u.a. Ziel des Projektes der ungehinderte, möglichst frühe Zugang zur psychiatrischen Versorgung im Bedarfsfall und die Verankerung einer kultursensiblen Therapie und Pflege.

Insgesamt sollte überlegt werden, wie die Primärprävention, die bisher vor allem außerhalb

der Psychiatrie betrieben wurde, besser mit sozial-psychiatrischen und allgemeinen Gesundheits-Einrichtungen im Sinne der Vorsorge vernetzt werden kann. Ein Beispiel hierfür ist das Einüben des autogenen Trainings, um Belastungs- und Stressfaktoren bei Schulkindern zu vermeiden.

6.6 Präventionsforschung

Für den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen wird es zukünftig wichtig sein, seine präventiven Programme und Maßnahmen durch eine Begleit-evaluation und wissenschaftliche Studien zu ergänzen. Das LWL-Institut für Präventions- und Versorgungsforschung bietet sich in dieser Hinsicht an. In einem ersten Schritt ist es wichtig, in einer definierten Catchment-Area die Nachhaltigkeit eines Präventionsprogrammes im Sinne der Primärprävention zu überprüfen. Hierzu müssten Befragungen zu den Einstellungen/Verhaltensweisen und den Einstellungs-/Verhaltensänderungen von Personen in dem jeweiligen Gebiet oder Betroffenen hinsichtlich bestimmter Gesundheitskomponenten durchgeführt werden. Hinsichtlich der frühen Sekundärprävention lässt sich der Erfolg bestimmter Programme (Behandlungs- und Beratungsangebote, Aufklärungskampagnen usw.) leichter wissenschaftlich überprüfen. Die Zahl der betroffenen Patienten, die in Frühstadien unsere Behandlung oder Beratung suchen bzw. durch den Aufbau lokaler Netze mit den komplementären Einrichtungen identifiziert und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden können, kann als Erfolgsmaß genommen werden. Wichtig werden die genaue Analyse der klinischen Parameter sowie einige einfachere neurobiologische Untersuchungen sein. In der Analyse der „Pathways to Care“ wird deutlich werden, wie stark unsere Präventionsangebote und -programme wahrgenommen und angenommen werden. Kooperationspartner sind alle lokalen komplementären Einrichtungen, die die Förderung der Prävention psychischer Gesundheit als ihre Aufgabe sehen. Wissenschaftlich bilden vor allem die Ruhr-Universität Bochum sowie Fachbereiche/Fakultäten anderer Universitäten wichtige Ansprechpartner. Für die Drittmittelinwerbung stehen derzeit vor allem die Krankenkassen zur Verfügung. Inwiefern das Präventionsgesetz tatsächlich Gelder für den Krankenhausbereich bereithält, bleibt abzuwarten. Sonstige Drittmittelgebern wie BMBF (bis auf die Ausschreibung zur Primärprävention), DFG, EU oder Industrie sind bislang hinsichtlich des Themas Prävention kaum in Erscheinung getreten.

7. Qualitätssicherung in der Prävention

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen hat sich auf gemeinsame Standards bei der Durchführung von primärpräventiven Angeboten verständigt, die fortlaufend – an der Praxis orientiert und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgend – modifiziert werden (IKK-Bundesverband 2006). Die Vereinbarung mit dem Titel „Leitfaden Prävention – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V“ vom 21. Juni 2000 in der aktuellen Fassung vom 10. Februar 2006 beinhaltet neben allgemeinen Grundsätzen und Empfehlungen Ausführungen zu den Zielgruppen, zu einem Qualitätsmanagement, zu den Dokumentationspflichten und insbesondere Ausführungen zu den Handlungsfeldern, denen sich präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen stellen sollen. Mit diesem Leitfaden haben die Kassen Standards zu den von ihnen anerkannten Präventionsleistungen entwickelt. Sie liefern damit qualitätssichernde Vorgaben, die auch für eigene Angebote im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen verbindliche Leitschnur bei der Entwicklung und Offerte eigener Angebote sind. Sowohl für am Individuum wie an Settings orientierte Maßnahmen sind folgende allgemein beschriebene Handlungsfelder von Bedeutung:

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressreduktion/ Entspannung
- Genuss/ Suchtmittelkonsum

Für diejenigen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung gelten modifizierte Handlungsfelder:

- Arbeitsbedingte körperliche Belastungen
- Betriebsverpflegung
- Psychosozialer Stress
- Genuss- und Suchtmittelkonsum

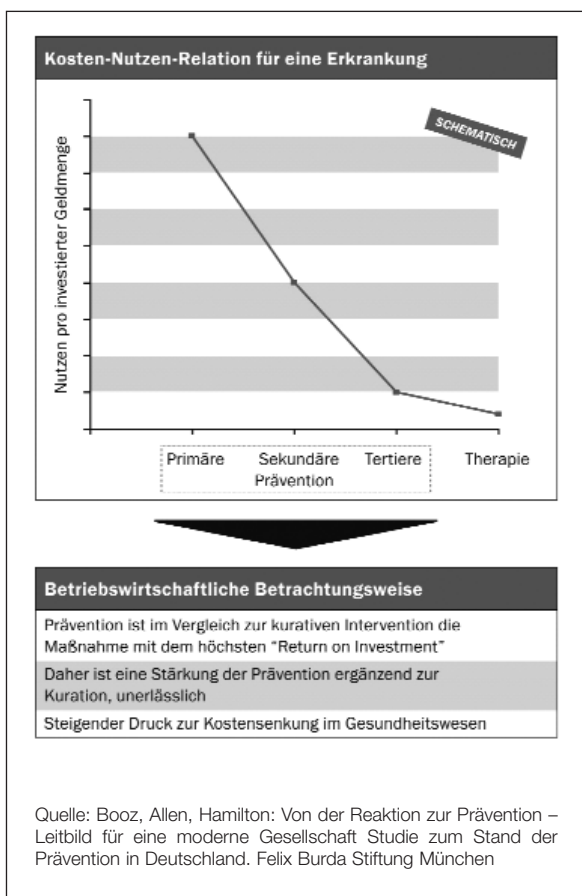
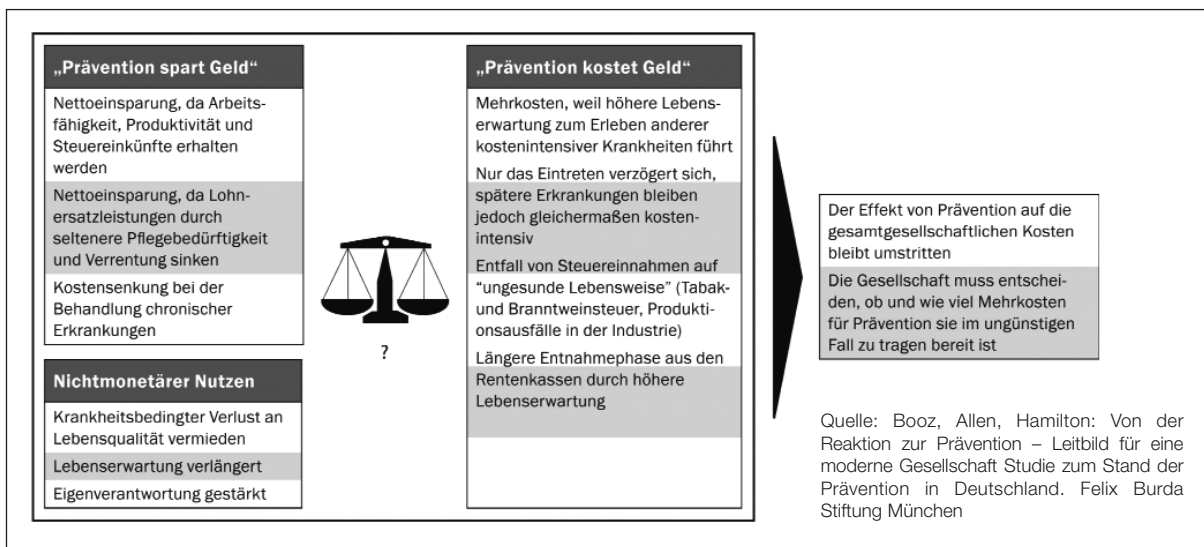
Im Zuge der Beschreibung dieser Handlungsfelder erfolgen ausführlichere Darstellungen u.a. zu den jeweils zugrunde gelegten Präventionsprinzipien, zu den Zielgruppen, zu Inhalt, zur bevorzugten Methodik sowie zu den Anbieterqualifikationen.

Die im „Leitfaden Prävention“ vereinbarten Standards sollten auch bei der Konzipierung und Einführung neuer Präventionskonzepte zugrunde gelegt werden. Andere Zweige der Sozialversicherungen geben als qualitätssichernde Maßnahme vergleichbare Standards wie die GKV vor.

8. Finanzierung von Prävention

8.1 Gesundheitsökonomischer Nutzen

Gesamtgesellschaftlich gesehen hat die Finanzierung präventiver Maßnahmen einen zentralen Stellenwert.



Wenngleich kontrovers diskutiert wird, ob Prävention gesamtgesellschaftlich zu einer Kostenreduktion führt, wirkt sich eine präventive Maßnahme im Einzelfall immer dann kostensenkend aus, wenn sie preisgünstiger ist als die spätere Behandlung der Krankheit. Unabhängig von möglichen Einsparungen im Gesundheitswesen generiert eine präventive Intervention den vorteilhaftesten „Return of Investment“.

8.2 Angebotsfinanzierung

Die Finanzierung von Maßnahmen zur Präventions- und Gesundheitsförderung ist gegenwärtig nicht befriedigend. Bereits seit 1971 werden Maßnahmen der Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 73 SGB V) finanziert. Die systematisch eingeführte Früherkennung psychischer (Entwicklungs-) Störungen und Krankheiten ist allerdings bis heute nicht befriedigend eingeführt. Nach einer kritischen Debatte zur nicht gesicherten Qualität der erbrachten Präventionsleistungen wurde 1996 mit dem Beitragsentlastungsgesetz die Prävention aus dem Leistungskatalog (§ 20 SGB V) gestrichen, in modifizierter Form jedoch 2000 wieder eingeführt.

Finanzierungsleistungen sind in diversen Sozialgesetzbüchern „verstreut“ und damit unterschiedlichen Kostenträgern zugeordnet. Die Abgrenzung von Präventionsleistungen zu therapeutischen Interventionen ist vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollt. Deshalb sind z.B. psychoedukative Maßnahmen am Patienten in der Regel nicht als Präventionsmaßnahme abrechenbar, wenngleich

sie durchaus präventiven Charakter haben und zwar für die Patienten sekundärpräventiv und teilnehmende Angehörige auch primärpräventiv.

Von maßgeblicher Bedeutung wird sein, ob sich der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen mit seinen Kliniken und Zentren bereits **vor** der Neuausrichtung der Finanzierung fachlich qualifiziert und wirtschaftlich solide neben anderen bereits am Markt agierenden Anbietern und vor der erwarteten Plazierung einer Vielzahl neuer Anbieter mit einem eigenen Angebot einbringen kann. Der Benefit solcher Bemühungen liegt nicht vorrangig in den zu erwirtschaftenden Erlösen. Nichtmonetäre Aspekte wie u.a. die qualitativ verbesserte Versorgung der Bürger aus Verbrauchersicht sowie die Optimierung der Marktposition aus Unternehmenssicht müssen mitbewertet werden. Eine solide Gegenfinanzierung präventiver Angebote mit dem Ziel der Kostendeckung wird jedoch ein kritischer Erfolgsfaktor sein, wenn es um die Nachhaltigkeit, das heißt *die auf Dauer implementierte Erbringung eines solchen Angebotes* geht. Sämtliche gegenwärtig zur Verfügung stehenden Finanzierungsoptionen müssen hierzu betrachtet und bewertet werden.

Die gegenwärtige Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist unübersichtlich. Alle Zweige der Sozialen Sicherungssysteme sind mit unterschiedlichen Präventionsleistungen beteiligt. Welchem Träger eine Präventionsmaßnahme zur Finanzierung zugeordnet ist, richtet sich als Ordnungskriterium danach, wer bei hypothetisch unterstelltem Unterlassen oder Misslingen einer Präventionsmaßnahme zur Finanzierung herangezogen würde. Diese Kategorisierung deutet darauf hin, dass Zuständigkeits- und Abgrenzungsprobleme in der Praxis nicht zu vermeiden sind. Auch das neue Präventionsgesetz wird diese Abgrenzungsprobleme bei der Leistungszuständigkeit vermutlich letztlich nicht lösen.

Bei den klassischen **Präventionskursen** (nach § 20 SGB V) wird das Prinzip der Kostenerstattung angewendet, d.h. es handelt es sich in der Regel um die Erstattung von Kursgebühren, mit denen das versicherte Mitglied gegenüber dem Kursanbieter in Vorleistung getreten ist.

Bei **Pflegekursen** (etwa nach § 45 SGB XI) werden im Unterschied dazu Kurse in toto durch einzelne oder durch Gruppen von Versicherungen finanziert. Hier treten die Versicherungen häufig selbst als Anbieter des Angebotes oder als Mitveranstalter auf, während die Leistungserbringung selbst in der Regie einer Klinik oder ambulanter Anbieter geschieht.

Präventionsgesetz- Verabschiedung in 2008?

Die Prävention soll nach dem Willen der Koalitionsparteien der Bundesregierung als 4. Säule im Gesundheitswesen aufgebaut werden. Damit doll der Präventionsgedanke auf eine wesentlich breitere gesetzliche und finanzielle Grundlage als bisher gestellt sein. Im Jahr 2005 ist ein erster Entwurf am Veto des Bundesrates gescheitert. Im November 2007 hat das zuständige Ministerium einen neuen Gesetzentwurf eingebracht und den Verbänden zu ersten Stellungnahmen zukommen lassen. Der Gesetzentwurf enthält gegenüber dem gescheiterten Entwurf aus 2005 wesentliche Neuerungen:

- Auf die Einrichtung eines seinerzeit heftig umstrittenen nationalen Präventionsfonds wird verzichtet. Statt dessen werden auf nationaler und Länderebene unter wesentlicher Mitgliedschaft der Sozialversicherungsträger unter Hinzuziehung von Vertretern von Bund, Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden Präventionsräte geschaffen.
- Die private Krankenversicherung wird erstmals als Träger von Präventionsleistungen einbezogen
- Der Entwurf enthält Finanzierungsvorgaben für alle Zweige der Sozialversicherungen zu Maßnahmen der Prävention. Länder und Kommunen werden in die Finanzierung nicht einbezogen, die Arbeitslosenversicherung als einziger Sozialversicherungszweig ebenfalls nicht.
- Die Zielsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen wird untergeordnet unter gemeinsam definierte nationale Gesundheitsziele. Grundlage dafür ist die Verknüpfung zu einer nationalen Gesundheitsberichtserstattung, die auf Bundesebene seit der Verabschiedung des Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungsgesetzes (GNG) beim Robert-Koch-Institut angesiedelt ist. Damit soll eine abgestimmte, bedarfsorientierte Schwerpunktsetzung stattfinden, der eine höhere Effizienz zugesprochen wird.
- Ein wesentlicher Schwerpunkt bei der Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung wird auf „lebensweltbezogene Maßnahmen“ (Setting- Ansatz) gelegt.
- Die Krankenkassen werden (wie die anderen Sozialversicherungsträger in den übrigen Sozialgesetzbüchern auch) verpflichtet, neben diesen gemeinsam getragenen und definierten Maßnahmen in eigener Zuständigkeit weitere Maßnahmen zu finanzieren und offerieren, die auf die Förderung individueller Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung gerichtet sind.

Der neuerliche Gesetzentwurf entspricht einem Auftrag einer Klausur der Bundesregierung im August 2007 in Meseburg. Im 1. Halbjahr 2008 soll danach das parlamentarische Verfahren abgeschlossen sein und das Gesetz im Sommer 2008 in Kraft treten.

Vorsorge und Früherkennung: Maßnahmen wie die Zahnprophylaxe, die Medizinische Vorsorge, Empfängnisverhütende Leistungen, Impfungen sowie Früherkennungsmaßnahmen sind in den § 22-26 SGB V enthalten. Hier wird derzeit zum Beispiel kritisch debattiert, ob das Konzept der Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern noch sach- und zeitgerecht ist. Neben der Diskussion, ob man die Erziehungsberechtigten gesetzlich auf die Teilnahme verpflichten könne, fordern Fachleute beispielsweise, psychiatrische Aspekte von Verhaltensstörungen oder Essstörungen stärker einzubringen und zu berücksichtigen (Bundespsychotherapeutenkammer 2006).

Nach Einschätzung vieler Experten gewinnen privat finanzierte Gesundheitsleistungen zukünftig insbesondere in diesem Bereich an Bedeutung, soweit

sie nicht verordneter, medizinisch begründeter Teil einer Behandlung sind und deshalb über Behandlungskosten finanziert werden. Ein wachsender Teil von Gesundheits- und Präventionsleistungen wird deshalb z.B. über IGeL-Leistungskataloge mit entsprechenden Preisbildungen für diverse Einzelmaßnahmen finanziert. Die Patienten treten in diesen Fällen immer in Vorleistung, gelegentlich erhalten sie eine Kostenerstattung. Dem Ziel, einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu leisten, steht diese Entwicklung hinderlich entgegen.

Im Folgenden sind die für Zwecke des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen relevanten **Finanzierungsoptionen zur Erbringung von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung** aufgeführt.

Grundlage	Kurzbezeichnung	
Empfehlungskatalog der Kassenärztlichen Vereinigung 1988 ff	IGeL-Leistungskatalog	Psychotherapeutische Verfahren zur – Selbstbehauptungstraining – Stressbewältigung – Entspannungsverfahren – Kunst-/ Körpertherapie
SGB V § 20 (Krankenversicherung)	Prävention und Selbsthilfe	Präventionskurse für Individuen
SGB V § 20 a	Betriebliche Gesundheitsförderung	Präventionsangebote für Beschäftigte in Unternehmen
SGB V § 20 b	Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren	Leistungen in Kooperation mit Unfallversicherungsträger im Betrieb
SGB V § 21- 26	Vorsorge, Früherkennung	u.a. Medizinische Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, Impfungen
SGB V, § 137	DMP	Präventionsmodule in der Behandlung von Asthma/ Diabetes etc.
SGB V § 140 ff (KV)	Integrierte Versorgung	Präventionsleistungen als Teilmodule der Behandlung im Rahmen integrierter Versorgung
SGB VII, § 14 (Unfallversicherung)	Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren/	Prävention Präventionsleistungen für Unternehmen im Auftrag von gesetzlichen Unfallversicherern
SGB IX, §§ 3, 26, 44, 84	Prävention bei Behinderten	u.a. Eingliederungsmanagement im Betrieb
SGB XI, § 45	Pflege/ Unterstützungsangebote	Unterstützung pflegender Angehöriger inkl. Stressbewältigung/ Minderung gesundheitlicher Belastungen
EBM plus	Abrechnung über Einzelziffern/ Institutsambulanz	

1. Individuelle Prävention

Für das zukünftige Leistungsgeschehen im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen bleiben **die mit dem § 20 SGB V verbundenen Präventionsmaßnahmen**, die eine Refinanzierung der Kursteilnahme bei Versicherten ermöglichen, von herausragender Bedeutung. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen qualitätsgesichert sind, indem sie den Ansprüchen einer einschlägigen Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechen (zu dieser Vereinbarung siehe auch Abschnitt „Management von Angeboten“ unter „Qualitätssicherung“).

2. Unterstützung pflegender Angehöriger

Weitere wesentliche Leistungen werden **Angebote zur Unterstützung und gesundheitlichen Förderung „pflegender“ Angehöriger auf der Basis des § 45 SGB XI** umfassen. Diese Priorisierung empfiehlt sich für die Kliniken aus der unmittelbaren Nähe zum Behandlungsgeschehen am Patienten. Diese Kurse werden in Verantwortung der Pflegekassen finanziert. Die Vergütung für die Kurkosten erfolgt anders als bei den Präventionsangeboten in toto durch eine Kasse oder mehrere Kassen gemeinsam für alle teilnehmenden Versicherten und zwar unabhängig davon, welcher Kasse sie selbst zugehörig sind.

Zu diesen beiden Leistungsangeboten sollen zur Minderung des Verwaltungsaufwandes und zur Sicherung von Marktpositionen für den gesamten LWL-PsychiatrieVerbund klinikübergreifend Rahmenleistungsvereinbarungen mit relevanten Kassen und Kassenverbänden

angestrebt werden. Diese sollen die Erbringung von Leistungen für diese Kassen und ergänzende Vereinbarungen wie Standards zur Leistungserbringung und Entgeltregelungen beinhalten.

3. DMP-Programme und integrierte Versorgung

Die für die Zukunft zunehmend relevantere Finanzierungsstrategie für primärpräventive Leistungen liegt in der **Implementierung von Präventionsleistungen in die neuen Versorgungsformen, d.h. in Disease-Management-Programme, die auf § 137 ff SGB V basieren und in die Programme der Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V**. Insbesondere bei der Gestaltung von IV-Verträgen können Präventionsleistungen als ergänzende Leistungsmodulare bei der Behandlung definierter Krankheitsbilder und Diagnosen eingebunden und vergütet werden. Die primärpräventive Intervention zielt darauf, Komorbidität zu vermindern bzw. zu vermeiden.

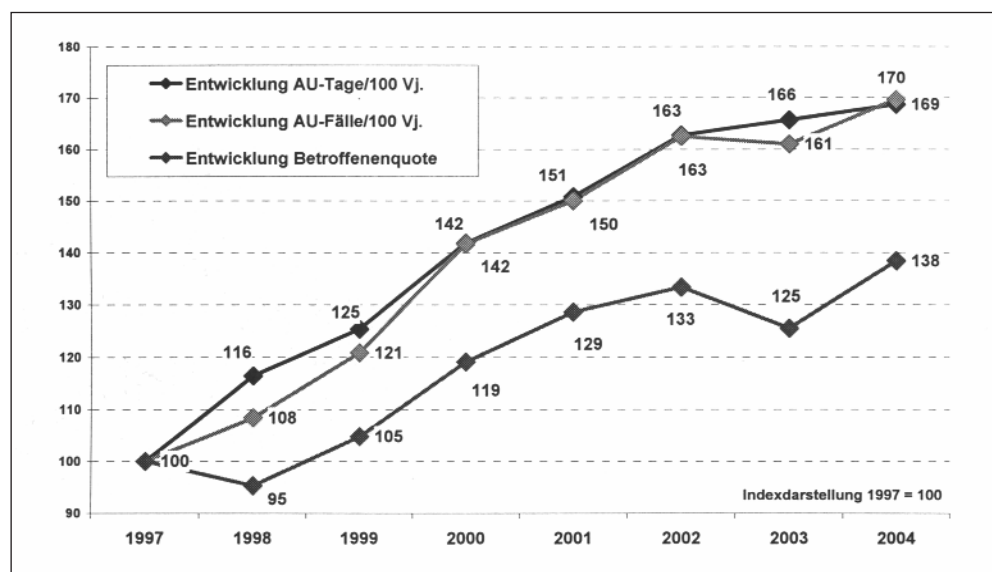
4. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Als weiterer Bereich wird der Handlungsrahmen des **„Betrieblichen Gesundheitsmanagement“** (BGM) von zunehmender Bedeutung für den Leistungsbereich „Prävention“ sein (siehe auch Ausführungen im Kapitel „Handlungsbedarfe“). Mit den Schwerpunkten auf primärpräventive Angebote zu arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen und Maßnahmen der Früherkennung sind hier vor allem die Unfallversicherungsträger auf der Grundlage des § 14 SGB VII als Leistungsträger involviert, aber auch die Krankenkassen auf der Grundlage der 2007 neu aufgenommenen § 20 a und b SGB V.

Entwicklung von AU-Tagen, Erkrankungsfällen und Betroffenenquote auf Grund psychischer Störungen

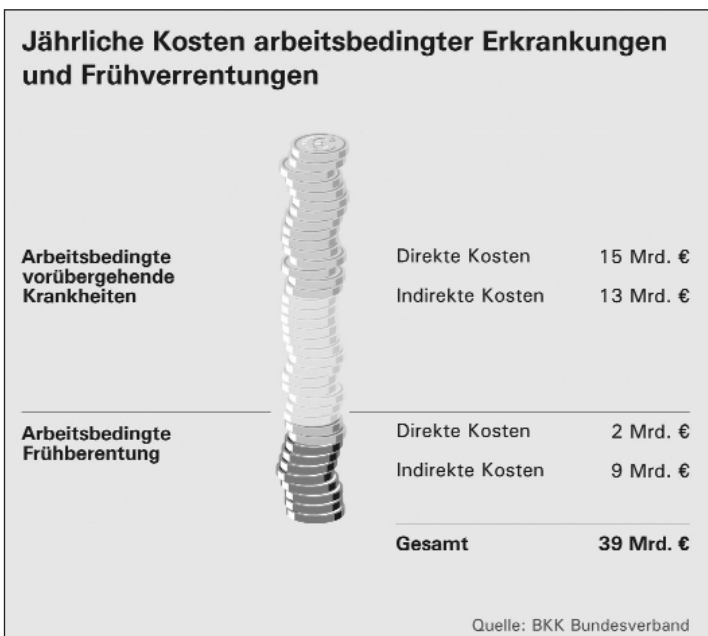
Indexdarstellung
1997 = 100

Quelle: DAK
Gesundheitsreport
2005



Mit dem GKV- WSG (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03. 2007 ist als wesentliche Änderung im Bereich der Prävention die betriebliche Gesundheitsförderung erheblich gestärkt worden. Aus der bisherigen „Soll- Leistung“ im § 20 (2) ist eine Muß- Leistung im neuen § 20 a SGB V geworden.

Für den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen mit seiner schwerpunktmäßig psychiatrisch, psychosomatisch, psychotherapeutischen Ausrichtung ist dieses Feld auch deshalb von besonderer Relevanz, weil diese Angebote – dem Setting-Ansatz folgend – als besonders effizient gelten und der Handlungsdruck in der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren drastisch gewachsen und zunehmend anerkannt ist.



SGB V § 20a Betriebliche Gesundheitsförderung (seit 01.04.07 eingeführt!)

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen.

§ 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten.

§ 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

Psychische Krankheiten als Ursache von Arbeitsunfähigkeit gewinnen – auch ökonomisch – zunehmend an Relevanz.

Große Unternehmungen werden als Auftraggeber bei der Erbringung präventiver Leistungen zunehmend von Bedeutung sein. Schwieriger gestaltet es sich gegenwärtig noch, solche Angebote bei Klein- und Mittelunternehmen zu realisieren.

8.3 Finanzielle Nutzeranreize

Angeregt durch internationale Erfahrungen sind auch im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Jahren finanzielle Mittel eingeführt worden, um die Inanspruchnahme von präventiven Angeboten und Maßnahmen der Früherkennung zu steuern. „Mit der Gesundheitsreform 2004 haben die Krankenkassen stark erweiterte Möglichkeiten erhalten, ihren Versicherten einen Bonus zu gewähren, wenn sie sich für ihre eigene Gesundheit engagieren und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen. Dazu gehört zum Beispiel:

- die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen,
- die erfolgreiche Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder auch
- die Entscheidung für eine besondere Versorgungsform durch Einschreibung in ein Haus-

arztsystem, ein strukturiertes Behandlungsprogramm oder eine integrierte Versorgung.

Außerdem haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Arbeitgebern und Versicherten bei betrieblicher Gesundheitsförderung einen Bonus anzubieten. Dadurch wird für die Arbeitgeber ein Anreiz geschaffen, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren.

Über die konkrete Ausgestaltung der Bonusprogramme kann jede Krankenkasse selbst entscheiden. Die „Belohnung“ für die Versicherten kann eine Ermäßigung bei den Zuzahlungen, zum Beispiel bei der Praxisgebühr sein, eine Beitragsermäßigung oder andere Prämien. Zu den Wirkungen derartiger Bonus-Programme in Deutschland kann derzeit noch keine verlässliche Aussage getroffen werden, da abschließende Evaluationsergebnisse noch nicht vorliegen. Der Sachverständigenrat hat jedenfalls in seinen Gutachten und zwar zuletzt mit dem Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – 2005“ entsprechende Empfehlungen gegeben, derartige Modelle einzuführen und auszubauen.

Man unterstellt, dass die Nachfrage und Inanspruchnahme von Präventionsleistungen damit erheblich stimuliert werden kann.

9. Prävention in der Klinikorganisation

9.1 Marktbeobachtung

Kliniken insbesondere aus der somatischen Medizin haben in aller Regel als nicht bettenführende Abteilungen fachübergreifend und klinikzentral eigenständige Organisationseinheiten geschaffen. Sie werden in den allermeisten Fällen als rechtlich nicht selbstständige Einheiten geführt. Traditionell ist dort häufig eine organisatorische Nähe zu physiotherapeutischen Leistungseinheiten gewachsen. Diese Nähe mag im Kontext der Leistungsangebote dieser Kliniken plausibel erscheinen: ein großer Teil der Präventionsangebote ist dem Handlungsfeld der Bewegung zugeordnet. An zweiter Stelle folgen mit erheblichem Abstand Angebote der Ernährung. Leistungen mit ärztlichen Gebührenziffern (Früherkennung etc.) werden in der Regel über Klinikambulanzen (Spezialsprechstunden) eingebunden.

9.2 Anforderungskriterien

Leistungen der Primärprävention und der Gesundheitsförderung sowie Leistungen des Medical Wellness gehören bisher nicht zu den Kernleistungen der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen. Bisher gehen solche Angebote in der Regel auf persönlich getragene Initiativen von engagierten Klinik- und Abteilungsleitungen bzw. weiteren Fachkräften zurück. Eine obligatorische strukturelle Einbindung und Platzierung der Angebote in die Klinikstruktur gibt es bisher nicht.

Im Folgenden werden Anforderungsmerkmale für mögliche Organisationsmodelle vorgestellt.

Folgende Anforderungsmerkmale sind relevant:

- **Klinikzentrale Angebotssteuerung und Durchführungsverantwortung**

Die Angebote binden das Expertenwissen und die Kompetenz aller Fachabteilungen und therapeutischen Einheiten der psychiatrischen Klinik ein. Neben den Fachabteilungen für Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, Neurologie, Innere Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie sind grundsätzlich auch die abteilungsübergreifenden Dienste und die therapeutischen Sonderfunktionsdienste gefragt. Wesentliche Angebote und Beiträge in zentralen Handlungsfeldern der Primärprävention wie Be-

wegung, Ernährung, Stressbewältigung benötigen die Leistungspotenziale der Ergotherapie, Sport- und Physiotherapie, Kunst-, Tanz und Musiktherapie und der Ökotrophologie.

Leistungen der Klinikambulanz sind gefragt bei Angeboten der indizierten Prävention. Indizierte Prävention zielt auf Menschen mit besonders hohem Risiko, zeitnah zu erkranken. Diese Zielgruppe weist oft schon subklinische Symptome, einen symptomatischen Vorlauf späterer Erkrankung auf. Bei dieser Präventionsstrategie mit (fließenden) Übergängen zur Sekundärprävention, insbesondere den Maßnahmen der Früherkennung und bei frühen therapeutischen Interventionen in Prodromalphasen einschlägiger psychiatrischer Krankheitsbilder sind die Ambulanzleistungen gefordert.

Prävention und Gesundheitsförderung unterliegen sowohl in der Angebotsentwicklung sowie im Management einem klinikzentralen Steuerungsprozess und sind in klaren Verantwortlichkeiten zu bündeln.

- **Einbindung in das klinikeigene Qualitätsmanagement**

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass erste Präventionsansätze in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts an dem Mangel an Qualitätssicherung und fehlenden Wirksamkeitsnachweisen gescheitert sind („Bauchtanz“-Niveau), setzen die Leistungsträger – mit entsprechenden gesetzlich verankerten Normen hinterlegt – ein umfassendes Qualitätsmanagement bei diesen Leistungen voraus (siehe auch Kapitel „Qualitätssicherung in der Prävention“). Die Maßnahmen in der Leistungssäule „Prävention und Gesundheitsförderung“ werden deshalb den klinikeigenen Qualitätsmanagementprozessen unterworfen. Neu entwickelte, noch nicht eingeführte Angebote unterliegen höheren Evidenznachweisen und sind zu evaluieren.

- **Kaufmännische Verantwortung in gesondertem Budget / eigener Kostenstelle**

Wie an anderer Stelle (siehe auch Kapitel „Finanzierung von Prävention“) bereits ausgeführt, müssen die Angebote einen Kostendeckungsbeitrag einschließen und dauerhaft solide gegenfinanziert sein. Primärpräventions-

leistungen unterliegen anderen Finanzierungsmechanismen als die als Ambulanzleistungen abrechenbaren Früherkennungs-/ Screeningmaßnahmen. Für die Erbringung der primärpräventiven Leistungen werden eigene Kostenstellen gebildet.

- **Angebotsallokation möglichst weit im ambulanten Versorgungsbereich verorten!**

Eine deutliche Erhöhung der Markteintrittschancen hängt von der Kundenansprache und der Marktnähe ab. Schon bei der Ermittlung des Bedarfs und der Marktchancen ist deshalb die Sichtweise der Klinik zu öffnen. Der Interventionszeitpunkt liegt insbesondere bei den Präventionsleistungen mit universellem Charakter weit vor der Krankheit, dem bisher traditionellen Interventionszeitpunkt psychiatrischer Therapien. Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sollen auch deshalb "weit vor dem stationären Klinikeingang" platziert werden.

- **Möglichst niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten für Kunden!**

Bei allen Fortschritten, eine qualitativ hochwertige psychiatrische Versorgung zu etablieren und die psychische Krankheit zu enttabuisieren, ist die Stigmabehaftung auch heute noch ein erhebliches Problem. Psychisch Kranken wird die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen dadurch sehr erschwert. Von diesen Stigmatisierungsprozessen sind auch die psychiatrischen Institutionen selbst betroffen. Die Akzeptanz und Inanspruchnahme auch für nicht

psychisch erkrankte Kunden wird dadurch erheblich erschwert. Dem Stigmaaspekt ist zu begegnen.

Der Gesetzgeber hat bei der Neufassung des § 20 SGB V insbesondere auf die Einbindung benachteiligter Gruppen (u.a. niedriger sozio-ökonomischer Status, geringe gesellschaftliche Integration) fokussiert.

Den Stigma-Problemen und dem erklärten Ziel, sozial benachteiligte Gesellschaftsschichten besser zu erreichen, muss durch einen möglichst niedrigschwelligen Zugang und eine entsprechende Angebotsorganisation entgegengetreten werden. Durch die Kreierung eines eigenen Labels für diese Angebote, das sich in Auftritt und Erscheinungsbild von dem Klinikimage in gewissen Maß absetzt, ohne die hohe organisatorische Verankerung preiszugeben (unverzichtbar!), wird diesen Zugangserschwernissen Rechnung getragen.

Schwellenängste bestehen oftmals bereits im Zugang zum Klinikgelände und -gebäude. Für die Angebote sollen nach den Qualitätsstandards der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zugleich geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Neben den meist nicht zentral gelegenen Klinikimmobilien sollten ebenfalls Einrichtung mit leichterem Zugang und verkehrsgünstigerer Lage außerhalb der Klinikareale genutzt werden (z.B. Tageskliniken). Andere öffentliche Einrichtungen bieten sich hier ebenfalls an, das Angebot sollte „mobil“ sein.

10. Prävention als Säule im Leistungskatalog der Kliniken im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

10.1 Argumente für ein Leistungsangebot

Prävention psychischer Krankheiten und die Förderung seelischer Gesundheit ist auf mehrere Weise sinnvoll:

1. Vorbeugen ist besser als Nachsorge und trägt dazu bei, den Verlust von Lebensqualität sowie das Leiden von Betroffenen und Angehörigen zu verhindern.
2. Da Krankheiten im Frühstadium, die Entstehung von Krankheiten insgesamt und Rezidiven verhindert werden, werden Krankheitskosten gespart.
3. Wissenschaftliche Begleitforschung ist damit grundsätzlich näher an den Entstehungsbedingungen und Verlaufsfaktoren psychiatrischer Erkrankungen, speziell im Frühverlauf.
4. Frühes Erkennen von Entstehungsbedingungen psychiatrischer Erkrankungen sowie frühes Auftreten psychiatrischer Symptome führt zu frühzeitigem Eingreifen: Veränderung der Entstehungsbedingungen, Frühbehandlung, neu-erproduktive Strategien, etc.

Der weitere Aufbau von Prävention als 4. Säule im Gesundheitswesen dürfte die gegenwärtige Gesundheitspolitik sehr gut ergänzen. Die Verhinderung von Krankheiten eventuell bis in das hohe Alter wäre sowohl im Sinne der Patienten und Angehörigen als auch finanziell für die gesamte Ökonomie der Gesellschaft sinnvoll. Die dann im Alter auftretenden Erkrankungen würden klassischerweise entsprechend versorgt. Da die vollständige Eliminierung von Krankheiten im frühen und mittleren Lebensverlauf vermutlich nicht möglich ist, könnte ein anderes Modell von Prävention lauten:

- Abmilderung von Krankheitszuständen,
- Verhinderung von akuten Stadien z.B. bei psychiatrischen Erkrankungen und Management von subklinischer bzw. chronischer, jedoch in der Intensität nicht stark ausgeprägter Symptomatik.

Ein Argument könnte sein: Präventive Ansätze sind durchaus sinnvoll, jedoch für einen Leistungsanbieter im Gesundheitsdienst möglicherweise finanziell von Nachteil. Denn aufgrund der abnehmenden Zahl der behandelten Patienten könnte es sein, dass bei guter breitenwirksamer Präven-

tionsleistung bestehende Kapazitäten in der Grundversorgung abgebaut werden müssten. Argumente dagegen könnten lauten:

1. Aufgrund der generellen Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen würden die guten Präventionsleistungen von der Zahl bislang nicht „entdeckter“, neu erkrankter Patienten „ausgeglichen“.
2. Die stärkere Orientierung auf Präventionsleistung verschiebt den Schwerpunkt des Leistungsangebotes des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen und führt dadurch zu neuen Zusatzeinnahmen. Die Verstärkung der frühen Sekundärprävention bedeutet Screening, Diagnostik und Therapie von Frühzuständen psychiatrischer Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie, bipolarer Erkrankung, Sucht, Gedächtnisstörungen oder Demenz sowie von Primärprävention. Dazu zählt die Betreuung von Risikopopulationen, wie Kinder psychisch kranker Eltern, wie pflegende Angehörige von Demenzerkrankten, wie die Entwicklung von spezifischen Cannabis-Therapieprogrammen und die Behandlung der „Heavy user“, die Entwicklung von Ernährungs- und Aufklärungsprogrammen zum Schutz der kognitiven Leistungsfähigkeit und die Vorbeugung von Demenz, die Entwicklung von Angeboten zur psychischen Wellness und von Anti-Stress-Programmen durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten etc..
3. Gutes Image bringt Geld: Wenn sich der LWL-PsychiatrieVerbund in der Prävention profiliert, ist neben den mit den erweiterten Angeboten verbundenen Zusatzeinnahmen auch die Förderung durch Drittmittelgeber (BMBF, NRW, Präventionsstiftung, etc.) sowie im Rahmen von Modellprojekten möglich. Außerdem werden die Präventionsprogramme auch denjenigen Patienten einen Weg in die Psychiatrie und die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote eröffnen, die diesen bislang nicht gefunden haben. Viele dieser Personen werden bislang unzureichend beispielsweise durch spirituell-esoterische Angebote, IGEL-Leistungen aller Art bzw. unzureichend durch Krisendienste/Telefonseelsorge/Internet-Angebote etc. versorgt. Durch niederschwellige, die Fragen der seelischen Gesundheit eher allgemein thematisierende und der minoren psychiatrischen Störungen eher gerecht werdende

Angebote wird dieser Personenkreis zu unseren Gesundheitsleistungen leichter Zugang finden. Beispielsweise findet sich in unseren Früherkennungszentren eine große Anzahl von erstmanifestierten schizophrenen oder bipolaren Patienten. In einem Großangebot für Anti-Stressmanagement oder einem Kriseninterventionszentrum könnten sich dementsprechend eine ganze Reihe von Patienten mit schweren psychischen Störungen befinden, die abgesehen von der Inanspruchnahme unserer „soften“ Leistungsangebote, auch darüber hinausgehende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote frequentieren würden.

Deutsches Ärzteblatt 10/2007:

Krankenhäuser - Künftig mehr Kompetenz in Prävention

„... Nach einer aktuellen Studie der Unternehmensberatung Ernst & Young (2005) werden die heutigen Krankenhäuser in den kommenden Jahren vernetzte Einheiten bilden, die einerseits aus den einzelnen Abteilungen des traditionellen Krankenhauses und andererseits aus ambulanten und weiteren gesundheitlichen Dienstleistungsbereichen entstehen. Diese Unternehmen bieten dem Patienten unter einem Dach von der ambulanten über die stationäre bis hin zur präventiven Versorgung ein komplettes Gesundheits- und Wellnesspaket an. Schon um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen Krankenhäuser eine umfassende präventive und kurative Versorgung anbieten. In der Zukunft werden die Grenzen zwischen Medizin und Lifestyle im Krankenhaussektor zunehmend verwischen ...“

PD Dr. med. M. Weis / Prof. Dr. O. Schöffski

10.2 Empfehlungen zur Entwicklung einer Leistungssäule „Prävention“

1. Leistungsangebote auf- und ausbauen!

Sukzessive wird mit den fachlichen Ressourcen der LWL-Kliniken ein Leistungsangebot aufgebaut, das sich an den Marktbedingungen des jeweiligen Standortes orientiert. Universelle Angebote zur Prävention in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und zum Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln werden neben speziellen psychiatrischen Interventionen zur Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung eingeführt.

2. Angebotsfinanzierung vereinbaren!

Möglichst über klinikübergreifende psychiatrieverbundsweit geltende Rahmenvereinbarungen sollen mit den Kostenträgern für standardisierte

Leistungsangebote einheitliche Vergütungen erzielt werden.

3. Kompetenz bündeln: Bereiche für seelische Gesundheit und Präventivmedizin an allen LWL-Kliniken

Die LWL-Kliniken schaffen Organisationsverantwortlichkeiten für "Seelische Gesundheit und Präventivmedizin", bei denen Leistungsangebote zur Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und gefördert werden. Diese Aufgabe wird als abteilungs- bzw. stationsübergreifende Querschnittsaufgabe implementiert und mit der Übertragung von Durchführungsverantwortung an entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter verbunden.

4. Forschungsprojekte initiieren und unterstützen!

Forschungsbeiträge zur Prävention und Therapie psychischer Krankheiten sind mit den verfügbaren Mitteln des LWL-Psychiatrieverbundes Westfalen, insbesondere aber mit Einwerbung von Drittmitteln, zu initiieren bzw. zu unterstützen.

5. Innovationen fördern: Präventionspreis LWL

Innovative Konzepte und Leistungsangebote zur Prävention und Gesundheitsförderung werden mit einem jährlich vergebenen LWL-Präventionspreis ausgezeichnet. Honoriert werden können wissenschaftliche Arbeiten, Praxisprojekte der Prävention und Gesundheitsförderung und andere Beiträge. Der Preis wird in Westfalen-Lippe extern ausgeschrieben.

6. In Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Prävention investieren!

Wissenschaftliche Symposien, Fortbildungen für Gesundheitsberufe, Ausbildungsprojekte in der Gesundheits- und Krankenpflege, Kursleiterqualifikationen werden für bereits bewährte Angebote ins Leben gerufen. Der Wissenstransfer soll im LWL-Psychiatrieverbund Westfalen klinikintern und klinikübergreifend intensiviert werden.

7. Kooperationen mit anderen Marktteilnehmern prüfen!

Der Markt der Dienstleister im Bereich der Prävention wächst mit steigender Nachfrage enorm. Für den LWL-Psychiatrieverbund Westfalen ergeben sich durch Kooperationen ggf. bessere Eintrittschancen in den Markt. Verbesserte Akquisebedingungen und KnowHow-Transfer können das Ergebnis gemeinsamer Unternehmungen sein.

Literatur

- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt* 2006 Mar 8 (Epub ahead of print)
- Antonovski A. *Health, stress and coping*. San Francisco, London: Jossey-Bass 1979
- Barnes DE, Alexopoulos GS, Lopez OL, Williamson JD, Yaffe K. Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006 Mar;63(3):273-9
- Batra A, Buchkremer G. *Tabakentwöhnung. Mit CD-ROM. Ein Leitfaden für Therapeuten*. Kohlhammer 2003
- Bauer M, Juckel G. Früherkennung von bipolaren Störungen. *CME Schizophrenie und bipolare Störungen*. Stuttgart, Thieme 2005
- BKK-Bundesverband (Hsg.): *BKK-Fakten Spiegel*, Essen
- Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof (Hrsg.) *Gesundheitsmonitor 2005 – die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh 2005
- Buhk H, Zeikau T, Koch U. *Präventivmedizinische Versorgung – Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 46, 2003
- Bundespsychotherapeutenkammer. *Pressemitteilung vom 02.05.06*, 2006
- Carter JD, Joyce PR, Mulder RT, Luty SE. The contribution of temperament, childhood neglect, and abuse to the development of personality dysfunction: a comparison of three models. *J Personal Disord* 2001 Apr;15(2):123-35
- DAK- Versorgungsmanagement (Hsg.) *DAK-Gesundheitsreport 2005, 2006, 2007*, Hamburg
- Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5660 (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation 2001, S.71
- Ehmann M, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. „Dem Massenmord der Nervenzellen auf die Spur kommen“ Demenzen in der Regionalzeitung – eine Medienanalyse. *Psychiat Prax* 2004, 31:366-368
- Erlenmeyer-Kimling L, Adamo UH, Rock D, Roberts SA, Bassett AS, Squires Wheeler E, Cornblatt BA, Endicott J, Pape S, Gottesman II. The New York High-Risk Project. Prevalence and comorbidity of axis I disorders in offspring of schizophrenic parents at 25-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, Dec;54(12):1096-102
- Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 1983, 98,107-109
- Hauser, M, Pfennig A, Özgürdal S, Heinz A, Bauer M, Juckel G. Early recognition of bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2006, Dec 1 epub
- Heinz A, Batra A. *Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit* Kohlhammer 2002
- IKK- Bundesverband. *Leitfaden Prävention – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 15. Juni 2006*. IKK- Bundesverband. Bergisch- Gladbach 2006
- Illing K. *Neues Produkt und Neue Märkte für Kliniken*. *Krankenhaus-Umschau. KU-Special* 22 (11/2003). Baumann- Verlag. Kulmbach 2003
- Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003, 183:384-397
- Juckel G, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S. Früherkennung beginnender schizophrener Erkrankungen. *PsychoNeuro* 2004, 30:153-159
- Juckel G. Früherkennung von schizophrenen Störungen. *CME Schizophrenie und bipolare Störungen*. Stuttgart, Thieme 2005

- Juckel G, Lempa G, Troje E (Hrsg.) Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2005b
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001 Feb;58(2):158-64
- Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, Linszem D, Birchwood M, Juckel G, Morrison A, Vazques-Barquero JL, Hambrecht M, von Reventlow H. The European prediction of Psychosis Study (EPOS): Integrating early recognition and intervention in Europe. World Psychiatry 2005 4:161-167
- Kornhuber HH. Prävention von Demenz. In: Das Gesundheitswesen 2004 (66):346
- Landschaftsverband Westfalen- Lippe. Landschaftsverbandsordnung und LWL-Satzungen 2002, S.68
- Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. Schizophr Bull. 2006 Oct;32(4):758-64, Epub 2006 Jun 29
- Leppin A. Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelman, K et al. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2004, S. 31
- McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull. 1996;22(2):305-26. Review
- McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey S, Cosgrave EM, Germano D, Bravin J, McDonald T, Blair A, Adlard S, Jackson H. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with sub-threshold symptoms. Arch Gen Psychiatry. 2002, Oct;59(10):921-8
- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality by an disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Lancet 1996
- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997 May 17;349(9063):1436-42
- Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. Schizophr Bull 1984, 10(2):300-12
- Reichert A. Demographischer Wandel in NRW- Auswirkungen auf die wirtschaftliche und soziale Lage in NRW. In: Heimatpflege in Westfalen. 18/ 2005. 2
- Roick C, Angermeyer MC, Riedel-Heller S. Welche Bedeutung hat das Thema Prävention in der sozialpsychiatrischen Forschung? Gesundheitswesen 2005, 67:879-886 Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung- Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: <http://www.svr-gesundheit.de/ Startseite/ Kurzfassung %202007-060707-website.pdf>, S. 83 ff. 2007
- Saxena S, Jane-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. World Psychiatry 2006 Feb;5(1):5-14
- Schmidt CK, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Prävention – ein Thema für die sozialpsychiatrische Forschung? Psychiat Prax 2005, 32:358-362, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart
- VHS (2006): siehe hierzu:im Internet: <http://www.vhs-bw.de/Gesundheit/gesundheitsbildung.htm>
- Wüstenbecker M. Landesgesundheitskonferenz will Prävention stärken. Westfälisches Ärzteblatt 1/2006, S. 14
- WHO. Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Helsinki, Finnland, Januar 2005.

BKK *ExtraPlus*: Extra Leistungen Plus Sparen Nur für Sie als BKK-Kunde

Einsparungen und Lücken im Gesundheitswesen spüren Sie vor allem in den Bereichen Zahn, Brille und auf Reisen.

Profitieren Sie als BKK-Kunde exklusiv von den Ergänzungsversicherungen **BKK ExtraPlus** unseres Kooperationspartners, der Barmenia Krankenversicherung a. G. Genießen Sie besonders flexiblen Versicherungsschutz zu günstigen Beiträgen.

Weitere Vorteile: Keine Wartezeiten und keine Altersbegrenzung.

Überzeugen Sie sich anhand der unten aufgeführten Beispiele des **Tarifes BKKA** für den ambulanten Bereich. Fordern Sie unverbindlich detaillierte Informationen an.

Das können Sie im Leistungsfall sparen!

Beispiel: **Zahnersatz** mit 3 Kronen im Verblendbereich einschließlich vollständigem BKK-Bonus

Gesamtkosten: 1.200,00 €
Festzuschuss: 623,64 €
Eigenanteil ohne BKKA: 576,36 €

Mit der Barmenia!

Weitere Kostenübernahme: 360,00 €
Eigenanteil mit BKKA: 216,36 €

Ihr Vorteil: 360 €

Beispiel: Kauf einer **Brille**

Moderne
Brillenfassung: 140 €
Hochwertige Gläser: 150 €
Eigenanteil ohne BKKA: 290 €

Mit der Barmenia!

Kostenübernahme: 290 €
Eigenanteil mit BKKA: 0 €

Ihr Vorteil: 290 €

Beispiel: **Unfall oder akute Erkrankung** bei einer Urlaubsreise nach New York

Rettungswagen: 400 €
Krankenhaus: 1.500 €
Eigenanteil ohne BKKA: 1.900 €

Mit der Barmenia!

Kostenübernahme: 1.900 €
Eigenanteil mit BKKA: 0 €

Ihr Vorteil: 1.900 €

Übrigens: **BKK ExtraPlus** ist besonders flexibel! Sie können den Baustein Zahn auch alleine abschließen oder höhere Erstattungssätze vereinbaren oder z. B. den wichtigen Ergänzungsschutz im Krankenhaus hinzuwählen.

Jetzt informieren!

Füllen Sie Ihren persönlichen Informations-Gutschein aus, und schicken Sie ihn zurück an:

BKK-Kundenservice der Barmenia, 42094 Wuppertal

Bei Fragen zu diesem Angebot steht Ihnen das Barmenia-Servicetelefon zur Verfügung:

(02 02) 4 38-35 60

Erreichbar von Mo. bis Fr. 7:00 bis 20:00 Uhr

Informations-Gutschein

- Ja, bitte schicken Sie mir kostenlos und unverbindlich mein Informationspaket zum Tarif BKKA
 Ja, bitte schicken Sie mir kostenlos und unverbindlich Informationen zum Ergänzungsschutz im Krankenhaus (Tarif BKKS)

Herr Frau

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon



Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden, und dass ich auch auf elektronischem Wege (Telefon, E-Mail, SMS) über die Dienstleistungen der Barmenia informiert werde. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen. Darüber hinaus kann ich der Nutzung meiner Daten für Werbezwecke stets widersprechen.



Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL, des Kommunalverbandes der 18 Kreise und 9 kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen leistet einen entscheidenden Beitrag zur seelischen Gesundheit der Menschen in Westfalen-Lippe.

■ **über 100 Einrichtungen im Verbund:**

Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen, Wohnverbünde und Pflegezentren, Akademien für Gesundheitsberufe, Institute für Forschung und Lehre

■ **ca. 9.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** aus allen Berufen des Gesundheitswesens

■ **ca. 150.000 behandelte und betreute Menschen** im Jahr

Wir arbeiten für Sie in den Kreisen Borken, Coesfeld, Gütersloh, Höxter, Lippe, Paderborn, Recklinghausen, Soest, Steinfurt, Unna, dem Hochsauerlandkreis und dem Märkischen Kreis sowie in den kreisfreien Städten Bochum, Dortmund, Hamm, Herne und Münster.