



***Die psychische Gesundheit der Bevölkerung
verbessern – Entwicklung einer Strategie für die
Förderung der psychischen Gesundheit in der
Europäischen Union***

**Gemeinsame Stellungnahme
zum
Grünbuch der Europäischen Kommission
von
Bundesärztekammer
und
Bundespsychotherapeutenkammer
in Zusammenarbeit mit der
Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
und der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische
Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)**

Inhalt

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
2. Psychische Gesundheit der Bevölkerung und Realisierung der strategischen Ziele der EU	6
3. Mehrwert einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit	7
4. Eignung der vorgeschlagenen Initiativen zur Integration der psychischen Gesundheit in relevante Politikbereiche	10
4.1 Kooperation der Stakeholder.....	10
4.2 Integration verschiedener Politikbereiche	11
4.3 Indizierte Prävention psychischer Erkrankungen	12
4.4 Chronische psychische Erkrankungen	14
4.5 Entstigmatisierung psychisch Kranker	14
4.6 Psychische Gesundheit älterer Menschen	16
4.7 Verbesserung von Informations- und Wissensstand über psychische Gesundheit	17
5. Ergänzende Anmerkung	21

Zusammenfassung

Die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßen die EU-Initiative zur Förderung der psychischen Gesundheit ausdrücklich. Das Grünbuch zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung ist ein Wegweiser für die zukünftige Gesundheitspolitik in der Europäischen Union, der zeigt, dass die Förderung der psychischen Gesundheit eine stärkere Rolle einnehmen muss als bisher. Es betont zu Recht die Notwendigkeit intensiver und verbesserter Bemühungen zur Vermeidung der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Störungen.

Zur Förderung der psychischen Gesundheit gehören aber auch Maßnahmen zur frühen Erkennung und wirksamen Behandlung dieser Störungen sowie zur psychosozialen und beruflichen Rehabilitation bei chronischen Krankheitsverläufen. Eine umfassende EU-Strategie kann daher nicht auf die Mitwirkung der für die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen verantwortlichen Professionen verzichten. Eine strikte Trennung von Primärprävention und Gesundheitsversorgung, die den Zuständigkeitsverteilungen in der EU geschuldet ist, und eine Beschränkung auf Public-Health-Maßnahmen greifen daher zu kurz. Die strategischen Ziele der EU, eine Integration verschiedener Politikbereiche und eine Kooperation der relevanten Stakeholder können auf diese Weise nicht erreicht werden. Gefordert wird daher ein stärkerer Einbezug der Heilberufe in die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer

Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

1. Einleitung

Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit forderte im Januar 2005 ein starkes politisches Engagement zur Bekämpfung psychischer Krankheiten und gab einen Rahmen für weiter reichende Maßnahmen vor. Es sollte eine „Debatte“ zum Stellenwert der psychischen Gesundheit in der EU angestoßen werden mit dem Ziel zu klären, inwieweit Bedarf an einer EU-Strategie besteht und welche prioritären Ziele eine solche Strategie verfolgen soll. Die EU-Kommission legte dazu im Oktober 2005 ein Grünbuch vor mit dem Titel „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union.“ Mit dem Grünbuch forderte die EU-Kommission betroffene Bürger, Parteien und Organisationen sowie die Institutionen der Europäischen Union zur Stellungnahme auf.

Die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßen die Initiative der Europäischen Union, die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Europa in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Überlegungen und Maßnahmen zu stellen. Sie stimmen mit dem Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaften überein, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen zur größten Herausforderung für die Gesundheitsfürsorge der europäischen Bevölkerung geworden sind. Hierfür sprechen nicht nur die hohen Prävalenzen dieser psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, die in nationalen und internationalen Untersuchungen übereinstimmend berichtet werden, sondern auch die vorderen Rangplätze, die diese Krankheiten in den Arbeitsunfähigkeits- und Frühberentungsstatistiken der europäischen Mitgliedsstaaten einnehmen. Neben den gesellschaftspolitischen und ökonomischen Konsequenzen führen psychische und psychosomatische Erkrankungen zu großem Leid für die Betroffenen und ihr psychosoziales Umfeld. Sie stellen sowohl einen direkten Mortalitätsfaktor dar (wie die hohen Suizidraten zeigen) als auch einen sekundären Morbiditäts- und Mortalitätsfaktor (z.B. als Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen).

Das Grünbuch zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung ist deshalb ein Wegweiser für die zukünftige Gesundheitspolitik in der Europäischen Union, der zeigt, dass die Förderung der psychischen Gesundheit eine stärkere Rolle einnehmen muss als bisher. Es betont zu Recht die Notwendigkeit einer Intensivierung und Verbesserung der Bemühungen zur Vermeidung der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Störungen. Daneben gehören zur Förderung der psychischen Gesundheit aber auch Maßnahmen zur frühen Erkennung und wirksamen Behandlung sowie zur psychosozialen und beruflichen Rehabilitation bei chronischen Krankheitsverläufen.

Die nachfolgende Stellungnahme beantwortet zunächst die im Grünbuch gestellten Fragen nach der Bedeutung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, nach dem Mehrwert einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit und nach der Eignung der vorgeschlagenen Initiativen zur Integration der psychischen Gesundheit in relevante Politikbereiche der EU. Der durch die vorgegebenen Fragen gestellte Rahmen ist allerdings deutlich zu eng, um der Komplexität des Themas gerecht werden zu können. Daher werden in einem weiteren Abschnitt ergänzende Aspekte einer Förderung der psychischen Gesundheit in der EU diskutiert.

2. Psychische Gesundheit der Bevölkerung und Realisierung der strategischen Ziele der EU

Das Grünbuch fragt zunächst nach der Bedeutung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, wie sie in Abschnitt 1 des Grünbuchs dargestellt sind. Dort werden als strategische Ziele genannt, Europa wieder auf den Weg zu langfristigem Wohlstand zu bringen, das Engagement Europas für Solidarität und soziale Gerechtigkeit zu stärken und die Lebensqualität der Bürger Europas deutlich anzuheben.

Wie die einleitenden Bemerkungen bereits dargelegt haben, ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung von größter Bedeutung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU. Psychisch gesund zu sein hat direkte Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen und das seines psychosozialen Umfeldes, auf Wohlstand, Solidarität sowie die soziale Gerechtigkeit in der Gemeinschaft. Das Grünbuch verweist hierzu bereits auf eine Fülle einschlägiger überzeugender Forschungsbefunde. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass ein substantieller Beitrag zur Realisierung der o.g. strategischen Ziele der EU geleistet werden kann, wenn es gelingt, die psychische Gesundheit der Bevölkerung wirkungsvoll, nachhaltig und vor allem in großer Breite zu fördern.

Gerade die Bedingung einer großen Reichweite erfolgreicher Maßnahmen ist eine große Herausforderung für alle Akteure. Die gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Störungen ist in weiten Teilen der Bevölkerung gering. Die Furcht vor Stigmatisierung und Diskriminierung erschwert immer noch die Erreichbarkeit insbesondere von Risikogruppen wie sozial Benachteiligte (wie Arbeitslose, Menschen mit niedriger Schulbildung, Alleinerziehende) oder ältere Menschen. Für den Bereich psychischer Störungen ist dies bereits gut belegt. Diese Gruppen geraten daher schnell in einen Abwärtsstrudel aus einer sich verschlechternden psychischen Verfassung und einer Verringerung der wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen. Gelingt es nicht, gerade Risikogruppen mit dem Thema „psychische Gesundheit“ zu erreichen, dürfte eine EU-weite Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit ihr Ziel verfehlen, Wohlstand, Solidarität sowie auf die soziale Gerechtigkeit in der Gemeinschaft nachhaltig zu fördern.

3. Mehrwert einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit

Die zweite Leitfrage zur Stellungnahme thematisiert den Mehrwert einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit zu den bestehenden und erwogenen Maßnahmen sowie die Angemessenheit der im Grünbuch in Abschnitt 5 vorgegebenen Prioritäten.

Als bereits bestehende Maßnahmen werden genannt:

- Projekte der EU zur psychischen Gesundheit (z.B. Aktionsprogramm 2003 - 2008 mit Priorität auf Drogenmissbrauch und Alkoholmissbrauch)
- Sozial- und beschäftigungspolitische Initiativen der EU zur Nichtdiskriminierung psychisch und psychosomatisch Kranker, zur sozialen Integration von Menschen mit geistigen Behinderungen, Prävention von Stress am Arbeitsplatz
- Forschungsprogramme der EU
- EU-Maßnahmen zur Nutzung von Informationstechnologie für Prävention, Diagnose und Therapie
- EU-Infrastruktur-Investitionen im Gesundheitssektor
- Maßnahmen der EU-Bildungspolitik binden psychische Gesundheit ein
- Gemeinschaftspolitik für Freiheit, Justiz und Sicherheit: Gewalt gegen Kinder, Jugendliche, Frauen

Darüber hinausgehende erwogene Maßnahmen, die im Grünbuch genannt werden, sind Rahmenprogramme für Forschung sowie „vertikale Maßnahmen“ (bessere Nutzung von Gemeinschaftspolitiken, Gemeinschaftsfonds und Strukturfonds zur Verbesserung von Langzeitpflegeeinrichtungen und Gesundheitsinfrastrukturen im Bereich der psychischen Gesundheit) und „horizontale Maßnahmen“ (Aggregieren von Wissen und Informationen über den Stand der psychischen Gesundheit in der EU, über Determinanten der psychischen Gesundheit und Möglichkeiten der Bekämpfung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen).

Es ist festzustellen, dass es sich bei allen genannten Maßnahmen um Einzelmaßnahmen handelt. Eine umfassende Strategie für psychische Gesundheit würde die Verknüpfung der genannten Maßnahmen und Tätigkeiten in einer Form bedeuten, die es auf der EU-Ebene bislang noch nicht gibt. Denn Auswirkungen auf die psychische Gesundheit wären bei zukünftigen Entscheidungen - auch in anderen Politikbereichen – ein Kriterium. Damit würde psychische Gesundheit langfristig und nachhal-

tig in der EU-Politik und der Politik der Mitgliedsstaaten verankert. Es wird daher erwartet, dass eine umfassende Strategie damit tatsächlich einen Mehrwert bringt, weil ein Rahmen geschaffen wird für den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Mitgliedsstaaten, eine Kohärenz von Maßnahmen verschiedener Politikbereiche entsteht und eine Plattform vorhanden wäre, die die Stakeholder einschließlich Patienten- und Zivilgesellschaftsorganisationen zur Lösungsfindung zusammenbringt.

In Kapitel 5 des Grünbuchs werden vier mögliche Prioritäten einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit formuliert, 1. eine generelle Förderung der psychischen Gesundheit, 2. die Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, 3. die Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch soziale Integration sowie den Schutz ihrer Rechte und ihrer Menschenwürde und 4. die Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs-, Wissenssystems für die EU.

Sollten die Prioritäten tatsächlich zukünftigen Entscheidungen verschiedener Politikbereiche zugrunde gelegt werden, müssen sie den Kriterien der Operationalisierbarkeit und Erreichbarkeit genügen. Nur dann, wenn sich eine Schwerpunktsetzung tatsächlich in Handlungsoptionen umsetzen lässt, diese Handlungsoptionen einen Erfolg erwarten lassen und dieser Erfolg auch evaluierbar ist, kann sie Leitlinie einer umfassenden EU-Strategie sein. Betrachtet man die vier Prioritäten hinsichtlich dieser Kriterien, kommt man zu dem Schluss, dass Priorität 1, die generelle Förderung der psychischen Gesundheit, zu unkonkret und zu wenig handlungsleitend ist für eine umfassende Strategie. Die Erreichung des Zustandes der psychischen Gesundheit lässt sich kaum operationalisieren. Eine Möglichkeit der Operationalisierung wäre die Entwicklung eines Kataloges von Gesundheitszielen zur psychischen Gesundheit. Dazu müssten allerdings gut belegte Ressourcen („protektive Faktoren“ und Schutzfaktoren von Risikoentwicklungen) identifiziert werden, die generell eine Förderung der psychischen Gesundheit bewirken. Damit dieser Katalog Handlungsgrundlage einer umfassenden Strategie werden kann, muss er überschaubar sein, er dürfte also nur eine sehr begrenzte Anzahl solcher Ziele umfassen. Derzeit ist ein solcher Risikokatalog nicht verfügbar. Priorität 1, die generelle Förderung der psychischen Gesundheit, eignet sich daher auf Grund ihrer Allgemeinheit nicht als Schwerpunktsetzung einer umfassenden EU-Strategie.

Aus den anderen drei Prioritäten lassen sich dagegen konkrete Handlungsempfehlungen ableiten. Für den Bereich der Prävention psychischer Störungen steht beispielsweise mit der ICD-10 eine EU-weit verbreitete Vergleiche erlaubendes Klassifikationssystem zur Verfügung. Bei den Prioritäten 3 und 4 sind die konkreten Hand-

lungsmaßnahmen bereits mitgenannt. Dabei sind diese Schwerpunkte jedoch abzustimmen mit den 12 in dem europäischen Aktionsplan der Gesundheitsminister aufgeführten Aktionsfeldern. Denn zuallererst ist es notwendig, die verschiedenen bereits existierenden Initiativen, wie die europäische Erklärung für psychische Gesundheit der WHO, das Grünbuch der EU, die Thesenpapiere der Netzwerke IMHPA und EMIP, ferner der Taskforce on Health Promoting Psychiatric Services und die Stellungnahme der nationalen und internationalen Fachgesellschaften in ein einheitliches Rahmenprogramm mit definierten Schwerpunkten und Handlungsfeldern einzubinden. Nur so wird es möglich sein, einen europäischen Aktionsplan zu entwickeln, der Nachhaltigkeit in der Umsetzung verspricht.

Zusammenfassend ist also von einer umfassenden EU-Strategie durchaus ein Mehrwert zu erwarten, wenn einerseits die zugrunde liegenden Prioritäten die Ableitung von Handlungsoptionen in verschiedenen Politikbereichen erlauben und andererseits bereits existierende Maßnahmen und Aktionen unter dem Dach dieser Prioritäten gebündelt und koordiniert werden können.

4. Eignung der vorgeschlagenen Initiativen zur Integration der psychischen Gesundheit in relevante Politikbereiche

In Abschnitt 6 und 7 des Grünbuches werden konkrete Aktionen aufgeführt, die durch EU Projekte eingeleitet wurden. Diese Projekte zielen ab auf die Förderung der psychischen Gesundheit spezifischer Bevölkerungsgruppen (Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige, ältere Menschen und andere besonders vulnerable Gesellschaftsgruppen), die Prävention von Suizid sowie spezifischer Erkrankungen wie Depressionen und Gesundheitsstörungen durch Substanzmissbrauch (z.B. durch Drogen und Alkohol). Neben der Prävention werden Aktionen genannt, die psychisch kranke und geistig behinderte Menschen sozial besser integrieren sollen. Weiter wird eine Initiative auf Gemeinschaftsebene gefordert, die den Informations- und Wissensstand in der EU über psychische Gesundheit fördern soll.

Die vierte Leitfrage im EU-Grünbuch fordert dazu auf, die Wirksamkeit dieser Initiativen in Bezug auf die Erleichterung der Koordination zwischen Mitgliedstaaten, zur Integration der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche, zur Förderung einschlägiger Aktionen der Stakeholder und zur besseren Verknüpfung zwischen Forschung und Politik im Bereich der psychischen Gesundheit zu bewerten. Bevor nachfolgend zu konkreten Vorschlägen im Grünbuch Stellung genommen wird, sollen zunächst einige grundlegende Überlegungen zur Integrierbarkeit von Initiativen in verschiedene Politikbereiche und zum Potential der Maßnahmen zur Kooperation von Stakeholdern vorangestellt werden.

4.1 Kooperation der Stakeholder

Grundsätzlich wird das Ziel der Forcierung der Kooperation der Stakeholder unterstützt. Allerdings drängt sich doch eine gewisse Skepsis auf, wenn bereits im Grünbuch als Anfangspunkt der Entwicklung einer EU-Strategie wesentliche Akteure auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit mit ihren Ressourcen und Kompetenzen unerwähnt bleiben. Nur wenn es gelingt, neben den Akteuren auf dem Feld Public Health auch die Vertreter der Gesundheitsversorgung gleichberechtigt an der Ent-

wicklung und Umsetzung einer umfassenden Strategie zu beteiligen, können sich die erwünschten Effekte zeigen. Ein Beispiel ist der intendierte Wissenstransfer durch Vernetzung. Die medizinische und psychologische Forschung verfügen hier über eine lange Tradition und umfangreiches Wissen über psychische Störungen sowie ihre Diagnostik und Behandlung. Die Akteure des Public-Health können Erfahrungen und Befunde zu präventiven Maßnahmen wie der gesundheitsbezogenen Aufklärung der Bevölkerung beisteuern. Eine erfolgreiche Vernetzung bedeutet dann, die Daten adressaten- und zielgruppengerecht aufzubereiten und eine Kommunikation zwischen verschiedenen Professionen zu erleichtern. Dass die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Heilberufe mit ihrem fachlichen und wissenschaftlichen Kompetenzen und Befunden im Grünbuch kaum Erwähnung finden, mag ein Indiz für die Barrieren bei der gewünschten Vernetzung sein.

4.2 Integration verschiedener Politikbereiche

Die verschiedenen im Grünbuch genannten Initiativen bieten ein unterschiedliches Potenzial zur Integrierbarkeit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche. So berühren Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit, die Veränderungen der schulischen Umwelt zum Ziel haben (z.B. durch Interventionen zum Schulklima oder Schulethos), unterschiedliche Ressorts und bieten damit das Potential für die Integration in unterschiedliche Politikbereiche. Die vorgeschlagenen Aktionen können aber nur erfolgreich sein, wenn sich verschiedene Stakeholder auf gemeinsame Ziele ausrichten bzw. die Interdependenz verschiedener Ziele deutlich wird. Für die Prävention psychischer Erkrankungen in Schulen bedeutet dies beispielsweise, dass eine gesunde psychische Entwicklung und erfolgreiches Lernen zwei Seiten einer Medaille sind. Es gibt empirische Evidenz, dass ein positives Schulklima nicht nur zu mehr Wohlbefinden und weniger psychischen Störungen führt, sondern zugleich die Lernerfolge der Schüler erhöht. Auffällige Kinder und betroffene Familien sollten frühzeitig niederschwellige multiprofessionelle, an den Bedürfnissen orientierte, Unterstützung erfahren. Ein weiteres Thema, das zu einer solchen Kooperation zwingt, ist die psychische Gesundheit von Migranten. Migration innerhalb der EU oder von EU-Ausländern in die EU stellt aufgrund verschiedener Ursachen einen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen dar. Eine umfassende EU-Strategie zur psychischen Gesundheit könnte in Bezug auf Migran-

ten beispielsweise auch Akteure aus Politikbereichen wie dem Binnenmarkt zur Mitarbeit verpflichten.

Wie eine Integration in unterschiedliche Politikbereiche durch ressortübergreifende Verantwortung aussehen kann, machen auch die Aktionen zur Bekämpfung des Substanzmissbrauchs und seiner psychischen Folgeerkrankungen deutlich. Erfolge sind möglich, wenn Verhaltens- und Verhältnisprävention ineinander greifen. So sind schulbezogene Life-Skills-Ansätze, die die Nachfrage nach (legalen und illegalen) Drogen und übermäßigem Alkoholkonsum z.B. durch Stärkung des Selbstwerts der Schüler und ihrer Widerstandsfähigkeit gegenüber dem unangemessenen Konsum dieser Substanzen nur dann von nachhaltigem Erfolg, wenn sie durch Maßnahmen auf der Angebotsseite flankiert werden. Damit Ziele des Gesundheitssektors nicht mit Rechten des Wettbewerbs konfliktieren, ist eine Abstimmung und Koordination von Politikbereichen gefordert, die durch eine umfassende Strategie forciert werden könnte.

4.3 Indizierte Prävention psychischer Erkrankungen

Die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer stimmen der Forderung des Grünbuchs uneingeschränkt zu, dass der Prävention psychischer Erkrankungen ein hoher Stellenwert zukommen muss. Deswegen sind die in Abschnitt 6.1 im Grünbuch aufgeführten Maßnahmen zur Primärprävention psychischer Erkrankungen im psychosozialen Umfeld auch von großer Wichtigkeit. Bei den Programmen zur Primärprävention sollte jedoch die Erfahrung und Kompetenz der ärztlichen und psychologischen Heilberufe mit einbezogen werden. Wie im EU-Grünbuch dargestellt, ist beispielsweise die Behandlung postnataler Depressionen bei Müttern ein Ansatz zur Prävention psychischer Erkrankungen bei ihren Kindern. Dies muss erweitert werden um den Gesichtspunkt, dass generell der Behandlung von Depressionen bei Müttern nicht nur in der postnatalen Periode das psychische Wohlbefinden der Kinder fördert. Diese Art der Primärprävention ist ohne Einbeziehung der Heilberufe nicht möglich. Auch für psychosoziale Interventionen am Arbeitsplatz beispielsweise in Mobbing-situationen oder bei der Früherkennung psychischer Störungen im beruflichen Umfeld ist die Mitwirkung von Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychosomatikern unabdingbar.

In Deutschland sind in den letzten 50 Jahren entsprechend differenzierte Versorgungssysteme eingeführt worden, die auch der Differenzierung in der Aus- und Weiterbildung der beteiligten Heilberufe entsprechen. Grundsätzlich geht das Deutsche Gesundheitswesen davon aus, dass ambulant, vor teilstationär, vor stationär behandelt werden soll. Die in dem Grünbuch geforderte Gemeindenähe und die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist also schon wesentlich fortgeschritten. Neben dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich hat sich ein psychosomatischer mit ambulanten, teilstationären, stationären Einrichtungen entwickelt. Eine breite Beteiligung der somatischen Gebiete an der Versorgung psychisch- und psychosomatisch Kranker, insbesondere in der Allgemeinmedizin, ist über die psychosomatische Grundversorgung sichergestellt.

In diesem Zusammenhang kommt der „indizierten Prävention“, d. h. der Prävention, die sich nicht nur auf die Allgemeinbevölkerung, sondern auf Inanspruchnahmepopulationen oder Risikogruppen bezieht, eine große Bedeutung zu. Die Strategie der indizierten Prävention ist vor allem dort Erfolg versprechend, wo Erkrankungen einen längeren subklinischen, symptomatischen Vorlauf aufweisen, wobei die Vorläufersymptome meist noch nicht krankheitswertig sind (sog. Prodromalsymptome). Beispielsweise zeigen Demenzen vom Alzheimer Typ meistens einen jahrelangen Vorlauf an Gedächtnisproblemen, Psychosen einen jahrelangen Vorlauf von Leistungseinbußen und psychotischen Einzelsymptomen. Menschen, die später eine Suchterkrankung entwickeln, haben häufig einen jahrelangen Vorlauf mit weniger ausgeprägten Abhängigkeits- und / oder psychosomatischen Symptomen. Das Aktionsfeld der indizierten Prävention sollte neben den aufgezählten depressiven Störungen, Suizidprävention und Suchterkrankungen um die Aktionsfelder Alterserkrankungen, schizophrene Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörungen erweitert werden. Für alle genannten Aktionsfelder stehen evidenzbasierte Strategien zur generellen und indizierten Prävention zur Verfügung.

Da indizierte Prävention auf Menschen fokussiert, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen, müssen diese Präventionsprogramme und die daraus abgeleiteten Interventionen im Gesundheitssystem angesiedelt sein bzw. müssen in enger Kooperati-

on mit dem Gesundheitssystem und den dort tätigen Heilberufen sowohl in der öffentlichen Gesundheitsversorgung als auch im vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Bereich erfolgen. Daher sind gerade Maßnahmen der „indizierten Prävention“ dazu geeignet, die Kooperation und Koordination der verschiedenen Stakeholder in verschiedenen Politikbereichen innerhalb und zwischen den Mitgliedsstaaten zu forcieren.

4.4 Chronische psychische Erkrankungen

Es ist zwingend erforderlich, den unter 6.1.1 aufgeführten Katalog um die Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen mit chronischen seelischen Erkrankungen zu erweitern. Gerade in der Versorgung chronisch Kranker führt eine zunehmende Verknappung der Ressourcen zu einer Zunahme von Morbidität und Mortalität und damit nachweislich zu einer Abkopplung von Wohlstand und sozialer Sicherheit, z.B. durch Obdachlosigkeit als Folge chronischer seelischer Erkrankungen oder durch Aufnahme chronisch psychisch Kranker in Kliniken für Forensische Psychiatrie. Verschiedene Maßnahmen zur Förderung von Selbststeuerungs-, Bindungs- und Kommunikationsfähigkeit, von Empowerment und Selbstwirksamkeit sowie zur Förderung der Resilienz (z. B. in Form von Selbsthilfegruppen, durch Psychoedukation, Stärkung familiärer Strukturen, shared decision making, social skills training, assertive communitive treatment) zeigen eine sichere Evidenz im Hinblick auf die Rückfallprophylaxe, die Verbesserung der sozialen Reintegration und der Lebensqualität.

4.5 Entstigmatisierung psychisch Kranker

In Abschnitt 6.2 des Grünbuchs werden Maßnahmen zur Entstigmatisierung mit dem Ziel der Verbesserung der Reintegration genannt sowie die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung als Mittel zur Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Integration. Ferner wird die Notwendigkeit der Entwicklung ethischer Grundsätze zum Schutz psychisch Kranker und geistig behinderter Menschen betont.

Die Empfehlungen zur Deinstitutionalisierung sollten den unterschiedlichen Entwicklungsstand der einzelnen europäischen Länder berücksichtigen. Die Empfehlungen

zur Deinstitutionalisierung sind sicher für jene EU-Mitgliedsstaaten von Bedeutung, deren psychiatrische Versorgung derzeit noch schwerpunktmäßig auf der Vorhaltung großer psychiatrischer Krankenhäuser beruht. In den europäischen Ländern mit weiterentwickelten Gesundheitssystemen ist der Prozess der Deinstitutionalisierung mit Schaffung einer gemeindenahen, patientenorientierten Versorgung weitgehend abgeschlossen. Hier stellt sich umgekehrt die Frage, inwieweit für psychisch Erkrankte bei fortschreitender Reduktion von Verweildauer und Anzahl der psychiatrischen Betten noch in ausreichendem Umfang stationäre Behandlungen möglich sein werden. Zwischenzeitlich konnte gut belegt werden, dass die ständige Verweildauerreduktion bei gleichzeitiger drastischer Reduktion von psychiatrischen Betten zu einem „Dreh-türeffekt“ geführt hat, d. h. dass die Wiederaufnahmerate bei ständiger Verweildauerkürzung über den Betrachtungszeitraum eines Jahres ansteigt. Psychisch und psychosomatisch Kranke müssen das gleiche Recht auf stationäre Behandlung haben wie die körperlich Kranken im engeren Sinn. Moderne Krankenhäuser/Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die im deutschen Versorgungssystem speziell ausgewiesen sind und hier auch ein Vorbild für die anderen europäischen Staaten darstellen könnten, sind ein Bestandteil eines gemeindenahen Versorgungssystems zusammen mit anderen Versorgungselementen im teilstationären und ambulanten Bereich.

Selbstverständlich gilt, dass in all den EU-Ländern, in denen gemeindenahe Versorgung noch nicht umgesetzt ist, der Weg der Deinstitutionalisierung gegangen werden sollte, und dass chronisch psychisch Erkrankte in ihrem Lebensumfeld versorgt werden sollten. In all den EU-Ländern, in denen der Standard stationärer Behandlung als schlecht bezeichnet werden muss, sollten Maßnahmen ergriffen werden, den Standard psychiatrischer stationärer Behandlung zu verbessern.

Im Hinblick auf die Entwicklung ethischer Grundsätze sollte nicht nur die Praxis der zwangsweisen Unterbringung in psychiatrischen Kliniken untersucht werden – die ist in fast allen EU-Ländern durch gesetzliche Regelungen hinreichend im Sinne des Patientenschutzes festgelegt – sondern insbesondere auch die Praxis der Unterbringung und Versorgung seelisch Kranker und geistig Behinderter in Heimen, Gefängnissen und anderen Betreuungseinrichtungen. Hier besteht europaweit ein erheblicher Informationsbedarf. Ferner ist die Entwicklung von Handlungsleitlinien zum Um-

gang mit Menschen, die infolge ihrer Behinderung durch gesetzliche Regelungen in ihren Rechten beschränkt sind, notwendig.

4.6 Psychische Gesundheit älterer Menschen

Zur Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen werden Maßnahmen genannt, die soziale Unterstützungsnetze knüpfen sollen, sowie durch Steigerung der körperlichen Aktivität und der sozialen Integration „altersbedingte“ Erkrankungen verhindern sollen. Gerade die aufgeführten Risiken für die Entwicklung psychischer Erkrankungen im Alter machen deutlich, dass Maßnahmen nur dann effektiv sind, wenn die Kompetenz der verantwortlichen Heilberufe einbezogen wird: Beispielsweise durch den Hausarzt, der in der Regel die erste Anlaufstelle älterer Menschen darstellt oder auch medizinisches, psychologisches und psychotherapeutisches Fachpersonal in stationären und ambulanten Einrichtungen, die beispielsweise mit der Früherkennung von Altersdepressionen und Demenzen betraut sind und Maßnahmen zur Prävention psychischer Folgeschäden initiieren können. Ein Beispiel dafür, wie die Heilberufe in diese Form der Prävention einbezogen werden können, ist die im Grünbuch erwähnte „European Alliance against Depression“ (EAAD), deren Auswirkungen jedoch noch unzureichend evaluiert sind. Sinnvolle präventive Maßnahmen sind das Erkennen von Risikobedingungen und Risikogruppen (z.B. im Rahmen von präventiven Hausbesuchen), das Angebot frühzeitiger stützender Angebote bei auftretenden Belastungen (z.B. in Form von Angehörigengruppen), der Erhalt kognitiver Fertigkeiten (z.B. durch Gedächtnistrainings), die Integration in ein soziales Netz (z.B. im Rahmen von Sportangeboten) oder das Anbieten von betreutem Wohnen. Ziel von Präventionsmaßnahmen ist es, Rückzug, Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen zu verhindern, Kontakte und zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern sowie die psychomotorische und kognitive Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu fördern.

Dabei ist es allerdings sinnvoll, die mit 30 und mehr Jahren sehr breite Altersspanne des höheren Lebensalters differenzierter zu betrachten. Die Altersgruppe der 65- bis 75jährigen hat kein höheres Risiko für eine psychische Erkrankung als jüngere Erwachsene, sieht man von Demenzerkrankungen und anderen organisch bedingten kognitiven Störungen ab. Erst mit steigendem Alter nimmt das Risiko für psychische

Erkrankungen deutlich zu, was sich in besonders dramatischer Weise in der steigenden Suizidrate zeigt. Trotz dieser Auftretenshäufigkeiten psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen und trotz ihres Anteils an der Gesamtbevölkerung befinden sich psychisch kranke ältere Menschen vergleichsweise selten in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Dieser geringe Versorgungsgrad älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte zu einem Schwerpunktthema in den Mitgliedsstaaten der EU gemacht werden, zumal psychische und psychosomatische Erkrankungen oftmals durch körperliche Erkrankungen überlagert oder Symptome psychischer Erkrankungen von den Betroffenen oder Außenstehenden als Ausdruck des normalen Alterns angesehen werden. Psychische und psychosomatische Erkrankungen werden demzufolge zu spät oder gar nicht diagnostiziert bzw. mögliche wirkungsvolle Behandlungen nicht eingeleitet. Insbesondere für den Bereich der Psychotherapie bei älteren Patienten mit depressiven Störungen ist von einer erheblichen Fehl- und Unterversorgung auszugehen. Besonders in der primärärztlichen Versorgung werden depressive Symptome oftmals nicht ernst genug genommen, um auf bestehende psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen.

4.7 Verbesserung von Informations- und Wissensstand über psychische Gesundheit

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (Kapitel 6.1 des Grünbuchs), zur Förderung der sozialen Integration psychisch Kranker (Kapitel 6.2) und zur Verbesserung des Informations- und Wissensstandes über psychische Gesundheit (Kapitel 6.3) setzen gezielte Forschung voraus. Das bisher erarbeitete Forschungswissen ist für die im Grünbuch angesprochenen Ziele streckenweise nicht hinlänglich entwickelt, um wissenschaftlich begründete Handlungsoptionen zu legitimieren. Somit sind begleitende Forschungsinitiativen jenseits begleitender Evaluationsforschung nötig.

Belegt wird das mangelnde Forschungswissen u.a. dadurch, dass im Grünbuch zwar wiederholt von den „Determinanten psychischer Gesundheit“ gesprochen wird, diese

aber bekanntermaßen nur unzulänglich erforscht sind. Das Hauptinteresse der Forschung galt bislang den „Determinanten von Krankheit“, die eine teilweise komplementäre Entsprechung zu den Determinanten gesunden Verhaltens zeigen. Ein weiterer Hinweis auf Forschungsdefizite ist, dass Risikofaktoren für die meisten psychischen Erkrankungen zwar gut belegt sind und dass (etwa stressbezogene) Belastungen insbesondere mit den verschärften Leistungsanforderungen in Ausbildung und Beschäftigung verbunden sind. Es ist aber weitgehend unklar, welche spezifischen Bedingungen der Arbeitsorganisation krankheitsfördernd sind. Dieses Wissen ist aber gerade für eine gezielte Primärprävention am Arbeitsplatz, wie im EU-Grünbuch gefordert, unerlässlich.

Vor diesem Hintergrund ist die Bearbeitung folgender Forschungsthemen für die im Grünbuch vorgeschlagenen Strategien der „Lösungsfindung – Handlungsoption“ nötig bzw. von Vorteil:

- **Resilienz-Forschung insbesondere in Risikogruppen:** Die Kenntnis von Determinanten der Resilienz kann die Verhütung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und das Selbstmanagement Erkrankter erheblich verbessern. Die Resilienz-Forschung muss dabei besonders Bevölkerungsgruppen zum Gegenstand haben, die durch eine Akkumulierung von Risikofaktoren für psychische und psychosomatische Erkrankungen gekennzeichnet sind, wie z.B. ältere Menschen, Migranten, wirtschaftlich benachteiligte oder bildungsferne Menschen mit spezifischen psychosozialen Belastungen sowie Personen mit psychischen oder biologischen (auch genetischen) Risikofaktoren. Dabei modulieren psychische wie biologische Risiko- und Schutzfaktoren das Krankheitsrisiko, so dass ein psychobio-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell unabdingbar ist.
- **Indizierte Prävention:** Das Grünbuch bevorzugt die bevölkerungsweite Primärprävention. Diese hat sich aber in vielen Präventionsprogrammen z. B. bei suchtbetrogenen Programmen in den USA als unzureichend erwiesen. Ein international erkennbarer, viel versprechender Ansatz bleibt im Grünbuch leider völlig unbeachtet, die „indizierte Prävention“. Wie bereits dargestellt zielt diese Strategie nicht auf die Allgemeinbevölkerung, sondern auf eine Inanspruchnahmepopulation und bezieht Ärzte und Psychotherapeuten ein. Die indizierte Prävention erleichtert bei al-

len psychischen Erkrankungen, die mit einem langen Prodromalstadium einhergehen, die Früherkennung und ermöglicht somit Frühinterventionen. Spätere Krankheitsepisoden können somit verhütet werden. Die indizierte Prävention stellt damit die Grundlage für Früherkennungs- und Frühinterventionsprogramme bei häufigen Erkrankungen dar. Diese Strategie kann zudem von der gezielten Entwicklung von Frühwarnzeichen für spätere psychische Erkrankungen profitieren.

- **Primärprävention von später auftretenden psychischen Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen:** Körperliche Erkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko von späteren psychischen Erkrankungen verbunden. Unerforscht ist die Individualprognose, d. h. die Frage, welche körperlich Kranken ein besonders hohes Risiko tragen und wie im Einzelfall der Risikofall verhütet werden kann. Die Relevanz dieser Fragestellung ergibt sich aus der bekannten Tatsache, dass die Komorbidität zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen häufig zur Chronifizierung beider Erkrankungen führt. Weiterhin stellt Komorbidität von psychischen Erkrankungen beispielsweise einer Depression zusätzlich zur körperlichen Erkrankung (etwa bei Diabetes, nach Myokard- oder Hirninfarkt) einen unabhängigen Risikofaktor für frühzeitige Mortalität dar.
- **Aufbau von Strategien zum Selbstmanagement, zum Empowerment und zur partizipativen Versorgung:** Primärprävention kann auch durch gezieltes Verhalten von Risikopersonen betrieben werden und damit in hohem Maße die Kosten im Gesundheitswesen reduzieren (z. B. körperliche und geistige Aktivität zur Vorbeugung von Demenz). Betroffene können ohne direkte Einschaltung des medizinischen Versorgungssystems eine Risikoreduktion herbeiführen und den Erkrankungsverlauf günstig beeinflussen. Solches Wissen ist wichtig für die Entwicklung von Empowermentstrategien und für das Selbstmanagement von bereits Erkrankten. Es ist aber nur unzulänglich entwickelt. Primär- und sekundärpräventive Komponenten können auch in der Versorgung insbesondere durch eine stärkere Beteiligung von Patienten an Behandlungsprozessen eingebracht werden, wozu die Entwicklung von Strategien zur partizipativen Versorgung sinnvoll ist. Grundsätzlich sollte auch erwogen werden, Maßnahmen der Psychohygiene, z.B. Entspannungsverfahren, gesundheitsförderndes Selbstmanagement, Konfliktbewältigung,

und Informationsvermittlung über seelische Erkrankungen in erweitertem Umfang in die Lehrpläne und die Tagesgestaltung von Schulen mit aufzunehmen.

- **Evaluation vorgeschlagener Präventionsstrategien:** Die zur Primärprävention im Grünbuch erwähnten spezifischen Strategien sind meist bezüglich ihrer Wirksamkeit völlig unzulänglich evaluiert. Groß angelegte Studien zur präventiven Intervention und Therapiemaßnahmen bei Risikopatienten und Prodromalsyndromen sind unerlässlich, um vorhandene Verfahren zu optimieren und zwischen konkurrierenden Verfahren Prioritäten zu setzen.

Die Einrichtung vernetzter, EU-weiter Forschungsverbände ist deshalb zu fördern, um vertiefende Kenntnisse zum Stellenwert psychischer Gesundheit, deren Förderung, der Prävention seelischer Störungen und ihrer frühzeitigen Erkennung und Behandlung zu gewinnen. Darüber hinaus ist es notwendig, die Kenntnis über seelische Gesundheit und seelische Störungen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens in der Gesellschaft zu verbreiten. Hierzu sind als einschlägige Initiativen zu nennen das Bündnis gegen Depression, die Antistigmakampagnen und das Netzwerk Taskforce Healthpromoting Psychiatric Services. Darüber hinaus ist es notwendig, die Kenntnisse über seelische Gesundheit, seelische Störungen und die Prävention psychischer Erkrankungen in die Lehrpläne aller Studiengänge der Humanwissenschaften zu integrieren und die verschiedenen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsinstitutionen in Netzwerke einzubinden, deren Aufgabe die Entwicklung von Curricula zur Förderung in Strategien zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention seelischer Erkrankungen sein sollte.

5. Ergänzende Anmerkung

Nach der Beantwortung der im Grünbuch gestellten Fragen nehmen wir im Folgenden zu grundlegenden Aspekten des Grünbuchs Stellung.

Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen

Auch wenn der Primärprävention zur Vermeidung psychischer Erkrankungen aufgrund der Zuständigkeiten für Gesundheit in der EU und seinen Mitgliedsstaaten ein großer Stellenwert zukommt, ist ausgeschlossen, dass primärpräventive Maßnahmen im psychosozialen Umfeld alleine das Auftreten psychischer Erkrankungen verhindern. Auch wenn klar ist, dass die Organisation und Ressourcenverteilung innerhalb des Gesundheitssystems in die Zuständigkeit der einzelnen europäischen Mitgliedsstaaten und nicht in die Zuständigkeit der Europäischen Union fallen, sollte von Seiten der Europäischen Gemeinschaft ein deutliches Signal an die europäischen Länder ausgehen, die notwendigen Ressourcen für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Behandlung psychischer Erkrankungen zur Verfügung zu stellen. Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischer Erkrankung kann deshalb nicht vollständig aus dem EU-Grünbuch ausgeklammert werden.

Das EU-Grünbuch geht zutreffend von einem dreidimensionalen Krankheitsmodell, bestehend aus einer sozialen, einer biologischen und einer psychologischen Dimension aus. Die vorgeschlagenen Präventions- und Interventionsmaßnahmen basieren jedoch in erster Linie auf einem psychosozialen ätiologischen Modell, innerhalb dessen vor allem psychologische und soziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen bedeutsam sind. Die Interaktion zwischen biologischen, sozialen und psychischen Faktoren muss deshalb stärkere Berücksichtigung finden. Deswegen sollte die Gesundheitspolitik der einzelnen europäischen Mitgliedsstaaten Maßnahmen auf allen drei Ebenen mit einschließen, um auf diese Weise eine angemessene Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ermöglichen. Hierzu gehört angesichts der bereits dargestellten gesundheitspolitischen Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, dass ausreichende materielle und personelle Ressourcen für alle Arten therapeutischer Intervention, z. B. Zugang

zu ausreichender Psychotherapie, Zugang zu ausreichender und angemessener Pharmakotherapie und anderen medizinischen und psychologischen Interventionen zur Verfügung stehen, die für die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nach heutigem Wissensstand wirksam und zweckmäßig sind. Hierzu gehören auch Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention innerhalb des Gesundheitssystems, um den Rückfall in eine erneute Krankheitsphase zu verhindern bzw. psycho-soziale Konsequenzen psychischer Erkrankungen abzumildern.

Instrumente zur Entwicklung einer EU-Strategie im weiteren Konsultationsprozess

Kapitel 7 des Grünbuchs nennt drei Instrumente des Konsultationsprozesses zur Entwicklung einer EU-Strategie für die Förderung der seelischen Gesundheit: den Dialog mit den Mitgliedsstaaten über psychische Gesundheit, die Einrichtung einer EU-Plattform und die Einrichtung einer Schnittstelle zwischen Politik und Forschung im Bereich psychischer Gesundheit.

Wenn eine umfassende EU-Strategie verschiedene Politikbereiche und die relevanten Stakeholder auf gemeinsame Ziele ausrichten will, ist unabdingbar, die Bedeutung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychologisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften sowie der in diesen Gesellschaften organisierten Anbieter als entscheidende Akteure auf dem Feld der Förderung seelischer Gesundheit und Prävention seelischer Erkrankungen wahrzunehmen und diese in den Konsultationsprozess mit einzubeziehen. Wenn die Projektplanung und –realisierung innerhalb der EU in einzelnen hierfür geschaffenen Projektgruppen und NGOs stattfindet, die keine Verbindung zu den Organen der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Regelversorgung und –forschung haben, steht zu befürchten, dass an sich sinnvolle Maßnahmen der Förderung seelischer Gesundheit und Prävention seelischer Krankheit ins Leere laufen, weil wesentliche Multiplikatoren keine Berücksichtigung finden.

Weiterhin sollten die Kostenträger ebenfalls in den Konsultationsprozess einbezogen werden. In einem evtl. folgenden Weißbuch sollten daher alle relevanten Gruppen ausdrücklich benannt und zur Mitarbeit in der geplanten EU-Plattform eingeladen werden, wobei der vorgeschlagene Dialog der Mitgliedsstaaten und die Schnittstellen als Arbeitsgruppen unter dem Dach der EU-Plattform eingerichtet werden sollten. Ferner sollte die EU-Plattform die Stakeholder auf nationaler Ebene in angemessener Weise repräsentieren. Daher sollte es nationale Plattformen geben, die auf der EU-Ebene durch gewählte Vertreter repräsentiert werden sollten.

Berlin, 31. Mai 2006



Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel: (030) 4004 56-0
Fax: (030) 4004 56-388

info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de



Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44

info@bptk.de
www.bptk.de