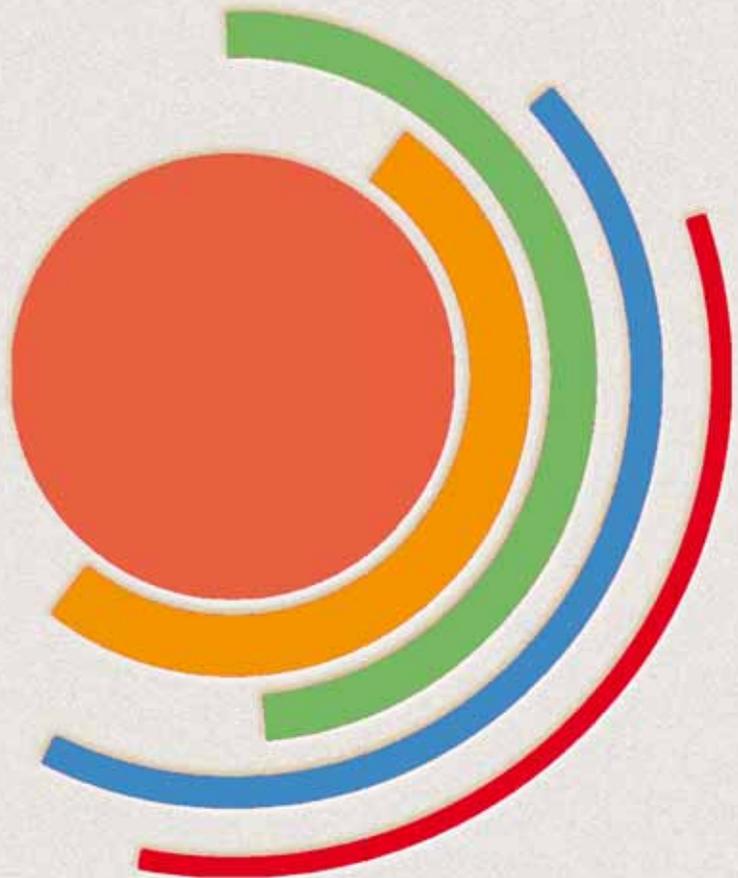


Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen



Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen

Bericht über die Europäische
Ministerielle WHO-Konferenz





EUROPA

Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen

Bericht über die Europäische
Ministerielle WHO-Konferenz

CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO

1. Psychische Gesundheit – Kongress 2. Psychiatrische Einrichtungen

3. Gesundheitspolitik 4. Gesundheitswesen 5. Verträge 6. Europa

ISBN 92 890 3377 0

(NLM Klassifikation: WM 105)

ISBN 92-890-3377-0

Regionalbüros für Europa sind an das Referat Veröffentlichungen zu richten:

Referat Veröffentlichungen
WHO-Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø
Dänemark.

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Weltgesundheitsorganisation 2006**

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Printed in Denmark

Inhalt

Abkürzungen	vi
Danksagungen	vii
<i>Vorwort</i>	ix
<i>Vorwort</i>	x
1. Psychische Gesundheit in Europa – der Kontext	1
2. Wichtigste Themen und Herausforderungen	5
3. Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit	9
4. Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit	17
5. Psychosoziale Dienste in Europa: die Behandlungslücke	31
6. Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Kranken in Europa .	39
7. Förderung der psychischen Gesundheit und Verhütung psychischer Störungen	47
8. Psychische Gesundheit und Arbeitsleben	57
9. Alkohol und psychische Gesundheit	65
10. Suizidprävention	73
11. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	81
12. Zugang zu einer guten psychosozialen Primärversorgung	91
13. Psychosoziale Versorgung in gemeindenahen Diensten	97
14. Humanressourcen und Ausbildung im Bereich psychische Gesundheit ...	103
15. Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit	109
16. Selbstbefähigung und Fürsprache im Bereich psychische Gesundheit ...	115
17. Ökonomie der psychischen Gesundheit in Europa	125
18. Information und Forschung im Bereich psychische Gesundheit	133
19. Der weitere Weg	139
Anhang 1. Konferenzteilnehmer	145

Abkürzungen

Organisationen und Programme

EU	Europäische Union
IMHPA	Aktionsnetz Umsetzung von Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit
NUS	Neue Unabhängige Staaten (ehemalige UdSSR)
NGO	nichtstaatliche Organisationen
VVGG	flämische psychiatrische Vereinigung
WHO-AIMS	Bewertungsinstrument der WHO für Psychiatricsysteme
WHO-CHOICE	CHOosing Interventions that are Cost Effective [dt.: kostenwirksame Interventionen wählen]

Fachausdrücke

ADHD	attention-deficit hyperactivity disorder [dt.: Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit bei Hyperaktivität]
ASD	autism spectrum disorders [dt.: Störungen aus dem Autismusspektrum]
DALY	disability-adjusted life years [dt.: um Behinderungen bereinigte Lebensjahre]
GP	general practitioner [dt.: Hausarzt, Allgemeinarzt]
PHC	primary health care [dt.: primäre Gesundheitsversorgung]
PO	persönlicher Ombudsmann (Schweden)
PTSD	posttraumatische Belastungsstörung
SSRI	selective serotonin reuptake inhibitor [dt.: selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer]
YLD	years lived with disability [dt.: mit Behinderungen verbrachte Lebensjahre]

Danksagungen

Die Mitarbeitenden des Programms Psychische Gesundheit beim WHO-Regionalbüro für Europa schulden vielen Fachleuten Dank für die Unterstützung bei der Erstellung dieser Veröffentlichung. Insbesondere bedanken wir uns für die Mitarbeit an einzelnen Kapiteln bei:

- Prof. David Hunter, Health Policy and Management, University of Durham, Vereinigtes Königreich (Kapitel 2),
- Dr. Shekhar Saxena und Dr. Pratap Sharan, Psychische Gesundheit: Erkenntnisse und Forschung, Abteilung Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch, WHO-Hauptbüro (Kapitel 5),
- Dr. Lars Jacobsson, Fachbereich Psychiatrie, Universität Umeå, Schweden, und Dr. Hédinn Unnsteinsson, Fachreferent, Psychische Gesundheit, Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft, WHO-Regionalbüro für Europa (Kapitel 6),
- Dr. Eva Jané-Llopis, Zentrum für Präventionsforschung, Universität Nimwegen, Niederlande (Kapitel 7),
- Dr. Ivan Ivanov, Umwelt und Gesundheit, Koordination und Partnerschaften, WHO-Regionalbüro für Europa (Kapitel 8),
- Herrn Dag Rekve, Leiter des Programms Alkohol und Drogen, und Dr. Lars Møller, Leiter des Projekts Gesundheit in Gefängnissen und des Europäischen Drogeninformationssystems, WHO-Regionalbüro für Europa (Kapitel 9),
- Dr. Leen Meulenbergs, Gesundheitsministerium, Belgien, Dr. José Manoel Bertolote, Koordinator für nichtübertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit, psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch, Management von psychischen und gehirnbedingten Störungen beim WHO-Hauptbüro, und Frau Roxana Radulescu, Mental Health Europe (Kapitel 10),
- Dr. Myron Belfer, Leitender Berater, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Abteilung für Psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch, WHO-Hauptbüro (Kapitel 11),
- Frau Nathalie Jane Drew und Dr. Michelle Karen Funk, Weiterentwicklung der Psychiatrie, WHO-Hauptbüro, und Dr. Crick Lund, Universität Kapstadt, Südafrika (Kapitel 12, 13 und 15),
- Dr. Margaret Grigg, Abteilung der Humandienste, Victoria, Australien (Kapitel 14),
- Dr. Hédinn Unnsteinsson, Fachreferent, Psychische Gesundheit und Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft, WHO-Regionalbüro für Europa (Kapitel 16),

- Herrn David McDaid, Research Fellow, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, Vereinigtes Königreich, und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Kapitel 17),
- Dr. Kristian Wahlbeck, Forschungsprofessor, Bereich psychische Gesundheit am nationalen Forschungs- und Entwicklungszentrum STAKES, Finnland (Kapitel 18).

Wir danken außerdem dem European Mental Health Economics Network für die von ihm gesammelten Informationen zu Kapitel 17.

Außerdem danken wir dem finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit für die finanzielle Unterstützung des Drucks dieser Veröffentlichung.

Vorwort

Im Januar 2005 kamen Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO in Helsinki zu dieser Konferenz über psychische Gesundheit zusammen, um sich mit einer der größten Bedrohungen für das Wohlbefinden der Menschen in der Region zu befassen: der Epidemie psychosozialer Notlagen und psychischer Erkrankungen. Dank eines langfristigen Einsatzes und der Arbeit vieler Akteure in zahlreichen Foren kann man heute sagen, dass psychische Gesundheit nicht mehr zu den mit einem Makel behafteten, unaussprechbaren Dingen zählt. Stattdessen ist sie im Bereich Bevölkerungsgesundheit in den Mittelpunkt des Interesses gerückt.

Während der Ministerkonferenz haben wir aus unseren jeweiligen Ansichten und Erfahrungen Stärke gewonnen und der weitere Weg ist bereits mit Erkenntnissen aus den Erfolgsgeschichten einzelner Länder gepflastert. In der Zukunft müssen wir gemeinsam in die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Krankheiten sowie in die Weiterentwicklung gemeindenaher, integrierter psychiatrischer Dienste für zur Selbsthilfe bemündigte Bürger investieren. Die Konferenz verdeutlicht, welche kreativen Partnerschaften zwischen Forschern, Fachleuten, Betroffenen, Betreuenden und Politikgestaltern erforderlich sind, damit dieses viel zu lang vernachlässigte Thema vorangebracht werden kann.

Die Konferenz war nicht das Ende sondern, der Beginn für die Entwicklung vielfacher Maßnahmen für psychische Gesundheit im Rahmen der Bevölkerungsgesundheit. Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit ist für alle Mitgliedstaaten eine Herausforderung. Die im Aktionsplan angestoßene Arbeit erfordert viele Akteure und ich hoffe, dass das neulich eingerichtete finnische WHO-Kooperationszentrum für die Förderung psychischer Gesundheit, für psychiatrische Prävention und Grundsatzarbeit beim Staatlichen finnischen Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES) der WHO bei der Umsetzung substanziiell helfen kann.

Die finnische Regierung dankt nicht nur dem WHO-Regionalbüro für die erfolgreiche Ministerkonferenz, sondern auch der Europäischen Kommission, dem Europarat und den Mitgliedstaaten, die durch ihre Unterstützung der Vorbereitung der Tagung zu diesem Wendepunkt beitrugen, und schließlich allen teilnehmenden Ländern für ihr Engagement für eine neue Ära im Bereich der psychischen Gesundheit.



Liisa Hyssälä,
Finnische Ministerin für Gesundheit und Soziales

Vorwort

Bei der im Januar 2005 in Helsinki veranstalteten WHO-Ministerkonferenz zum Thema psychische Gesundheit wurden die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit im Namen der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister aus 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO unterzeichnet und gebilligt.

Die Unterschrift symbolisiert ein starkes Bekenntnis der Regierungen zu der Arbeit an den gewaltigen Herausforderungen im Bereich psychische Gesundheit in unserer Region. Die Mitgliedstaaten und die Vertreter von Fachverbänden und nichtstaatlichen Organisationen demonstrierten damit alle gemeinsam ihre starke und einzigartige Entschlossenheit, die in der Erklärung beschriebenen Maßnahmen zu ergreifen und in ihrem Geiste zusammenzuarbeiten. Die europäischen Werte Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität sind auch in der WHO-Satzung und im Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ zu finden und sind zentral für die Tagesordnung der kommenden fünf bis zehn Jahre im Bereich psychische Gesundheit.

Die gegenwärtigen Zustände spornen uns alle zu der harten uns bevorstehenden Arbeit an. Eine bessere psychische Gesundheit ist heute im Bereich Public Health eine der größten Herausforderungen für jedes Land in einer Region, in der mindestens jede vierte Person einmal im Leben von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen wird. Trotz umfangreichen Wissens über erfolgreiche Pflege und Behandlung, Prävention psychischer Störungen und Förderung des Wohlbefindens erhalten viele nur wenig oder gar keine Behandlung bzw. Unterstützung.

Allzu oft behindern Stigma und Vorurteile die Fortentwicklung einer Politik für psychische Gesundheit. Das zeigt sich an mangelndem Respekt für die Menschenrechte psychisch Kranker, geringem Ansehen der angebotenen Dienste und fehlender Unterstützung für die psychiatrische Arbeit. Alle Länder müssen mit begrenzten Mitteln auskommen, doch machen die Kosten für psychische Gesundheit lediglich 5,4% der Gesamtausgaben für Gesundheit aus, obwohl psychische Gesundheitsprobleme für fast 20% der Krankheitslast stehen. Allein Depressionen sind für 6,2% der gesamten Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO verantwortlich.

Allerdings gibt es auch ermutigende Zeichen. Viele Länder gestalten ihre Dienste gemäß ihren Lernerfahrungen um. Die Bedeutung von psychischer Gesundheit für die Bevölkerungsgesundheit wird zunehmend anerkannt. Die Konferenz hat gezeigt, dass sich Aktivitäten der Psychiatrie nicht mehr ausschließlich auf die Behandlung und Einweisung von Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen konzentrieren. In der Erklärung wird anerkannt, dass Politik und Dienste die Bedürfnisse der Bevölkerung insgesamt sowie der gefährdeten Gruppen und der an einem breiten Spektrum psychischer Gesundheitsprobleme leidenden Menschen aufgreifen müssen. Die Aktivitäten müssen daher sehr umfassend sein und die Förderung der psychischen Gesundheit, frühe

Krisenintervention, innovative gemeindenahe Versorgung und Maßnahmen für eine gesellschaftliche Einbeziehung integriert abdecken.

Die in Erklärung und Aktionsplan enthaltenen Verpflichtungen gründen sich auf Informationen und Erkenntnisse aus der gesamten Europäischen Region der WHO. Zusammen bilden sie eine solide und zugleich anregende Grundlage, auf die Regierungen, Politiker und nichtstaatliche Organisationen mit der WHO Lösungen zur Verbesserung der Lebensqualität aller Bürger der Region aufbauen können. Ich sehe der weiteren Entwicklung mit Zuversicht entgegen.



Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa

1. Psychische Gesundheit in Europa – der Kontext

Die Länder der Europäischen Region der WHO stehen vor enormen Herausforderungen in ihrer Arbeit zur Förderung des psychischen Wohlbefindens ihrer Bevölkerungen, zur Verhütung psychischer Gesundheitsprobleme in marginalisierten und vulnerablen Gruppen und zu Behandlung, Versorgung und Unterstützung der Genesung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Psychische Gesundheit erhält angesichts des zunehmenden Bewusstseins über die menschlichen wie gesellschaftlichen Kosten und das Leiden der einzelnen Personen in der ganzen Region größere Priorität. Während der Ministerkonferenz der WHO zum Thema psychische Gesundheit, die im finnischen Helsinki vom 12.–15. Januar 2005 stattfand, wurden viele der wichtigsten Aufgaben und machbare Lösungen benannt, welche sich unabhängig vom Entwicklungsstand der Psychiatrie durchführen lassen.

Dieses Buch stellt die beiden wichtigsten Konferenzergebnisse vor, die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit, die von den Mitgliedstaaten der Region angenommen wurden und die das Bekenntnis zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit enthalten. Darauf folgen 14 kurze Beschreibungen der Themenbereiche des Aktionsplans und Beispiele erfolgreicher Interventionen sowie eine Wegskizze, wie das Programm Psychische Gesundheit des Regionalbüros für Europa zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Erreichung dieser selbst gesteckten ehrgeizigen Ziele vorgehen wird. Dem gegenüber werden in diesem Kapitel die aktuelle Lage in der Region und die Herausforderungen dargestellt, auf die die Länder mit Erklärung und Aktionsplan antworten.

Die Last

Psychische Gesundheit bedeutet heute, wo psychische Gesundheitsprobleme mindestens jede vierte Person einmal im Leben betreffen, für jedes Land der Region eine der größten Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Prävalenz psychischer Störungen ist in der Europäischen Region sehr hoch. Von den 870 Mio. in der Europäischen Region lebenden Menschen leiden nach Schätzungen jederzeit 100 Mio. an Angstzuständen und Depressionen, über 21 Mio. an Störungen durch Alkohol, über 7 Mio. an der Alzheimer-Krankheit und anderen Formen von Demenz, ca. 4 Mio. an Schizophrenie, 4 Mio. an bipolaren affektiven Störungen und 4 Mio. an Panikstörungen.

Neuropsychiatrische Störungen machen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen den zweitgrößten Anteil an der Krankheitslast in der Region aus. Sie verursachen 19,5% des DALY-Verlustes. Depressionen stehen mit 6,2% DALY-Anteil an dritter Stelle in

Bezug auf die Krankheitslast. Selbstbeschädigungen stehen an elfter Stelle und machen 2,2% aller DALY aus. Alzheimer und andere Demenzformen rangieren mit 1,9% aller DALY an 14. Stelle. Die Zahl der an diesen Störungen leidenden Menschen wird wahrscheinlich mit dem Durchschnittsalter der Bevölkerung weiter ansteigen.

Neuropsychiatrische Störungen machen auch über 40% der chronischen Krankheiten aus und sind die wichtigste Ursache für mit Behinderungen verbrachte Lebensjahre. Depressionen sind hierbei die wichtigste Einzelursache. Aber auch von den 15 wichtigsten Einzelursachen sind fünf psychischer Art. In vielen Ländern sind psychische Gesundheitsprobleme für 35–45% des Fernbleibens von der Arbeit verantwortlich.

Eine der tragischsten Folgen psychischer Gesundheitsprobleme ist der Suizid. Von den zehn Ländern mit den weltweit höchsten Suizidraten liegen neun in der Europäischen Region. Nach den neuesten verfügbaren Daten begehen jedes Jahr ungefähr 150 000 Menschen Selbstmord, davon sind 80% Männer. Suizid war 1998 nach Verkehrsunfällen bei jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 35 Jahren die häufigste, wenn auch oft nicht sichtbare Todesursache.

Stigma und Diskriminierung

Allzu oft gefährdet die weit verbreitete mit psychischen Gesundheitsproblemen verbundene Stigmatisierung die Entwicklung und Umsetzung einer Politik für psychische Gesundheit. Stigma ist die wichtigste Ursache für Diskriminierung und Ausgrenzung. Es wirkt sich auf das Selbstwertgefühl der Menschen aus, trägt zur Zerrüttung familiärer Beziehungen bei und begrenzt die Fähigkeit, sich in der Gesellschaft zu bewegen sowie eine Wohnung und eine Beschäftigung zu finden. In mancher Großanstalt fördert es außerdem die Missachtung der Menschenrechte.

Förderung der psychischen Gesundheit

Die Regierungen erkennen heute die Bedeutung des psychischen Wohlbefindens für alle Bürger. Psychisches Wohlbefinden ist wesentlich für die Lebensqualität und ermöglicht ein als sinnvoll erfahrenes Leben und die Betätigung als kreative und aktive Bürger. Psychische Gesundheit der Bevölkerung fördern heißt Lebensweisen stärken, die dem psychischen Wohlergehen dienlich sind. Die Förderung der psychischen Gesundheit muss auf die ganze Bevölkerung ausgerichtet sein, auch auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und auf ihre Betreuenden. Die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Pläne zur Förderung der psychischen Gesundheit wird das psychische Wohlbefinden aller steigern.

Stress- und Suizidprävention

In vielen Ländern sind die Menschen schädlichem Stress ausgesetzt, der zu einem Anstieg von Angstzuständen und Depressionen, Alkohol- und anderen Substanzmissbrauchsstörungen, Gewalt und Suizidverhalten führt. Die Länder sind sich heute des potenziellen Nutzens von Stress abbauenden Aktivitäten und der Wichtigkeit einer Absenkung der Suizidraten bewusst.

Die sozialen Ursachen psychischer Gesundheitsprobleme sind vielfältig und reichen von individuellen Auslösern bis zu Belastungen ganzer Gruppen oder Gesellschaften. Sie können in sehr unterschiedlichen Umfeldern auftreten oder verstärkt werden, u. a. zu Hause, am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz sowie in Einrichtungen. An den Rand gedrängte und gefährdete Gruppen wie Flüchtlinge und Migranten,

Beschäftigungslose, Gefängnisinsassen und Haftentlassene, Menschen mit abweichenden sexuellen Orientierungen, Behinderungen oder bereits mit psychischen Gesundheitsproblemen können einem besonders hohen Risiko ausgesetzt sein.

Angebote

Oft ermöglicht die gemeindenahere Versorgung nachweislich eine bessere Lebensqualität und größere Zufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen als die traditionelle Versorgung im psychiatrischen Krankenhaus. Überall in der Region gehen die Bettenzahlen zurück und werden Anstalten geschlossen, allerdings ist das Tempo des Wandels ungleichmäßig. Die Versorgung in Anstalten herrscht in den meisten Teilen der Region noch vor. In einem Viertel der Mitgliedstaaten gibt es keine gemeindenaheren psychosozialen Dienste. In einigen Ländern werden über 50% aller Patienten in großen psychiatrischen Krankenhäusern versorgt. Tatsächlich befinden sich in der Region zwei Drittel aller Bettenplätze für psychisch Kranke in psychiatrischen Krankenhäusern. In einigen Ländern fließen 85% der für psychische Gesundheit aufgewendeten Mittel in die Erhaltung der großen Anstalten. In über einem Drittel der Länder bieten Hausärzte keine Behandlung für schwere psychische Störungen an und es gibt für Ärzte und andere Akteure in der primären Gesundheitsversorgung zu wenige entsprechende Schulungsprogramme. Ein Fünftel der Länder bietet in der primären Gesundheitsversorgung drei unverzichtbare psychotrope Medikamente nicht an (Amitriptylin, Chlorpromazin und Phenytoin). Ein Fünftel verfügt auch nicht über eine Psychopharmaka-Strategie oder über eine Positivliste mit unverzichtbaren Psychopharmaka.

Die Qualität der Versorgung hängt sehr stark von der Qualität des Personals ab. Die signifikanten Schwankungen unter den Ländern hinsichtlich der Anzahl von Fachkräften in der Psychiatrie ist besorgniserregend. Die Zahl:

- der Psychiater reicht von 1,8 bis 25 pro 100 000 Einwohner,
- der Krankenschwestern/-pfleger in der Psychiatrie reicht von 3 bis 104 pro 100 000 Einwohner,
- der Psychologen reicht von 0,1 bis 96 pro 100 000 Einwohner,

Behandlungslücke

Es besteht eine enorme Lücke zwischen dem Behandlungsbedarf und den verfügbaren Angeboten. In einer Erhebung der Europäischen Union aus dem Jahr 2003 erhielten 90% aller Menschen, die über psychische Gesundheitsprobleme berichteten, nach eigener Aussage innerhalb der vorangegangenen 12 Monate keinerlei Pflege oder Behandlung. Nur 2,5% von ihnen waren mit einem Psychiater oder Psychologen in Kontakt gewesen. Selbst in entwickelten Ländern mit gut organisierten Gesundheitssystemen werden zwischen 44 und 70% der Patienten mit psychischen Störungen nicht behandelt. Laut Statistik erhalten im Westen der Region rund 45% der an Depression leidenden Menschen keine Behandlung.

Kosten und Finanzierung

Volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe durch psychische Störungen entstehen durch Ausgaben und Produktivitätsverluste. Die menschlichen und wirtschaftlichen Kosten werden auch von den an psychischen Störungen leidenden Menschen und ihren Familien mit getragen, deren Leben bereits schwer beeinträchtigt sein kann.

Alle Länder der Europäischen Region müssen mit knappen Mitteln auskommen. Doch wenden ihre Haushalte im Durchschnitt für psychische Gesundheit nur 5,8%

aller Gesundheitsausgaben auf und schwanken dabei noch im Einzelfall zwischen 0,1 und 12%. Ein Großteil dieser Haushaltsaufwendungen geht an die Dienste und nur verschwindende Beträge werden in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention investiert.

Hilfe zur Selbsthilfe

Hilfe zur Selbsthilfe und Überzeugungsarbeit sind wichtige Mechanismen zur Bewältigung dieser Probleme. Unzureichende Überzeugungsarbeit und fehlende finanzielle Unterstützung für die Betroffenen- und Betreuendenorganisationen behindern die Gestaltung und Einführung von Konzepten und Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zugeschnitten sind. Das Fehlen der Stimmen von Betroffenen und Betreuenden in diesem Prozess spiegelt das den psychischen Gesundheitsproblemen anhaftende Stigma wider und kann negative Einstellungen verstärken.

Dies sind die Herausforderungen, vor denen die Europäische Region der WHO im Bereich psychische Gesundheit steht. Die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit (vgl. S. 9 ff.) und der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit (vgl. S. 17 ff.), die beide von der Konferenz gebilligt wurden, sind ein Signal, das Betroffene, Betreuende und Angehörige sowie alle, die für eine bessere psychische Gesundheit in der Europäischen Region arbeiten, hoffen lässt.

2. Wichtigste Themen und Herausforderungen

Einleitung

Vom 12. bis 15. Januar 2005 kamen Delegationen aus den 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO im finnischen Helsinki zur ersten WHO-Ministerkonferenz zum Thema psychische Gesundheit zusammen, die das WHO-Regionalbüro für Europa organisiert hatte und deren Gastgeber das finnische Ministerium für Soziales und Gesundheit war. Minister und andere hochrangige Entscheidungsträger trafen hier Entscheidungen über die künftige Politik im Bereich psychische Gesundheit in der gesamten Region. Zu den Delegationen gehörten auch medizinische und andere Sachverständige sowie Vertreter von Betroffenengruppen. Die Minister einigten sich auf die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit (S. 9 ff), die mindestens in den kommenden fünf Jahren ein Motor für die Politik der Region im Bereich psychische Gesundheit sein wird.

Nach jahrelanger mühsamer Vorarbeit markierte die Konferenz einen historischen Augenblick für die Geschichte der Psychiatriepolitik in der Europäischen Region. Auch wegen der überwältigenden Zustimmung der Mitgliedstaaten zu Erklärung und Aktionsplan war sie bemerkenswert.

Die Länder der Europäischen Region stehen vor einer beträchtlichen Herausforderung. Jeder vierte Mensch leidet einmal in seinem Leben an einer kranken Psyche. Durch die hierdurch verlorene Produktivität wird der Region großer wirtschaftlicher Schaden zugefügt. Solange die Öffentlichkeit von Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen geprägt ist und das Stigma jeden Fortschritt behindert, ist Handeln nicht nur von Einzelpersonen, sondern von der gesamten Gesellschaft dringend geboten.

Das Erzielen einer Einigung ist eine Sache, die Erfüllung der eingegangenen Verpflichtungen und das Erreichen der gesetzten Ziele eine andere. Erklärung und Aktionsplan verlangen nicht weniger als einen Paradigmenwechsel, was das Wesen und den Vollzug der Politik und die Angebote für psychische Gesundheit in der gesamten Europäischen Region betrifft. Einigen Ländern wird dies leichter fallen als anderen, doch die Konferenz hat gezeigt, dass alle an diesem Prozess teilnehmen wollen – Mitgliedstaaten, nichtstaatliche Organisationen und die WHO – und zwar unabhängig davon, wie lange dieser dauert. Alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region besitzen jetzt gemeinsame Prinzipien und Prioritäten als Grundlage der künftigen Psychiatriepolitik und alle haben der Richtung des Prozesses ihrer Umsetzung zugestimmt.

Die Konferenz hat das Ende des Anfangs markiert – sie war ein wichtiger erster Schritt. Dieses Kapitel ist auf einige der anstehenden Herausforderungen konzentriert.

Gesundheit

Während der Konferenz wurde die Notwendigkeit einer Neuausrichtung der Psychiatriepolitik mit höherer Priorität für Gesundheitsförderung und, wo möglich, Krankheitsprävention nachdrücklich betont. Wie Gesundheitspolitik insgesamt, so leidet auch Psychiatriepolitik unter der Konzentration auf die Akutversorgung im Krankenhaus, der immer noch die meisten Ressourcen und die größte Aufmerksamkeit zufließen. Natürlich ist Behandlung unabdingbar und überall in der Europäischen Region bestehen noch Lücken. Allerdings ist Behandlung nicht die einzige Antwort, denn oft ist ihr Nutzen minimal und die Therapie birgt selbst auch Risiken. Therapie kann manchmal auch die Auslagerung gesellschaftlicher Probleme in den Medizinbereich bedeuten.

Die Konferenzteilnehmer (vgl. Anhang 1) strebten allerdings nicht danach, Mittel von den bereits stark belasteten Akuteinrichtungen abzuzweigen, sondern sie machten die Bedeutung einer evidenzbasierten, die psychische Gesundheit fördernden Politik zu einem zentralen Thema der Konferenz und der Erklärung.

Die Sicherung des Erfolgs erfordert Entschlossenheit und politischen Willen. Viele Länder wurden im Lauf der Jahre Zeuge manch wertvoller und ansprechender gesundheitspolitischer Erklärung, die dann nicht umgesetzt wurde. Jetzt, wo die Länder ihre Entschlossenheit durch Erklärung und Aktionsplan zum Ausdruck gebracht haben, muss auch die Umsetzung erfolgen.

Hilfe zur Selbsthilfe

Die Teilnehmer der Konferenz hörten viel zum Thema Befähigung der Betroffenen und Betreuenden zur Selbsthilfe. Das berührt komplexe Themen, doch die Umsetzung der Rhetorik in die Realität bleibt als Herausforderung bestehen.

Zum Konzept der Selbstbefähigung gibt es viele Lippenbekenntnisse, doch stehen hier Fragen von Macht und beruflichem Status auf dem Spiel, die nicht übersehen werden dürfen. Die Teilnahme von Betroffenen und Angehörigen an ihnen bislang verschlossenen Entscheidungsprozessen kann von den Fachkräften als Bedrohung empfunden werden und bei Betroffenen und Angehörigen andererseits das Ohnmachtsgefühl verstärken. Der Prozess sollte daher transparent sein und allen Beteiligten zum Nutzen gereichen. Die Nutzer von psychosozialen Diensten sind Fachleute in Bezug auf ihre Erkrankung und ihren Gesundheitszustand. Es ist daher nur recht und billig, sie neben den Fachkräften als gleichberechtigte Partner an der Herstellung ihrer eigenen Gesundheit zu beteiligen.

Auf der Strategie- und Leitungsebene helfen Betroffene und Betreuende, die Konzepte und Dienste zu gestalten. Bis dies akzeptierte gängige Praxis wird, ist ein langer Weg zurückzulegen. Erfolgreiche Initiativen, die während der Konferenz genannt wurden und auch in diesem Buch erwähnt sind, sollten der Psychiatriepolitik und -praxis die Richtung vorgeben.

Innovation und Solidarität

Kein einzelnes Versorgungsmodell ist perfekt, obwohl manche eindeutig ansprechender und wirksamer sind als andere. Verschiedene Länder bieten unterschiedliche Modelle an und sollten diese Diversität auch als einen Vorteil annehmen. Die Länder sollten offen für Innovationen und Veränderungen sein und in diese investieren sowie nach neuen Wegen zur Bewältigung bekannter Probleme suchen. Die Länder haben den Wunsch geäußert, Informationen und mustergültige Praxisbeispiele miteinander auszutauschen sowie diejenigen zu unterstützen, denen es an dem erforderlichen Fachwissen fehlt.

Wissen

Genauere Informationen über die Entwicklungen in der Region sowie, wo angemessen, vergleichbare Daten aus den Ländern sind notwendig. Ihre Erhebung könnte die Aufgabe von Gesundheitsobservatorien sein, wie es sie jetzt immer mehr in der Europäischen Region gibt. Zur Problembeschreibung ist weitere Forschung nicht erforderlich – diese gibt es bereits im Überfluss. Dagegen wird dringend mehr Forschung zur Bewertung der Kostenwirksamkeit und Effektivität der Interventionen benötigt.

Außerdem muss das beträchtliche vorhandene Wissen natürlich auch angewandt werden. Auch wenn Wissenslücken immer bestehen und geschlossen werden müssen, so darf dies keine Ausrede für Untätigkeit sein. Statt auf das Eintreffen der perfekten Daten zu warten, sollten Maßnahmen auch bei als hinreichend zuverlässig erkannter Wirksamkeit ergriffen werden. Vieles ist bereits bekannt, das größere Problem ist häufig fehlendes, dem entsprechendes Handeln.

Lernen

Die Notwendigkeit und die Wichtigkeit, in und besonders auch von den Ländern der Region zu lernen, wurde während der Konferenz mehrfach betont. Die WHO ist hier gut positioniert und dafür gerüstet die Bildungsaufgabe zu erfüllen und den Ländern bei der Umsetzung des Wissens in die Tat zu helfen.

Forschung und Entwicklung konzentrieren sich oft zu sehr auf Forschung anstelle von Entwicklung. Eine Strategie der Europäischen Region zur Verbreitung des Wissens und zur Entwicklung einer evidenzbasierten psychiatrischen Versorgung ist erforderlich. Als Teil hierin eingehen sollten Investitionen in Lerngelegenheiten als zentraler Bestandteil von Entwicklung. Psychosoziale Dienste müssen zu Studieneinrichtungen werden, die offen gegenüber neuen Ideen und Wegen für Versorgung und Unterstützung sind. Die Diversität der Region ist ihr Reichtum. An unterschiedlichen Praktiken und Versorgungsmodellen lässt sich viel lernen.

Sektorübergreifende Politik und Praxis

Hinter Erklärung und Aktionsplan stehen die Gesundheitsministerien, doch die Unterstützung anderer Ministerien ist ebenfalls erforderlich, wenn der Wechsel stattfinden soll. Die Finanzministerien müssen sich ebenso wie die Wohnungs-, Bildungs-, Sozial- und Arbeitsministerien in gleicher Weise engagieren wie die Gesundheitsministerien. Tatsächlich können sie manchmal für die Herbeiführung des Wandels eine noch wichtigere Rolle spielen.

Den Gesundheitsministern fällt bei der Überzeugung anderer Ministerien und der Schaffung von Bewusstsein für die Bedeutung der Erklärung und des Aktionsplans eine Schlüsselrolle zu. Das wird einen entschiedenen Kampf gegen Ressortdenken, die Geißel aller Regierungen und großen Organisationen, erfordern. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit muss sich dabei auch auf den ehrenamtlichen und privaten Sektor erstrecken.

Nachhaltigkeit

Mit der Annahme von Erklärung und Aktionsplan haben die Länder sich dazu bekannt, ihr Engagement über die Dauer der Konferenz hinaus fortzusetzen. Die Schaffung von Konzepten und Angeboten, welche psychische Gesundheit fördern, Krankheit vorbeugen sowie Behandlung und Genesung ermöglichen, ist ein langfristiger Prozess und nicht im Schnellverfahren möglich. Auch wenn Minister und Regierungen der Länder kommen und gehen, so muss die politische Entschlossenheit hinter Erklärung und Aktionsplan Bestand haben, wenn die Ziele verwirklicht werden sollen.

Umsetzung

Die Umsetzung bildet die letzte und wichtigste Herausforderung. Tatsächlich umfasst sie alle genannten Punkte. Damit die Umsetzung wirklich stattfindet, müssen die Länder Erklärung und Aktionsplan innerhalb ihrer jeweiligen Systeme als erreichbare Grundsatzziele formulieren und von Anfang an Überprüfungs- und Auswertungsmechanismen einbauen, damit der erreichte Fortschritt nachgewiesen und die Hindernisse aufgezeigt werden können. Zu den wichtigen ersten Aufgaben der Länder zählt die Anpassung der Umsetzung an ihre spezifischen Umstände und vorhandenen Mittel.

Auch das Aufstellen ehrgeiziger, aber erreichbarer Ziele und die Sicherstellung von Führungs- und Leitungsqualitäten sowie der Mitarbeit des Fachpersonals sind entscheidende Aufgaben. Es ist ein ermutigendes Zeichen, dass mehrere Länder ihre Hilfe für solche praktischen Themen angeboten haben, damit die Länder, denen keine geeignete Infrastruktur zur Verfügung steht, unterstützt werden können.

Schlussfolgerung

Die hier genannten Schlüsselfragen traten in den Diskussionen während der Konferenz zutage. Zu Selbstgefälligkeit besteht kein Anlass. Es ist an der Zeit vom Wort zur Tat zu schreiten. Erklärung und Aktionsplan bieten das Rüstzeug hierzu und zwar in dem Tempo, dem das jeweilige Land zustimmt und das für es realistisch ist.

3. Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit

Präambel

1. Wir, die bei der Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit vom 12. bis 15. Januar in Helsinki versammelten Gesundheitsminister¹ der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in Gegenwart des Europäischen Kommissars für Gesundheit und Verbraucherschutz und gemeinsam mit dem WHO-Regionaldirektor für Europa, erklären, dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlergehen grundlegend für die Lebensqualität des einzelnen Menschen sowie von Familien, Gemeinschaften und Nationen sind und es den Menschen ermöglichen, ihr Leben als sinnvoll zu erfahren und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen. Wir glauben, dass das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit das Wohlbefinden und Wirken der Menschen ist, indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt und dadurch ihre Resilienz gesteigert wird und äußere schützende Faktoren gefördert werden.
2. Wir erkennen an, dass die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention sowie die Behandlung, Pflege und Rehabilitation bei psychischen Gesundheitsproblemen für die WHO und ihre Mitgliedstaaten, die Europäische Union (EU) und den Europarat ein vorrangiges Anliegen darstellen, wie dies in Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrats der WHO, des WHO-Regionalkomitees für Europa und des Rates der Europäischen Union zum Ausdruck gebracht wurde. In diesen Resolutionen werden die Mitgliedstaaten, die WHO, die EU und der Europarat eindringlich gebeten, Maßnahmen zu ergreifen, um die durch psychische Gesundheitsprobleme bewirkte Krankheitslast zu verringern und das psychische Wohlergehen zu steigern.
3. Wir erinnern an unsere Verpflichtung durch Resolution EUR/RC51/R5 zur Erklärung von Athen über psychische Gesundheit, durch menschliches Einwirken verursachte Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenaher Versorgung und durch die vom WHO-Regionalkomitee für Europa im September 2003 verabschiedete Resolution EUR/RC53/R4, in der die Sorge zum Ausdruck gebracht wurde, dass die durch psychische Störungen in der Europäischen Region verursachte Krankheitslast nicht abnimmt und dass viele Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen trotz der Entwicklung wirksamer Interventionsmöglichkeiten nicht die erforderliche Behandlung und Versorgung erhalten. Das Regionalkomitee ersuchte den Regionaldirektor:

¹ Das in diesem Text verwendete generische Maskulinum bezeichnet gleichermaßen weibliche und männliche Personen. Es wurde weitgehend versucht, geschlechtsneutrale Formen zu finden.

- bei der Organisation und Durchführung von Tätigkeiten zur Aktualisierung des Rahmenkonzepts „Gesundheit für alle“ Problemen der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO hohe Priorität einzuräumen,
 - im Januar 2005 in Helsinki, Finnland, eine Ministerielle WHO-Konferenz zum Thema psychische Gesundheit zu veranstalten.
4. Wir nehmen die Resolutionen zur Kenntnis, die ein Aktionsprogramm für psychische Gesundheit unterstützen. In der vom WHO-Exekutivrat im Januar 2002 verabschiedeten und durch Resolution WHA55.10 der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 unterstützten Resolution EB109.R8 werden die WHO-Mitgliedstaaten aufgefordert:
- die im Weltgesundheitsbericht 2001 enthaltenen Empfehlungen anzunehmen,
 - in Rücksprache mit allen beteiligten Akteuren im Bereich psychische Gesundheit eine Politik, Programme und gesetzliche Regelungen zur psychischen Gesundheit zu schaffen, die sich auf den aktuellen Wissensstand und die Achtung der Menschenrechte gründen,
 - sowohl innerhalb der Länder als auch in der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit mehr in die psychische Gesundheit als einen untrennbaren Bestandteil des Wohlergehens der Bevölkerungen zu investieren.
5. Seit 1975 haben Entschlüsse des Rates der Europäischen Union, Empfehlungen des Europarats und Resolutionen der WHO wiederholt den wichtigen Stellenwert der Förderung von psychischer Gesundheit und den schädlichen Zusammenhang zwischen psychischen Gesundheitsproblemen, sozialer Ausgrenzung, Arbeits- und Obdachlosigkeit sowie Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch anerkannt. Wir erkennen das Gewicht der Bestimmungen der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, des Übereinkommens über die Rechte des Kindes, des Europäischen Übereinkommens zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe und der Europäischen Sozialcharta an, ebenso wie das Engagement des Europarats für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit, das sich durch die Erklärung seiner Ministerkonferenz zum Thema psychische Gesundheit in der Zukunft (Stockholm, 1985) und andere von ihm verabschiedete Empfehlungen für diesen Bereich entwickelt hat, insbesondere durch die Empfehlungen R(90)22 zum Schutz der psychischen Gesundheit bestimmter gefährdeter Gesellschaftsgruppen und Empfehlung Rec(2004)10 über den Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischen Störungen.

Anwendungsbereich

6. Wir nehmen zur Kenntnis, dass viele Aspekte von Politik und Diensten im Bereich psychische Gesundheit in der gesamten Europäischen Region einem Wandel unterliegen. Politik und Dienste streben gesellschaftliche Integration und Gerechtigkeit an und zwar unter einem umfassenden Blickwinkel, der Ausgewogenheit sucht zwischen dem Bedarf an und dem Nutzen aus verschiedenen psychosozialen Angeboten für Gesamtbevölkerung, gefährdete Gruppen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Dienste werden heute in

einem breiten Spektrum gemeindenaher Umfeldler erbracht und nicht mehr ausschließlich in abgeschotteten großen Anstalten. Wir glauben, dass dies eine richtige und notwendige Entwicklung ist. Wir begrüßen die Tatsache, dass Politik und Praxis im Bereich psychische Gesundheit heute stehen für:

- i. die Förderung des psychischen Wohlergehens,
- ii. die Bekämpfung von Stigma, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung,
- iii. die Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen,
- iv. die Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch wirksame Dienste und Interventionen, die Betroffenen und Betreuenden² Beteiligungs- und Entscheidungsmöglichkeiten bieten,
- v. die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von Menschen, die schwere psychische Gesundheitsprobleme durchlebt haben.

Prioritäten

7. Wir müssen auf dem Fundament aus Reform und Modernisierung in der Europäischen Region der WHO aufbauen, aus unseren gemeinsamen Erfahrungen lernen und uns dabei der einzigartigen Charakteristika jedes Landes bewusst sein. Wir glauben, dass unsere vorrangigen Aufgaben im kommenden Jahrzehnt darin bestehen:
 - i. das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
 - ii. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess aktiv beteiligen können,
 - iii. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
 - iv. dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
 - v. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen.

Maßnahmen

8. Wir stellen uns hinter die Feststellung, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt. Psychische Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für das humane, soziale und wirtschaftliche Kapital der Nationen und sollte daher als integraler und wesentlicher Teil anderer Politikbereiche wie z. B. Sozialwesen, Bildung und Beschäftigung betrachtet werden. Deshalb verpflichten wir, die für Gesundheit zuständigen Minister, uns im Rahmen der verfassungsrechtlichen Strukturen und Zuständigkeiten in unseren Ländern dazu, die Notwendigkeit einer umfassenden, auf gesellschaftliche Integration zielenden evidenzbasierten Politik im Bereich psychische Gesundheit zu erkennen und Wege und Mittel zur Entwicklung, Umsetzung und Stärkung einer solchen Politik zu erwägen. Eine solche auf das psychische Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe der

² Mit den Betreuenden sind Angehörige, Freunde oder sonstige ehrenamtliche Betreuer gemeint.

Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gerichtete Politik erfordert folgende Maßnahmen:

- i. Das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt durch Maßnahmen fördern mit dem Ziel, Bewusstsein zu schaffen und positive Änderungen im Hinblick auf Einzelpersonen und Familien, gesellschaftliche Gruppen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Regierungen und Behörden zu bewirken,
 - ii. die möglichen Auswirkungen jeglicher Politik auf den Bereich der psychischen Gesundheit berücksichtigen und dabei besonderes Augenmerk auf gefährdete Gruppen legen sowie Bewusstsein für die zentrale Stellung der psychischen Gesundheit beim Aufbau einer gesunden, integrativen und produktiven Gesellschaft zeigen,
 - iii. gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen, den Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen sichern und die erforderliche Gesetzgebung implementieren, die gefährdete oder an psychischen Gesundheitsproblemen leidende Menschen dazu befähigen soll, voll und gleichberechtigt an der Gesellschaft teilzuhaben,
 - iv. gezielte Unterstützung und Maßnahmen anbieten, die auf die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personen in bestimmten Lebensabschnitten zugeschnitten sind, insbesondere bei der Erziehung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen sowie bei der Betreuung älterer Menschen,
 - v. Maßnahmen entwickeln und umsetzen, um die vermeidbaren Ursachen von psychischen Gesundheitsproblemen, Komorbidität und Suizid zu reduzieren,
 - vi. die Kapazitäten und die Kompetenz von Hausärzten und Primärversorgung ausbauen und dabei mit spezialisierten medizinischen und nichtmedizinischen Diensten im Verbund arbeiten, die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wirksamen Zugang sowie die Erkennung und Behandlung ihrer Probleme bieten,
 - vii. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen eine wirksame und umfassende Behandlung und Versorgung in einer Palette verschiedener Settings anbieten, in denen ihre persönlichen Wünsche berücksichtigt werden können und wo sie vor Vernachlässigung und Missbrauch geschützt sind,
 - viii. Partnerschaft, Koordinierung und Führung zwischen Regionen, Ländern, Sektoren und Organisationen herstellen, die auf psychische Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von Einzelpersonen und Familien, Gruppen und Gemeinschaften einen Einfluss haben,
 - ix. Programme zur Anwerbung, Ausbildung und Schulung von Mitarbeitenden entwerfen, um ein ausreichendes und kompetentes multidisziplinäres Arbeitskräfteangebot zu schaffen,
 - x. den psychischen Gesundheitszustand und die Bedürfnisse der Bevölkerung, bestimmter Gruppen und Einzelpersonen in einer Weise abschätzen, die Vergleiche auf nationaler und internationaler Ebene zulässt,
 - xi. angemessene und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, damit diese Ziele erreicht werden können,
 - xii. Forschung veranlassen und die Auswertung und Weiterverbreitung der oben genannten Maßnahmen unterstützen.
9. Wir erkennen die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Annahme der Herausforderungen und der Schaffung evidenzbasierter Lösungen. Wir unterstützen daher den Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit und seine

Umsetzung in der gesamten Europäischen Region der WHO, wobei jedes Land die einzelnen Punkte auf geeignete Weise an seine Erfordernisse und Möglichkeiten anpassen muss. Wir sind auch entschlossen, Solidarität mit der ganzen Region zu üben und Wissen, vorbildliche Praxisbeispiele und Sachverstand miteinander auszutauschen.

Aufgaben

10. Wir, die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO, verpflichten uns zur Unterstützung der folgenden Maßnahmen in Übereinstimmung mit den verfassungsrechtlichen Strukturen und der politischen Praxis unserer Länder und den nationalen und teilnationalen Erfordernissen, Gegebenheiten und Mitteln:
 - i. Umsetzung einer Politik und Gesetzgebung für den Bereich psychische Gesundheit, die Standards für einschlägige Aktivitäten setzt und die Menschenrechte wahrt,
 - ii. Koordination der verantwortlichen Stellen für die Ausarbeitung, Verbreitung und Umsetzung von Politik und Gesetzgebung mit Bezug auf psychische Gesundheit,
 - iii. Abschätzung der Auswirkungen behördlicher Maßnahmen auf den Bereich der allgemeinen psychischen Gesundheit,
 - iv. Beseitigung von Stigma und Diskriminierung sowie verstärkte Integration, indem das Bewusstsein in der Öffentlichkeit erhöht und die Handlungsfähigkeit gefährdeter Personen gestärkt wird,
 - v. Wahlmöglichkeiten und Beteiligung für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen an einer Versorgung, die ihre Bedürfnisse und Kultur berücksichtigt,
 - vi. Überprüfung und gegebenenfalls Einführung von Gleichstellungs- und Anti-Diskriminierungsgesetzen,
 - vii. Förderung der psychischen Gesundheit in der Ausbildung und am Arbeitsplatz, in den Gemeinden und in anderen relevanten Umfeldern durch verstärkte Zusammenarbeit der für Gesundheit zuständigen Organisationen und anderer maßgeblicher Sektoren,
 - viii. Prävention von Risikofaktoren am Entstehungsort, z. B., indem die Entwicklung eines der psychischen Gesundheit zuträglichen Arbeitsmilieus unterstützt wird und Anreize geschaffen werden für eine Unterstützung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen an ihrem Arbeitsplatz bzw. für eine frühestmögliche Rückkehr an diesen nach der Genesung.
 - ix. Suizidprävention angehen, ebenso wie die Ursachen von schädlichem Stress, Gewalt, Depressionen, Angstzuständen sowie von Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch,
 - x. Anerkennung und Ausbau der zentralen Rolle von Primärversorgung und Hausärzten sowie Stärkung ihrer Fähigkeit zu mehr Verantwortung für die psychische Gesundheit,
 - xi. Aufbau von gemeindenahen Diensten mit dem Ziel, die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen in großen Anstalten zu ersetzen,
 - xii. Durchsetzung von Maßnahmen zur Beendigung inhumaner und entwürdigender Versorgung,

- xiii. Förderung von Partnerschaften zwischen für Versorgung und Unterstützung zuständigen Einrichtungen wie z. B. Gesundheitsdiensten, Sozialämtern, Wohnungsbehörden, Bildungseinrichtungen und Arbeitsvermittlungen,
 - xiv. Aufnahme des Themas psychische Gesundheit in die Lehrpläne aller Gesundheitsberufe und Entwicklung von Fortbildungs- und Schulungsprogrammen für Arbeitskräfte im psychosozialen Bereich,
 - xv. Förderung der Fachkenntnis der Beschäftigten im psychosozialen Bereich, damit die Bedürfnisse bestimmter Gruppen wie die von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sowie von Menschen mit chronischen und schweren psychischen Gesundheitsproblemen aufgegriffen werden können,
 - xvi. Bereitstellung ausreichender Mittel für den Bereich psychische Gesundheit unter Berücksichtigung der Krankheitslast und Ausweisung als erkennbarer Teil der Gesundheitsausgaben, damit im Vergleich zu den Investitionen in andere Gesundheitsbereiche eine Ausgewogenheit erreicht wird,
 - xvii. Entwicklung eines Surveillance-Systems für gutes psychisches Wohlbefinden und für psychische Gesundheitsprobleme, das Risikofaktoren und Hilfesuchverhalten einschließt, und begleitende Beobachtung seiner Anwendung,
 - xviii. Vergabe von Forschungsaufträgen, sofern Wissensstand oder Methoden unzureichend sind, und Verbreitung der Ergebnisse.
11. Wir werden im Bereich psychische Gesundheit tätige nichtstaatliche Organisationen unterstützen und die Schaffung von nichtstaatlichen Organisationen und Betroffenenverbänden fördern. Wir begrüßen insbesondere Organisationen, die sich dafür einsetzen:
- i. Betroffene zu organisieren, die sich an der Entwicklung eigener Aktivitäten beteiligen, u. a. der Einrichtung und Durchführung von Selbsthilfegruppen und der Vermittlung von Krankheitsbewältigung,
 - ii. besonders vulnerablen und ausgegrenzten Menschen zu Selbstbestimmung zu verhelfen und ihre Sache zu vertreten,
 - iii. gemeindenahere Dienste anzubieten, die die Betroffenen einbeziehen,
 - iv. auf die Situation bezogene Umgangs- und Bewältigungsmöglichkeiten sowie weitere Kompetenzen von Angehörigen und Betreuenden zu verbessern und diese in die Versorgungsprogramme einzubeziehen,
 - v. die Erarbeitung von Projekten zu fördern, die einer kompetenten Erziehung, Aufklärung und Toleranz, der Bekämpfung von Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch sowie von Gewalt und Kriminalität dienen,
 - vi. zum Aufbau örtlicher Dienste beizutragen, die die Bedürfnisse von Randgruppen ins Auge fassen,
 - vii. Telefondienste und Internetberatung für Menschen in Krisensituationen zu ermöglichen, z. B. für Menschen, die Gewalt erfahren oder die suizidgefährdet sind,
 - viii. Beschäftigungsmöglichkeiten für Behinderte zu schaffen.
12. Wir fordern die Europäische Kommission und den Europarat dazu auf, im Rahmen ihrer jeweiligen Kompetenzen die Umsetzung dieser Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit zu unterstützen.
13. Wir ersuchen den WHO-Regionaldirektor für Europa, auf folgenden Gebieten Maßnahmen zu ergreifen:

- a) Partnerschaften
 - i. Förderung der Kooperation in diesem Bereich mit zwischenstaatlichen Organisationen, darunter der Europäischen Kommission und dem Europarat.
- b) Gesundheitsinformationen
 - i. Unterstützung der Mitgliedstaaten bei dem Aufbau eines Surveillance-Systems für psychische Gesundheit,
 - ii. Erhebung vergleichbarer Daten über den Zustand und die Entwicklung von psychischer Gesundheit und psychosozialen Diensten in den Mitgliedstaaten.
- c) Forschung
 - i. Errichtung eines Netzwerks von Kooperationszentren im Bereich psychische Gesundheit, das Möglichkeiten für internationale Partnerschaften, qualitativ hochwertige Forschung und Forscheraustausch bietet,
 - ii. Gewinnung und Verbreitung der besten verfügbaren Erkenntnisse über eine gute Praxis, die die ethischen Aspekte von psychischer Gesundheit berücksichtigt.
- d) Weiterentwicklung von Politik und Diensten
 - i. Unterstützung der Regierungen durch Sachkenntnis, damit die Psychiatriereform von einer wirkungsvollen Politik getragen wird, die Gesetzgebung, Dienstausgestaltung, Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Gesundheitsprobleme einschließt,
 - ii. Hilfe bei der Einrichtung von Schulungsprogrammen für Ausbilder,
 - iii. Initiative für Austauschprogramme mit Innovatoren,
 - iv. Hilfe bei der Formulierung von Forschungsstrategien und -themen,
 - v. Förderung von Anwälten des Wandels (change agents) durch Schaffung eines Netzwerks aus führenden nationalen Reformern und Beamten in Schlüsselpositionen.
- e) Anwaltschaftliches Eintreten
 - i. Beeinflussung und laufende Beobachtung von Strategien und Aktivitäten, welche die Menschenrechte und Integration fördern und Stigma und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen verringern,
 - ii. Befähigung von Betroffenen, Betreuenden und nichtstaatlichen Organisationen zu mehr Selbstbestimmtheit durch Information und Koordinierung von Aktivitäten zwischen den Ländern,
 - iii. Unterstützung der Mitgliedstaaten bei dem Aufbau einer Informationsbasis, die hilft, die Selbstbestimmtheit der Nutzer psychosozialer Dienste zu stärken,
 - iv. Ermöglichung eines internationalen Erfahrungsaustausches zwischen wichtigen regionalen und lokalen nichtstaatlichen Organisationen,
 - v. Bereitstellung objektiver und konstruktiver Informationen für die Medien, für nichtstaatliche Organisationen und andere interessierte Gruppen und Einzelpersonen.

14. Wir ersuchen das WHO-Regionalbüro für Europa, die notwendigen Schritte zu unternehmen um sicherzustellen, dass die Weiterentwicklung und Umsetzung der

Politik im Bereich psychische Gesundheit voll unterstützt wird, den Aktivitäten und Programmen angemessener Vorrang eingeräumt wird und ihnen geeignete Mittel zur Verfügung stehen, damit sie die Vorgaben aus dieser Erklärung erfüllen können.

15. Wir verpflichten uns dazu, der WHO über die Fortschritte bei der Umsetzung dieser Erklärung in unseren Ländern auf einer zwischenstaatlichen Tagung zu berichten, die vor dem Jahr 2010 stattfinden soll.



Finnische Ministerin für Gesundheit und Soziales



WHO-Regionaldirektor für Europa

4. Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit

Dieser Aktionsplan wird in der Europäischen Erklärung zur psychischen Gesundheit durch die Gesundheitsminister³ der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO befürwortet. Sie unterstützen seine Umsetzung in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten jedes einzelnen Landes.

Die Herausforderungen der nächsten fünf bis zehn Jahre bestehen in der Erarbeitung, Umsetzung und Auswertung einer Politik und einer Gesetzgebung, die Angebote im Bereich psychische Gesundheit hervorbringen, durch die das Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung verbessert, psychische Gesundheitsprobleme verhütet und die Integration und das Wirken von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gefördert werden können. In den kommenden zehn Jahren gilt es vorrangig:

- i. das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
- ii. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichbehandlung anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen und sie an diesem Prozess aktiv zu beteiligen,
- iii. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, welche Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
- iv. dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
- v. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden⁴ als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von Diensten anzuerkennen.

Der Aktionsplan schlägt Mittel und Wege zur Entwicklung, Umsetzung und Durchführung einer umfassenden Politik für den psychosozialen Bereich in den Ländern der Europäischen Region der WHO vor, wofür Maßnahmen in den nachstehend aufgeführten zwölf Gebieten erforderlich sind. Die Länder werden diese Politik in ihre eigenen Strategien und Pläne für die psychosoziale Versorgung der kommenden fünf bzw. zehn Jahre einfließen lassen.

³ Das in diesem Text verwendete generische Maskulinum bezeichnet gleichermaßen weibliche und männliche Personen. Es wurde weitgehend versucht, geschlechtsneutrale Formen zu finden.

⁴ Mit den Betreuenden sind Angehörige, Freunde oder sonstige ehrenamtliche Betreuer gemeint.

1. Psychisches Wohlbefinden für alle fördern

Herausforderung

Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden sind grundlegend für die Lebensqualität. Sie ermöglichen es den Menschen, ihr Leben als sinnvoll zu erleben und sich als kreative und aktive Bürger zu betätigen. Psychische Gesundheit ist ein wesentliches Element des gesellschaftlichen Zusammenhalts, der Produktivität und eines stabilen und friedlichen Lebensumfelds. Sie trägt dadurch zum gesellschaftlichen Vermögen und zur wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft bei. Public Mental Health und dem psychischen Wohlbefinden förderliche Lebensweisen sind entscheidend dafür, dass dieses Ziel erreicht wird. Die Förderung der psychischen Gesundheit verbessert die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden der gesamten Bevölkerung, einschließlich der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und der sie Betreuenden. Die Entwicklung und Umsetzung von wirksamen Plänen zur Förderung der psychischen Gesundheit wird das psychische Wohlbefinden aller steigern.

Erwägungswerte Maßnahmen

- i. Umfassende Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit im Zusammenhang einer Politik für Gesundheit, einschließlich psychischer Gesundheit, und einer Politik insgesamt entwickeln, die die Förderung der psychischen Gesundheit über das gesamte Leben hinweg aufgreifen.
- ii. Förderung psychischer Gesundheit als eine langfristige Investition annehmen und Aufklärungs- und Informationsprogramme auf lange Sicht entwickeln.
- iii. Wirksame Programme zur Unterstützung und Aufklärung von Eltern ab der Schwangerschaft entwickeln und anbieten.
- iv. Evidenzbasierte Programme entwickeln und anbieten, die Fähigkeiten fördern, Informationen bereitstellen und sich auf die Resilienz, die emotionale Intelligenz und die psychosoziale Funktion von Kindern und Jugendlichen konzentrieren.
- v. Den Zugang älterer Menschen zu gesunder Ernährung und körperlicher Betätigung verbessern.
- vi. Gemeindefähige, vielschichtige Interventionen unter Einbezug von Awareness-Kampagnen für die Öffentlichkeit, von Mitarbeitenden in der Primärversorgung und von Multiplikatoren vor Ort wie Lehrern, Geistlichen und Medien fördern.
- vii. Elemente der Förderung psychischer Gesundheit in bestehende allgemeine Konzepte und Programme für Gesundheitsförderung und Public Health einbetten, z. B. in die von den Netzwerken der WHO für Gesundheitsförderung unterstützten.
- viii. Den Konsum gesunder Produkte fördern und die Einnahme schädlicher Produkte mindern.
- ix. Gesunde Arbeitsplätze schaffen durch Maßnahmen wie Gymnastik, geänderte Arbeitsmuster, vernünftige Arbeitszeiten und einen gesundheitsförderlichen Managementstil.
- x. Wirksame Aktivitäten zur Förderung der psychischen Gesundheit für Menschen mit andauernden psychischen oder physischen Gesundheitsproblemen und die sie Betreuenden anbieten.
- xi. Klare Mechanismen für eine Befähigung der Bevölkerung zur Übernahme von Verantwortung für Ziele der Gesundheitsförderung und der

Krankheitsprävention aufzeigen, z. B. durch ein erhöhtes öffentliches Bewusstsein für die Bedeutung von Lebensentscheidungen.

2. Die zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen

Herausforderung

Psychische Gesundheit ist zentral für den Aufbau einer gesunden, integrativen und produktiven Gesellschaft. Eine vernünftige und zusammenhängende Politik, z. B. in den Bereichen Arbeit, Stadtplanung und sozioökonomische Fragen, wirkt sich auch positiv auf die psychische Gesundheit aus und vermindert das Risiko für psychische Gesundheitsprobleme. Die Konsequenzen jeder Politik für die psychische Gesundheit und insbesondere mögliche Auswirkungen auf gefährdete Gruppen müssen daher in Betracht gezogen werden. Eine Politik für psychische Gesundheit erfordert eine sektorübergreifende Vernetzung und sollte ein multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen beinhalten.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Psychische Gesundheit untrennbar mit Public Health verbinden.
- ii. Die Perspektive psychischer Gesundheit und einschlägige Maßnahmen in aktuelle und künftige nationale Politik und Gesetzgebung einbeziehen.
- iii. Psychische Gesundheit in Programme für Gesundheit am Arbeitsplatz einbeziehen.
- iv. Die möglichen Folgen einer neuen Politik auf das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung vor ihrer Einführung abschätzen und nach ihrer Einführung auswerten.
- v. Die relativen Folgen einer Politik auf Menschen, die bereits an psychischen Gesundheitsproblemen leiden oder gefährdet sind, besonders berücksichtigen.

3. Gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen

Herausforderung

Die Entwicklung und Einführung einer Politik für psychische Gesundheit darf nicht durch das weit verbreitete Stigma gefährdet werden, das psychischen Gesundheitsproblemen anhaftet und zu Diskriminierung führt. In vielen Fällen werden Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen aufgrund von Diskriminierung nicht die gleichen Möglichkeiten geboten. Die Menschenrechte und die Würde dieser Personen müssen geschützt werden. Eigenverantwortung ist ein entscheidender Schritt auf diese Zielsetzungen zu, da sie Integration und gesellschaftliche Eingliederung fördert. Fehlende Einflussmöglichkeiten für die Organisationen von Betroffenen und Betreuenden sowie unzureichende Vertretung verhindern die Gestaltung und Einführung von Konzepten und Maßnahmen, die auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen zugeschnitten sind. Gegen die Ausgrenzung der Nutzer psychosozialer Dienste, ob sie in Anstalten und Einrichtungen oder in der Gesellschaft erfahren wird, muss auf vielfältige Weise angegangen werden.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Maßnahmen gegen Stigma und Diskriminierung anregen und dabei betonen, wie allgegenwärtig psychische Gesundheitsprobleme sind, wie gut die

- Heilungsaussichten und Behandlungschancen im Allgemeinen sind und wie selten sie mit Gewalt verbunden sind.
- ii. Behindertengesetzgebung einführen oder überprüfen, um sicherzustellen, dass psychische Gesundheit gleichberechtigt und chancengleich umfasst ist.
 - iii. Nationale, sektorale und betriebliche Konzepte entwickeln und einführen, die bei Anstellungsverfahren jede Form von Stigma und Diskriminierung in Verbindung mit psychischen Gesundheitsproblemen beseitigen.
 - iv. Die gemeindenahere Beteiligung an psychosozialen Programmen vor Ort stimulieren, indem Initiativen nichtstaatlicher Organisationen unterstützt werden.
 - v. Ein stimmiges Programm aus Politik und Gesetzgebung erarbeiten, das gegen Stigma und Diskriminierung vorgeht und internationale und regionale Menschenrechtsnormen einschließt.
 - vi. Einen konstruktiven Dialog mit den Medien aufnehmen und sie systematisch mit Informationen versorgen.
 - vii. Standards für die Vertretung von Betroffenen und Betreuenden in Ausschüssen und Gruppen schaffen, welche für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion von psychosozialen Angeboten verantwortlich sind.
 - viii. Lokale und nationale nichtstaatliche und von den Betroffenen betriebene Organisationen schaffen und entwickeln, die die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, die sie Betreuenden und die Gemeinschaften, in denen sie leben, vertreten.
 - ix. Die Integration von Kindern und jungen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Behinderungen in das allgemeine Bildungs- und Berufsausbildungssystem fördern.
 - x. Berufliche Ausbildungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen schaffen und die Anpassung von Arbeitsplätzen und -methoden an ihre besonderen Bedürfnisse mit dem Ziel unterstützen, ihren Eintritt in den Arbeitsmarkt zu sichern.

4. Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern

Herausforderung

Kleinkinder, Kinder, junge Menschen und ältere Menschen sind sozialen, psychologischen, biologischen und umweltbedingten Risikofaktoren besonders ausgesetzt. In Anbetracht ihrer Vulnerabilität und ihrer Bedürfnisse sollten junge und ältere Menschen bei Angeboten zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention und Versorgung psychischer Gesundheitsprobleme eine hohe Priorität genießen. Allerdings verfügen viele Länder in diesem Bereich nur über unzureichende Kapazitäten und die Dienste und ihre Mitarbeitenden sind nur mangelhaft auf das Handeln entwicklungs- und altersbedingter Probleme vorbereitet. Dabei können Störungen in der Kindheit wichtige Vorläufer für Störungen im Erwachsenenalter sein. Die Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte als eine strategische Investition betrachtet werden, die langfristig viele Erträge für den Einzelnen, die Gesellschaft und das Gesundheitssystem abwirft.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Dafür Sorge tragen, dass die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen als Prioritäten in eine Politik für psychische Gesundheit eingehen.

- ii. Die internationalen Rechte von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen in die psychische Gesundheit betreffenden Gesetze aufnehmen.
- iii. Junge und ältere Menschen möglichst weitgehend an dem Entscheidungsprozess beteiligen.
- iv. Marginalisierten Gruppen besondere Aufmerksamkeit widmen, u. a. Kindern und älteren Menschen aus Migrantenfamilien.
- v. Psychosoziale Dienste entwickeln, die gegenüber den Bedürfnissen junger und älterer Menschen sensibel sind und in enger Zusammenarbeit mit den Familien, Schulen, Tageszentren, Nachbarn, der weiteren Familie und Freunden betrieben werden.
- vi. Die Entwicklung von Gemeindezentren für ältere Menschen fördern, um die soziale Unterstützung und den Zugang zu Interventionen zu verbessern.
- vii. Dafür Sorge tragen, dass sowohl die Primärversorgung als auch die spezialisierten Dienste altersgerechte und geschlechtsbezogene psychosoziale Angebote machen und als ein integrierter Verbund auftreten.
- viii. Ansätze zur Anstaltsversorgung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen begrenzen, da sie soziale Ausgrenzung und Vernachlässigung erzeugen.
- ix. Durch Schaffung oder Ausbau von Kapazitäten für spezialisierte Interventionen und für die psychosoziale Versorgung von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sowie durch Schulung und Anstellung einer angemessenen Zahl von Spezialisten die Qualität bestimmter psychosozialer Dienste verbessern.
- x. Die Koordination zwischen Organisationen, die mit Alkohol- und Drogenprogrammen und der Gesundheit und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf nationaler und internationaler Ebene befasst sind, sowie die Zusammenarbeit zwischen ihren jeweiligen Netzwerken verbessern.
- xi. Für eine im Verhältnis zu vergleichbaren Gesundheitsdiensten ausgewogene Finanzierung sorgen.

5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten

Herausforderung

In vielen Ländern sind Menschen einem schädlichen Stress erzeugenden Gesellschaftswandel ausgesetzt, der den sozialen Zusammenhalt, die Sicherheit und die Beschäftigung beeinflusst und zu einem Anstieg von Angst und Depressionen, Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch sowie von Gewalt- und Suizidverhalten führt. Die sozialen Auslöser psychischer Gesundheitsprobleme sind vielfältig und reichen von individuellen Ursachen zu Belastungen ganzer Gruppen oder Gesellschaften. Sie können in sehr unterschiedlichen Umfeldern auftreten oder verstärkt werden, u. a. zu Hause, am Ausbildungsplatz, am Arbeitsplatz oder in Einrichtungen. Marginalisierte und vulnerable Gruppen wie Flüchtlinge und Migranten, Arbeitslose, Gefängnisinsassen und Haftentlassene, Menschen mit abweichender sexueller Orientierung, Menschen mit physischen oder sensorischen Behinderungen und Menschen, die bereits psychische Gesundheitsprobleme erleben, sind besonders gefährdet.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Bewusstsein für die Prävalenz, die Symptome und die Therapierbarkeit von schädlichem Stress, Angst, Depression und Schizophrenie schärfen.
- ii. Gefährdeten Gruppen gezielt Präventionsprogramme gegen Depression, Angst, schädlichen Stress, Suizid und andere Risiken anbieten, die auf der Grundlage ihrer besonderen Bedürfnisse entwickelt wurden und die sensibel für ihren kulturellen Hintergrund sind.
- iii. Selbsthilfegruppen, Telefondienste und Webseiten gegen Suizid einrichten, die insbesondere auf stark gefährdete Gruppen ausgerichtet sind.
- iv. Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln einführen.
- v. Routinebeurteilung der psychischen Gesundheit junger Mütter durch Geburtshelfer und Gemeindeschwestern einführen und bei Bedarf Interventionen anbieten.
- vi. Für gefährdete Familien Aufklärung zu Hause anbieten, um aktiv die elterliche Sorgefähigkeit, das Gesundheitsverhalten und das Zusammenspiel zwischen Eltern und Kindern verbessern zu helfen.
- vii. In Partnerschaft mit anderen Ministern Erziehungsprogramme einrichten, die Suizid, Depressionen und Störungen durch Alkohol- und anderen Substanzgebrauch bei jungen Menschen an Schulen und Universitäten aufgreifen und die bei der Gestaltung der Kampagnen Rollenvorbilder und junge Menschen einbeziehen.
- viii. Die Umsetzung von Plänen zur Entwicklung der Gemeinschaft in Risikozonen unterstützen und nichtstaatliche Organisationen stärken, insbesondere solche, die marginalisierte Gruppen vertreten.
- ix. Angemessene fachliche Unterstützung und Dienste für Leute sicherstellen, die schwere Krisen durchmachen und Gewalt erleben, u. a. Krieg, Naturkatastrophen und Terrorangriffe, um posttraumatische Belastungsstörungen zu verhüten.
- x. Das Bewusstsein von Mitarbeitenden in der Gesundheitsversorgung und ähnlichen Sektoren über ihre eigenen Einstellungen und Vorurteile gegenüber Suizid und psychischen Gesundheitsproblemen schärfen.
- xi. Die arbeitsbezogene psychische Gesundheit mithilfe speziell für diesen Zweck entwickelter Indikatoren und Instrumente laufend beobachten.
- xii. Die Fachkompetenz für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz durch Risikobewertung und Management von Stress und psychosozialen Faktoren, durch Schulung von Mitarbeitenden und durch bewusstseinsbildende Maßnahmen entwickeln.
- xiii. Für Beschäftigung, Wohnung und Bildung maßgebliche Behörden in die Ausarbeitung und Umsetzung von Präventionsprogrammen einbeziehen.

6. Gute Primärversorgung für psychische Gesundheitsprobleme sichern

Herausforderung

In vielen Ländern der Europäischen Region sind Hausärzte und die Mitarbeitenden der Primärversorgung bei allgemeinen psychischen Gesundheitsproblemen die erste und wichtigste Hilfsstelle. Allerdings werden psychische Gesundheitsprobleme von Hausärzten und Mitarbeitenden der Primärversorgung oft nicht entdeckt und wenn sie entdeckt werden, ist die Behandlung nicht immer angemessen. Viele Menschen

mit psychischen Gesundheitsproblemen, insbesondere die vulnerablen und marginalisierten, erfahren beim Zugang zu den Diensten und bei der Aufrechterhaltung des Kontakts mit ihnen Schwierigkeiten. Hausärzte und Primärversorgungsdienste müssen die Kapazitäten und die Kompetenz zum Aufspüren und Behandeln von Menschen mit allgemeinen psychischen Störungen in der Gemeinde entwickeln und bei Bedarf als Teil eines Verbunds aus spezialisierten psychosozialen Diensten unterstützt werden.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Dafür Sorge tragen, dass alle Menschen im Rahmen der Primärversorgung guten Zugang zu psychosozialen Diensten haben.
- ii. Primärversorgungsangebote entwickeln, die die Fähigkeit zum Aufdecken und, soweit angemessen, zur anfänglichen Behandlung allgemeiner psychischer Gesundheitsprobleme einschließlich Depression, Angst, stressbedingter Störungen, Substanzmissbrauch und psychotischer Störungen besitzen, indem für mehr und besser qualifizierte Mitarbeitende in der Primärversorgung gesorgt wird.
- iii. Zugang zu psychotropen Medikamenten und psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen der Primärversorgung für allgemeine ebenso wie schwere psychische Störungen bereitstellen, insbesondere für in der Gemeinschaft ansässige Personen mit stabilen chronischen psychischen Störungen.
- iv. Mitarbeitenden der Primärversorgung zu Förderungs- und Präventionsmaßnahmen im Bereich psychische Gesundheit anhalten, die insbesondere auf Gesundheitsdefizite bestimmende oder erhaltende Faktoren zielen.
- v. Behandlungs- und Überweisungsvorschriften für die Primärversorgung entwickeln und umsetzen und dabei bewährte Verfahren aufstellen und klar die jeweilige Zuständigkeit im Verbund aus Primär- und Spezialversorgung festlegen.
- vi. Kompetenzzentren schaffen und in jeder Region Netzwerke fördern, an die sich Gesundheitsfachkräfte, Betroffene, Betreuende und die Medien um Rat wenden können.
- vii. Psychosoziale Dienste bereitstellen und in andere Dienste der Primärversorgung einpassen und eine Versorgung in leicht zugänglichen Settings wie Gemeindezentren und Allgemeinkrankenhäusern anbieten.

7. Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen durch gemeindenahe Dienste wirksam versorgen

Herausforderung

Die Psychiatriereform macht in der ganzen Region Fortschritte. Es ist dabei von entscheidender Bedeutung, dass das Recht der Menschen auf wirksamste Behandlungen und Maßnahmen bei geringstmöglichem Risiko anerkannt und unterstützt wird und zwar auf der Grundlage ihrer individuellen Bedürfnisse, unter Berücksichtigung ihrer Kultur, ihrer Religion, ihres Geschlechts und ihrer Erwartungen. Erkenntnisse und Erfahrungen aus vielen Ländern stützen die Entwicklung eines Verbunds aus gemeindenahen Diensten, in den auch Krankenhausbetten eingehen. Das 21. Jahrhundert hat keinen Platz für eine inhumane und entwürdigende Behandlung und Versorgung in großen Anstalten: Eine

wachsende Zahl von Ländern hat bereits viele dieser Anstalten geschlossen und ist jetzt dabei, wirksame gemeindenahe Dienste zu implementieren. Besondere Beachtung sollte den emotionalen und finanziellen Bedürfnissen und dem Informationsbedarf der Familien und Freunde geschenkt werden, die oft für die intensive Unterstützung und Betreuung verantwortlich sind und dabei selbst Unterstützung benötigen.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Betroffene und Betreuende befähigen, auf psychosoziale und andere wichtige Dienste zuzugreifen und in Partnerschaft mit den Erbringern Verantwortung für ihre Versorgung zu übernehmen.
- ii. Spezialisierte gemeindenahe Dienste planen und einführen, die täglich rund um die Uhr geöffnet sind, über einen multidisziplinären Mitarbeiterstab verfügen und Menschen mit schweren Störungen wie z. B. Schizophrenie, bipolaren Störungen, schweren Depressionen oder Demenz versorgen.
- iii. Krisenversorgung am Wohnort und am Arbeitsplatz der Menschen anbieten und dadurch eine Verschlechterung oder Krankenhauseinweisung wo möglich verhüten und nur wirklich bedürftige Menschen einweisen bzw. solche, die für sich selbst oder andere ein Risiko ausmachen.
- iv. Umfassende und wirksame Behandlung, Psychotherapie und Medizinierung mit geringstmöglichen Nebenwirkungen in gemeindenahen Settings anbieten, insbesondere für junge Menschen, die die erste Episode einer psychischen Störung erleben.
- v. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen den Zugriff auf notwendige Arzneimittel zu Preisen sichern, die der Einzelne und das Gesundheitssystem sich erlauben können, damit eine angemessene Verschreibungs- und Einnahmepraxis dieser Arzneien erreicht wird.
- vi. Rehabilitationsangebote entwickeln, die die Integration der Menschen in die Gesellschaft optimieren und gleichzeitig für die mit psychischen Gesundheitsproblemen verbundenen Behinderungen sensibel sind.
- vii. Angebote für die psychosozialen Bedürfnisse von Menschen in nicht spezialisierten Einrichtungen wie Allgemeinkrankenhäusern oder Gefängnissen bereitstellen.
- viii. Betreuenden und Angehörigen eine Beurteilung ihrer emotionalen und finanziellen Bedürfnisse und eine Beteiligung an den Versorgungsprogrammen anbieten.
- ix. Programme gestalten, die die Fähigkeiten und die Kompetenz von Angehörigen und Betreuenden zur Pflege und zur Krankheitsbewältigung entwickeln.
- x. Beihilfeprogramme auf die Einbeziehung der wirtschaftlichen Kosten der Betreuung überprüfen.
- xi. Modellprojekte planen und finanzieren, die sich zur Weiterverbreitung eignen.
- xii. Von Kollegen anerkannte Vorreiter finden und unterstützen, damit diese die Innovation vorantreiben.
- xiii. Leitlinien für eine bewährte Praxis entwickeln und ihre Umsetzung beobachtend begleiten.
- xiv. Das Recht der unfreiwillig eingewiesenen Menschen auf Wahl eigener unabhängiger Vertreter gesetzlich verankern.

- xv. Gesetze oder Vorschriften einführen oder bekräftigen, die die Versorgungsstandards schützen, wozu auch die Beendigung jeglicher inhumanen oder entwürdigenden Behandlung und Intervention gehört.
- xvi. Zur Durchsetzung bewährter Praxis Inspektionen einführen und Vernachlässigungs- und Missbrauchserscheinungen in der psychosozialen Versorgung stoppen.

8. Partnerschaften über Sektoren hinweg errichten

Herausforderung

Wesentliche Dienste, die in der Vergangenheit in der Regel in großen Anstalten erbracht oder aber als unwesentlich für das Leben von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen betrachtet wurden, sind heute oft auf mehrere Organisationen verteilt. Das Fehlen von Partnerschaft und Koordination zwischen von verschiedenen Organisationen betriebenen oder finanzierten Diensten führt zu mangelhafter Versorgung, Leid und Ineffizienz. Die Zuständigkeit verschiedener Organe für ein derart breites Angebot an Diensten erfordert Koordinierung und Führung unter Einschluss der Behörden. Die Betroffenen und die Betreuenden benötigen Unterstützung für den Zugang zu und den Erhalt von Leistungen wie Beihilfen, Unterbringung, Mahlzeiten, Beschäftigung und Behandlung von körperlichen Erkrankungen einschließlich Substanzmissbrauch.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Umfassende Präventions- und Versorgungsdienste anbieten, die sich in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen um deren Bedürfnisse reihen.
- ii. Kooperative Netzwerke aus Diensten schaffen, die für die Lebensqualität von Betroffenen und Betreuenden von entscheidender Bedeutung sind, z. B. soziale Wohlfahrt, Arbeit, Ausbildung, Justiz, Verkehr und Gesundheit.
- iii. Den Beschäftigten in den psychosozialen Diensten die Verantwortung für die Erkennung allgemeiner Bedürfnisse und für die Bereitstellung von Unterstützung durch direkte Maßnahmen oder durch ein mit anderen Diensten abgestimmtes Handeln geben.
- iv. Beschäftigte in anderen verwandten Diensten über die konkreten Bedürfnisse und Rechte der Menschen aufklären, die psychische Gesundheitsprobleme haben oder gefährdet sind.
- v. Finanzielle und bürokratische Hemmnisse der Zusammenarbeit, auch auf behördlicher Ebene, erkennen und beseitigen.

9. Ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen

Herausforderung

Die Psychiatriereform erfordert neue Aufgaben und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden und dafür ist ein Wandel bei Werten und Haltungen, Wissen und Können erforderlich. Die Arbeitsweisen vieler Beschäftigter der psychosozialen Dienste und anderer Sektoren wie Lehrer, Sozialbeamte, Geistliche und Ehrenamtliche müssen modernisiert werden, damit eine wirksame und leistungsfähige Versorgung möglich ist. Neue Ausbildungsmöglichkeiten müssen dem Bedarf nach Sachkenntnis in allen Funktionen und Aufgaben gerecht werden.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Erfordernis neuer Rollen und Aufgaben für Mitarbeitende im spezialisierten und allgemeinen Gesundheitsdienst und auf anderen wichtigen Gebieten wie Wohlfahrt und Erziehung anerkennen.
- ii. Erfahrungen in gemeindenahen Settings und multidisziplinärer Teamarbeit bei der Ausbildung aller Mitarbeitenden der psychosozialen Dienste berücksichtigen.
- iii. Ausbildung auf dem Gebiet der Erkennung, Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen für alle Mitarbeitenden der Primärversorgung weiterentwickeln.
- iv. In Partnerschaft mit Bildungseinrichtungen Programme planen und finanzieren, die dem Ausbildungsbedarf der vorhandenen und der neu rekrutierten Mitarbeitenden entsprechen.
- v. Anwerbung neuer Mitarbeitender für die psychosozialen Dienste fördern und an den vorhandenen Mitarbeitenden verstärkt festhalten.
- vi. Durch Anreize eine insbesondere für gefährdete Menschen gerechte Verteilung der Mitarbeitenden der psychosozialen Dienste auf die Bevölkerung sicherstellen.
- vii. Gegen mangelnde Kenntnisse der gegenwärtigen Ausbilder in Bezug auf neue Technologien angehen und Ausbilderprogramme unterstützen.
- viii. Mitarbeitende der psychosozialen Dienste über die Verbindung zwischen Förderung, Vorsorge und Behandlung aufklären und ausbilden.
- ix. Die Mitarbeitenden im ganzen öffentlichen Sektor so aufklären, dass sie die Wirkung ihrer Konzepte und Maßnahmen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung erkennen.
- x. Durch die Gestaltung und Einführung einer geeigneten Fachschulung zum Thema psychische Gesundheit für alle Beschäftigten in der psychosozialen Versorgung einen sachkundigen Mitarbeiterstab schaffen.
- xi. Ausbildungsverläufe für Spezialisten in Bereichen entwickeln, die eine hohe Sachkenntnis erfordern, wie z. B. die Versorgung und Behandlung von Kindern, älteren Menschen und anderen, die an einer Kombination aus psychischen Gesundheitsproblemen und Störungen durch Substanzgebrauch leiden (Komorbidität).

10. Verlässliche Informationen über psychische Gesundheit sichern

Herausforderung

Um eine gute Politik und Praxis in den Ländern und der ganzen Region entwickeln zu können, müssen Informationen über den tatsächlichen Zustand der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Aktivitäten verfügbar sein. Die Auswirkungen jeder neu umgesetzten Initiative sollten überwacht werden. Der psychische Gesundheitszustand und das Hilfesuchverhalten von Bevölkerungen, bestimmten Gruppen und Einzelpersonen sollten in einer Weise gemessen werden, die Vergleiche in der gesamten Europäischen Region der WHO zulässt. Indikatoren sollten vereinheitlicht und lokal, national und international vergleichbar sein, damit sie bei einer wirksamen Planung, Umsetzung, begleitenden Beobachtung und Auswertung eines evidenzbasierten Strategie- und Aktionsplans für psychische Gesundheit von Nutzen sind.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Ein nationales Surveillance-System auf der Grundlage international standardisierter, harmonisierter und vergleichbarer Indikatoren und Datenerhebungssysteme entwickeln, damit der Fortschritt in Bezug auf lokale, nationale und internationale Zielsetzungen für eine Verbesserung von psychischer Gesundheit und psychischem Wohlbefinden verfolgt werden kann.
- ii. Neue Indikatoren und Datenerhebungsmethoden für nicht verfügbare Informationen entwickeln, u. a. Indikatoren für psychische Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation.
- iii. Regelmäßige bevölkerungsbezogene Befragungen zur psychischen Gesundheit unterstützen, die eine für die ganze Europäische Region der WHO vereinbarte Methodik anwenden.
- iv. Ausgangsniveaus für Inzidenz und Prävalenz wichtiger Krankheitsbilder einschließlich Risikofaktoren in der Bevölkerung und in Risikogruppen messen.
- v. Bestehende psychosoziale Programme, Dienste und Systeme begleitend beobachten.
- vi. Die Entwicklung eines integrierten Datenbankverbunds der gesamten Europäischen Region der WHO unterstützen, welcher den Stand der Konzeptionen und Strategien im Bereich psychische Gesundheit, die Verwirklichung und Erbringung von evidenzbasierter Förderung, Prävention, Behandlung, Versorgung und Rehabilitation mit einschließt.
- vii. Die Verbreitung von Informationen über die Auswirkung guter Konzepte und Praktiken auf nationaler und internationaler Ebene fördern.

11. Faire und angemessene Finanzierung bereitstellen**Herausforderung**

Die Mittel, die für psychische Gesundheit zur Verfügung gestellt werden, sind im Vergleich mit anderen Bereichen des öffentlichen Sektors vom Umfang her oft unangemessen und von der Verteilung her ungerecht. Das spiegelt sich in Zugangsbenachteiligung, Vernachlässigung und Diskriminierung wider. In einigen Gesundheitssystemen wird über die Versicherungsleistungen bei Zugang und Recht auf Behandlung psychischer Gesundheitsprobleme stark diskriminiert. Innerhalb der Budgets für psychische Gesundheit sollte die Mittelzuweisung gerecht und verhältnismäßig sein, also den Bedürftigsten einen relativ größeren Anteil und Nutzen zukommen zu lassen.

Erwägenswerte Maßnahmen

- i. Bewerten, ob der Anteil der Zuwendungen der Gesundheitshaushalte für psychische Gesundheit den Bedürfnissen der Klientel und der Dringlichkeit der Fälle gerecht wird.
- ii. Sicherstellen, dass die am schwersten betroffenen Menschen und die ärmsten Mitglieder der Gesellschaft den relativ größten Nutzen ziehen.
- iii. Bewerten, ob die Finanzierung effizient eingesetzt wird, wobei der gesellschaftliche Nutzen einschließlich des durch Förderung, Prävention und Versorgung erzeugten mit einzubeziehen ist.
- iv. Beurteilen, ob der Schutz durch Sozial- und Privatversicherungssysteme vergleichbar umfassend und fair wie bei anderen Erkrankungen ist und nicht Gruppen ausschließt oder diskriminiert und ob er insbesondere die Schwächsten schützt.

12. Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen

Herausforderung

Die Forschung macht beträchtliche Fortschritte, doch einigen Strategien und Interventionen fehlt noch immer die erforderliche Erkenntnisgrundlage, so dass weitere Investitionen benötigt werden. Darüber hinaus sind Investitionen in die Wissensverbreitung erforderlich, denn die vorhandenen Erkenntnisse über wirksame neue Interventionen und nationale und internationale Praxisvorbilder sind vielen Entscheidungsträgern, Managern, Praktikern und Forschern nicht bekannt. Die Wissenschaftler der Europäischen Region müssen zusammenarbeiten und gemeinsam die Grundlagen für evidenzbasierte Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit schaffen. Zu den wichtigen Forschungsprioritäten zählen Analysen von Konzeptionen im Bereich psychische Gesundheit, Folgenabschätzung allgemeiner Politikbereiche auf die psychische Gesundheit, Evaluierungen der Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit, eine bessere Erkenntnisgrundlage für Vorsorgemaßnahmen und neue Dienstmodelle sowie Gesundheitsökonomie im Bereich von psychischer Gesundheit.

Erwägungswerte Maßnahmen

- i. Nationale Forschungsstrategien unterstützen, die vorbildliche Praxis erkennen, entwickeln und umsetzen, um den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Risikogruppen gerecht zu werden.
- ii. Die Wirkung der psychosozialen Gesundheitssysteme über längere Zeit auswerten und Erfahrungen auf die Formulierung neuer Dringlichkeiten und die Ausschreibung der notwendigen Forschungsaufträge anwenden.
- iii. Forschung unterstützen, die die Entwicklung von Präventionsprogrammen ermöglicht, welche auf die gesamte Bevölkerung und Risikogruppen abzielen. Die Konsequenzen der wechselseitigen Zusammenhänge vieler psychischer, physischer und sozial bedingter Gesundheitsprobleme für wirksame Präventionsprogramme und -konzepte müssen erforscht werden.
- iv. Forschung zur Gesundheitsfolgenabschätzung der Politik in anderen Sektoren als dem Gesundheitssektor fördern, da diese ein deutliches Potenzial für eine bessere psychische Gesundheit bieten.
- v. Die Wissenslücke zwischen Theorie und Praxis überbrücken, indem die Zusammenarbeit zwischen Forschern, Entscheidungsträgern und Praktikern durch Seminare und zugängliche Veröffentlichungen erleichtert wird.
- vi. Sicherstellen, dass Versuchsprogramme langfristige Auswertungen über ihre Auswirkung auf die psychische wie auf die physische Gesundheit und auf Gesellschaft und Wirtschaft enthalten.
- vii. Nachhaltige Partnerschaften zwischen Praktikern und Forschern für die Umsetzung und Auswertung neuer oder bestehender Interventionen stiften.
- viii. In die Ausbildung zur Erforschung der psychischen Gesundheit durch alle akademischen Disziplinen, u. a. Anthropologie, Soziologie, Psychologie, Managementstudien und Wirtschaftswissenschaften, investieren und Anreize für langfristige akademische Partnerschaften schaffen.
- ix. Die europäische Zusammenarbeit bei der Erforschung der psychischen Gesundheit durch eine größere Vernetzung der WHO-Kooperationszentren in der Europäischen Region und anderer Zentren mit Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Prävention ausweiten.

- x. In die regionale Zusammenarbeit bei der Informationsverbreitung investieren, um eine Doppelung allgemein anwendbarer Forschung zu vermeiden und Unwissenheit über erfolgreiche und relevante Aktivitäten an anderen Orten zu überwinden.

Psychische Gesundheit für Europa: die Herausforderung annehmen

Etappenziele

Die Mitgliedstaaten bekennen sich durch die Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und diesen Europäischen Aktionsplan für Psychische Gesundheit zur Annahme der Herausforderungen und zu folgenden Zielen. Zwischen 2005 und 2010 sollten sie:

1. eine Politik erarbeiten und Aktivitäten umsetzen, die gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen und das psychische Wohlbefinden fördern, u. a. an gesundheitsförderlichen Schulen und Arbeitsplätzen,
2. die Auswirkungen der öffentlichen Politik auf die psychische Gesundheit gründlich untersuchen,
3. Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen und Suizid in die nationale Politik einschließen,
4. spezialisierte Dienste aufbauen, die in der Lage sind, besondere Herausforderungen durch junge und ältere Menschen und geschlechtsspezifische Probleme aufzugreifen,
5. Dienste priorisieren, die auf die psychischen Gesundheitsprobleme marginalisierter und vulnerabler Gruppen und auf die Komorbiditätsproblematik ausgerichtet sind, bei welcher psychische Gesundheitsprobleme und andere Probleme wie Substanzmissbrauch oder körperliche Erkrankung auftreten,
6. Partnerschaften für die sektorübergreifende Arbeit aufbauen und gegen Negativanreize vorgehen, die die gemeinsame Arbeit behindern,
7. Strategien für die Humanressourcen einführen, um ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot im psychosozialen Bereich zu schaffen,
8. Indikatoren für die Determinanten und die Epidemiologie der psychischen Gesundheit und die Gestaltung und Erbringung der Dienste in Partnerschaft mit anderen Mitgliedstaaten definieren,
9. gerechte Finanzierungen, Vorschriften und Gesetze für Gesundheit bekräftigen, die psychische Gesundheit mit einbeziehen,
10. inhumane und entwürdigende Behandlung und Versorgung beenden und Menschenrechte gesetzlich verankern und Gesetze zur psychischen Gesundheit erlassen, die mit den Normen aus den Konventionen der Vereinten Nationen und internationaler Gesetzgebung in Einklang stehen,
11. das Ausmaß der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen erhöhen,
12. die Vertretung von Betroffenen und Betreuenden in Ausschüssen und Gruppen sicherstellen, welche für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion von psychosozialen Angeboten verantwortlich sind.

5. Psychosoziale Dienste in Europa: die Behandlungslücke

„Manchmal müssen sie erst auf der Brücke stehen, bevor wir Hilfe bekommen.“
– ein Hausarzt (1)

Die Herausforderungen annehmen

Eine der wichtigsten Aufgaben der psychosozialen Dienste ist es, allen eine Behandlung anzubieten, die sie benötigen. Psychosoziale Dienste in der Europäischen Region schneiden in diesem Punkt nicht gut ab. Die Mehrzahl der Personen mit psychischen Störungen in der Europäischen Region, darunter viele mit schweren Störungen, erhalten keine Behandlung gegen ihre Erkrankung. Die Behandlungslücke (der Anteil der Personen, die psychosoziale Versorgung benötigen, sie aber nicht erhalten) ist bei fast allen psychischen Störungen in der Region groß (2).

Psychische Störungen belasten den Einzelnen, die Familien und die Gesellschaft schwer. Nach den jüngsten verfügbaren Daten aus der WHO-Untersuchung zur globalen Krankheitslast sind neuropsychiatrische Störungen in der Europäischen Region die zweitwichtigste Ursache für den Verlust an behinderungsfreien Lebensjahren und damit für ein Fünftel des Verlusts durch sämtliche Erkrankungen.

Bei den mit Behinderungen verbrachten Lebensjahren ist der Anteil sogar noch höher (über zwei Fünftel) (3). Unipolare depressive Störungen verursachten in der Region 13,7% der mit Behinderungen verbrachten Lebensjahre und waren damit deren führende Ursache.

Vier der fünfzehn wichtigsten in der Region zum Verlust an behinderungsfreien Jahren beitragenden Faktoren waren neuropsychiatrische Erkrankungen: Depressionen (an 3. Stelle), Störungen durch Alkohol (an 6. Stelle), Selbstverstümmelung (an 11. Stelle) und Demenz (an 14. Stelle).

Die auf neuropsychiatrische Störungen zurückzuführende Krankheitslast ist in der ganzen Region hoch und wird in Zukunft wegen der alternden Bevölkerung noch weiter ansteigen.

Eine tragische Folge psychischer Gesundheitsprobleme ist der Suizid. Nach WHO-Daten liegen neun der zehn Länder mit den höchsten Selbstmordraten in der Europäischen Region (3).

Konzeptionelle und finanzielle Lücken

Eine Politik für psychische Gesundheit ist für die umfassende Entwicklung psychosozialer Dienste auf nationaler Ebene entscheidend.

Das Vorhandensein und die Qualität der Konzepte zur psychosozialen Versorgung sind in den Ländern der Region sehr unterschiedlich. Die Daten aus der

WHO-Übersicht über weltweite Ressourcen im psychosozialen Bereich (4) verdeutlichen diese Mängel.

- Ein Drittel der Mitgliedstaaten der Region führt keine gesonderte Politik für psychische Gesundheit.
- Mehr als zwei Fünftel unterhalten keine Programme für psychische Gesundheit.
- Ein Fünftel verfügt über keine Strategie für Psychopharmaka oder über keine Positivliste mit wichtigen Psychopharmaka.
- Ein Fünftel der Länder hat die drei wesentlichen psychotropen Medikamente (Antidepressiva, Antipsychotika und Antiepileptika) nicht in der Primärversorgung verfügbar gemacht.
- Ein Sechstel hat keine Politik zum Substanzenmissbrauch.
- Ungefähr ein Zehntel hat keine Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit.
- Drei Fünftel haben keine nationale Initiative der Suizidprävention.

Auch die Finanzierung der psychosozialen Dienste ist unangemessen. Die gegenwärtige Mittelzuweisung für psychosoziale Versorgung spiegelt die Auswirkungen psychischer Störungen kaum angemessen wider (5).

- Die 24 Länder der Region, für die Daten verfügbar sind, geben im Durchschnitt nur 5,7% ihrer nationalen oder föderalen Haushalte für psychische Gesundheit aus, obwohl psychische Störungen 20% der Krankheitslast ausmachen (4).
- Nach Informationen aus dem Vereinigten Königreich ziehen insbesondere Depressionen, die für 6,2% der Gesamtlast stehen, dort nur zwischen 0,5 und 1,0 % der nationalen Gesundheitsausgaben auf sich (6).

Eine Mischfinanzierung der Systeme aus Steuern und Versicherungsprämien herrscht in der allgemeinen Gesundheitsversorgung in der Region vor. Im Prinzip fördern die Systeme den gleichberechtigten Zugang zu allen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung, auch derjenigen für psychische Gesundheit. Allerdings kann eine Finanzierung über die Sozialversicherung, die in der Hälfte der Länder vorliegen, für Bevölkerungsgruppen wie Arbeitslose, Einwanderer und Roma Sozialfürsorge, Wohnungsbeschaffung und andere Dienste nicht sicherstellen. Fast alle Länder erheben Nutzergebühren und beschränken dadurch möglicherweise den Zugang. Gebührenbefreiungen für bestimmte Gruppen (z. B. Gruppen mit niedrigem Einkommen, chronisch Kranke, Arbeitslose, Kinder und ältere Menschen) werden in der Region unterschiedlich gehandhabt.

Große Versorgungslücke bei Diensten und Behandlungen

Das Ergebnis unangemessener Strategien und Finanzierungen ist eine große Versorgungslücke in Bezug auf Dienste und Behandlungen.

- Mehr als ein Drittel der Länder bieten in der Primärversorgung keine Behandlung für schwere psychische Störungen und für das Personal keine Schulungen zum Thema psychische Gesundheit an.
- Mehr als ein Viertel der Länder bietet für psychische Störungen keine gemeinde-nahe Fürsorge an.
- Mehr als zwei Drittel der in der Region verfügbaren Bettenplätze befinden sich noch immer in psychiatrischen Krankenhäusern.

Die Unterversorgung bei Schizophrenie und nicht affektiven Psychosen (schweren psychischen Erkrankungen) betrug in Westeuropa nach einer aktuellen Übersicht aller verfügbaren wissenschaftlichen Studien 17,8% (2).

Bei anderen Störungen gab es folgende Lücken:

- generalisierte Angststörungen: 62,3%
- Panikstörungen: 47,2%
- schwere Depressionen: 45,4%
- Dysthymie: 43,9%
- bipolare Störungen: 39,9%
- zwangsneurotische Störungen: 24,6%.

Bei Alkoholmissbrauch und -sucht lag mit 92,4% die größte Unterversorgung vor.

Im Zuge der von der WHO initiierten weltweiten Übersichten zu psychischer Gesundheit, die mit der ESEMed-Studie (European Study on Epidemiology of Mental Disorders) verknüpft waren, wurden in jüngerer Zeit Informationen über sieben europäische Länder verfügbar (Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, die Niederlande, Spanien und die Ukraine) (7).

- Zwischen 8,2 und 20,4% der Bevölkerung dieser Länder hatten innerhalb der vorangegangenen 12 Monate psychische Störungen erlitten und bei ungefähr der Hälfte von ihnen war diese zumindest von mittlerer Schwere.
- Mittelschwere und schwere psychische Störungen verursachen erhebliche Produktivitätsverluste.
- Dass viele Menschen mit Störungen behandelt werden, die eigentlich unterhalb der Behandlungsschwelle liegen, während andere mit schweren Störungen unbehandelt bleiben, zeigt, dass die Nichterfüllung von Behandlungsbedürfnissen nicht nur eine Folge knapper Ressourcen, sondern auch eine Frage deren falscher Anwendung ist.

Dass Dienste aufgesucht wurden, bedeutet allein noch nicht, dass eine angemessene Behandlung oder überhaupt eine Behandlung erfolgte. Daten aus sechs westeuropäischen Ländern (8) zeigen, dass:

- von denen, die um Hilfe baten, ein Fünftel keine Behandlung erhielt,
- die Anwendung psychotroper Medizin bei Personen mit psychischen Störungen allgemein sehr niedrig war (32,6%),
- nur 21,2% der Personen mit schweren Depressionen Antidepressiva erhielten. Ausschließlich mit Antidepressiva wurden lediglich 4,6% behandelt, weitaus mehr Personen nahmen ausschließlich Anxiolytika (18,4%) (9),
- noch seltener als Pharmakotherapie Psychotherapie angewendet wurde.

Ein ausgereifter Dienst sollte imstande sein, eine bedarfsgerechte Versorgung anzubieten, und nicht einfach auf einem Bevölkerungsschlüssel beruhen. Nach einer nordischen Studie über Menschen mit Schizophrenie, die in ihrer Gemeinde leben, ergab, dass die Patienten im Allgemeinen einen Versorgungsbedarf angaben, der die erhaltenen Dienste deutlich überstieg. Die Bereiche soziale und zwischenmenschliche Funktion wiesen das größte Missverhältnis zwischen Bedürfnissen und deren Erfüllung auf (10).

Gesundheitsressourcen und Gesundheitsversorgung nicht chancengleich verteilt

Eine chancengleiche Verteilung der Ressourcen und Dienste ist erforderlich, um ihre maximale Wirkung zu sichern, insbesondere für die schwächsten Gruppen (4). Allerdings bieten die Länder der Europäischen Region in diesem Punkt ein gemischtes Bild:

- in zwei Dritteln der Länder der Region gibt es keine besonderen Programme für Minderheiten,
- in der Hälfte gibt es keine besonderen Programme für Flüchtlinge oder von Katastrophen betroffene Menschen,
- in fast zwei Fünftel gibt es keine besonderen Programme für ältere Menschen,
- in einem Fünftel gibt es keine besonderen Programme für Kinder und Jugendliche.

Dienste für arme und für reiche Bürger

Die Überprüfung eines umfassenden, erschöpfenden Fallregisters der stationären Psychiatrie in Belgien aus den Jahren 1997 und 1998 förderte einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Stellung und Versorgung zutage. Angehörige unterer sozioökonomischer Gruppen wurden häufiger zwangseingewiesen, in nicht lehrenden oder psychiatrischen Krankenhäusern mit unerwartet langer Aufenthaltsdauer versorgt und auf Stationen mit einem höheren Anteil schwerer Fälle verbracht (allesamt Indikatoren für eine mangelhafte Qualität der Versorgung). Sie erhielten weniger oft Antidepressiva und Psychotherapien. Verbesserungen bei Funktionen und Symptomen fielen in diesen Gruppen ebenfalls weniger günstig aus. Außerdem war die unterste sozioökonomische Gruppe dem höchsten Risiko ausgesetzt, im Krankenhaus zu sterben (11).

Eine französische nicht auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ausgerichtete Vergleichsuntersuchung mit Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung und aus der Gruppe der Sozialhilfeempfänger ergab, dass psychische Störungen in der Gruppe der RMI-Empfänger (RMI: revenu minimal d'insertion) signifikant häufiger vorkamen. Ein Teilsample mit an Depressionen leidenden Personen zeigte, dass die RMI-Empfänger weniger auf die verfügbare medizinische Versorgung ihrer Depression zugriffen. Die depressiven Phasen dauerten durchschnittlich bei RMI-Empfängern und hierbei insbesondere bei den Frauen länger (12).

Ethnische Minderheiten

Die Nutzung psychosozialer Dienste durch ethnische Minderheiten ist gekennzeichnet durch eine geringe Inanspruchnahme der Unterstützung und durch nicht wünschenswerte und weniger wirksame Verläufe in den psychiatrischen Diensten. Fehlender Zugang zu unterstützenden Diensten in einem frühen Stadium steht in einem Zusammenhang mit einer sich verschlechternden psychischen Gesundheit und einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Zwangseinweisung, Sicherheitsverwahrung in psychiatrischen Einrichtungen und Beteiligung der Polizei an der Einweisung. Die unzureichende Wahrnehmung psychosozialer Angebote verbessert sich manchmal mit wiederholtem Kontakt, was darauf deutet, dass negative Erfahrungen ethnischer Minderheiten mit diesen Diensten zu einer geringeren Inanspruchnahme führen (13).

Eine praxisnahe Querschnittsuntersuchung über die Verschreibung von Antidepressiva und Anxiolytika (Tagesdosen) in 164 Hausarztpraxen im Vereinigten

Königreich zeigte, dass bei Asiaten eine Abweichung von 28% für Antidepressiva bzw. 20,5% für Anxiolytika auftrat (mehr als die Hälfte der erklärbaren Varianz), was auf mögliche praktische Schwierigkeiten bei der Diagnose und der Hantierung dieser Patienten im Rahmen der Hausarztpraxis hindeutet (14). Ethnischen Minderheitengruppen werden sehr viel weniger Gesprächs- und Beratungstherapien, dafür aber mehr Chemotherapien und tendenziell höhere Arzneydosen angeboten als ihren Leidensgenossen aus der Bevölkerungsmehrheit (13). Spirituelle Aspekte der Patienten werden selten als vorrangig angesehen und wenn die Gesundheitsdienste das Thema aufgreifen, dann meistens von einer christlichen Warte aus (15).

Lebensphasen

1999 führte die schwedische Gesellschaft für Alterspsychiatrie in allen schwedischen Bezirken eine Untersuchung der für ältere Menschen mit psychiatrischen Beschwerden gedachten Organisationen und Ressourcen für medizinische Dienste durch. In einigen Bezirken gab es keine ambulanten Dienste, die auf ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen spezialisiert waren, und in mehr als der Hälfte gab es solche Dienste nur für demente Menschen, obwohl eine große Zahl älterer Menschen an anderen psychischen Beschwerden leidet. Weniger als 5% aller schwedischen Psychiater und Geriatriker waren ausschließlich in der geriatrischen Psychiatrie beschäftigt. Die Zugangsmöglichkeiten zu geriatrischen Psychiatrieressourcen waren ungleich und bestanden hauptsächlich in der Nähe großer Universitätsstädte (16).

Eine Überprüfung der Verteilung und der wesentlichen Merkmale stationärer psychiatrischer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in England und Wales ergab, dass diese ungleichmäßig verteilt waren und die meisten Bettenplätze in London und in Südostengland anzutreffen waren. Der unabhängige Sektor, der mehr als ein Viertel aller Betten stellt und einen hohen Teil der stark spezialisierten Dienste verwaltet, trug noch zu einer Verschärfung dieser ungleichen Verteilung bei (17).

Gefängnisse

Die erste vollständige Erhebung zur psychischen Gesundheit der Gefängnisinsassen in England und Wales, die das nationale Amt für Statistik durchführte, zeigte eine gegenüber der allgemeinen Bevölkerung stark erhöhte psychiatrische Morbidität. Nur ein Insasse von zehn wies keine Anzeichen einer psychischen Störung auf und nur zwei von zehn wiesen lediglich eine Störung auf. 10% der Männer in Untersuchungshaft und 14% aller weiblichen Gefängnisinsassen zeigten im Jahr vor der Befragung Symptome psychotischer Störungen, im Vergleich dazu hatten nur 0,4% der allgemeinen Bevölkerung solche Symptome aufgewiesen. Über ein Viertel der weiblichen Untersuchungsgefangenen berichteten von Suizidversuchen im vorangegangenen Jahr und 2% der weiblichen und männlichen Untersuchungsgefangenen hatten in der Woche vor der Befragung einen Suizid versucht (18). Gründe für diese hohe Prävalenz könnten darin liegen, dass Beschuldigte mit psychischen Störungen einem höheren Verhaftungsrisiko ausgesetzt sind, dass die Gutachterprogramme der Gerichte unzureichend sind, dass die psychiatrischen Dienste unangemessen sind und dass die Lagebewertung bei der Aufnahme ins Gefängnis mangelhaft ist. Angebote für psychisch kranke Straftäter entsprachen im Vereinigten Königreich in Bezug auf die Ausbildung des Personals, die konzeptionelle Anleitung oder Praxis und die Integration in die allgemeinen psychosozialen Dienste nicht den Angeboten für andere psychisch Kranke (19).

Lösungen schaffen

Die Erklärung und der Aktionsplan für die Europäische Region der WHO zur psychischen Gesundheit, die der Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (Januar 2005, Helsinki) zur Verabschiedung vorliegen, streben gesunde Gesellschaften an und wollen das Leiden der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch Maßnahmen verringern, die zu einer Schließung der vorhandenen Lücken bei Behandlung und anderen Angeboten beitragen. Zu diesen Maßnahmen gehört es:

- eine umfassende nationale Gesetzgebung und Politik im Bereich psychische Gesundheit zu erarbeiten,
- zu bewerten, ob der Anteil der Zuwendungen der Gesundheitshaushalte für psychische Gesundheit den Bedürfnissen der Klientel und der Dringlichkeit der Fälle gerecht wird,
- sicherzustellen, dass die am schwersten betroffenen Menschen und die ärmsten Mitglieder der Gesellschaft den relativ größten Nutzen ziehen,
- zu beurteilen, ob der Schutz durch Sozial- und Privatversicherungssysteme vergleichbar umfassend und fair wie bei anderen Erkrankungen ist und nicht Gruppen ausschließt oder diskriminiert und ob insbesondere die Schwächsten geschützt werden,
- Primärversorgungsangebote zu entwickeln, die die Fähigkeit zum Aufdecken und zur anfänglichen Behandlung allgemeiner psychischer Gesundheitsprobleme einschließlich Depression, Angst, stressbedingter Störungen und Substanzmissbrauch besitzen, indem für mehr und besser qualifizierte Mitarbeiter in der Primärversorgung gesorgt wird,
- spezialisierte gemeindenahe Dienste zu planen und einzuführen, die rund um die Uhr geöffnet sind, über einen multidisziplinären Mitarbeiterstab verfügen und sich um Menschen mit schweren Störungen wie z. B. Schizophrenie, bipolaren Störungen, schweren Depressionen oder Demenz kümmern,
- Zugang zu psychotropen Medikamenten und einfachen psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen der Primärversorgung für allgemeine ebenso wie schwere psychische Störungen bereitzustellen, insbesondere für in der Gemeinschaft ansässige Personen mit lange währenden stabilen psychischen Störungen,
- Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen den Zugriff auf notwendige Arzneimittel zu Preisen zu ermöglichen, die der Einzelne und das Gesundheitssystem sich erlauben können, damit eine angemessene Verschreibungs- und Einnahmepaxis dieser Arzneien erfolgt,
- durch Anreize eine gerechte Verteilung der Mitarbeiter der psychosozialen Dienste auf die Bevölkerung, insbesondere für gefährdete Menschen, sicherzustellen,
- dafür Sorge zu tragen, dass die psychische Gesundheit und das Wohlergehen von Kindern, Jugendlichen und alten Menschen als Prioritäten in nationale Aktionspläne für psychische Gesundheit eingehen,
- besondere Aufmerksamkeit auf Risikogruppen zu legen, u. a. auf Kinder und ältere Menschen aus Migrantenfamilien,
- psychosoziale Dienste zu entwickeln, die gegenüber den Bedürfnissen junger und alter Menschen sensibel sind und in enger Zusammenarbeit mit den Familien, Schulen, Tageszentren, Nachbarn, der weiteren Familie und Freunden betrieben werden,
- die Umsetzung von Plänen zur Entwicklung der Gemeinschaft in Risikozonen zu unterstützen und nichtstaatliche Organisationen zu stärken, insbesondere solche, die marginalisierte Gruppen vertreten.

Literatur⁵

1. Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Family Medicine*, 2004, 36:28–34.
2. Kohn R et al. Treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:858–866 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/en/858.pdf>).
3. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf).
4. *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
5. Knapp M et al. Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107(Suppl. 416):30–40.
6. Teh-wei H. *An international review of the economic costs of mental illness*. Geneva, World Health Organization, 2004.
7. Demyttenaere K et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 291:2581–2590.
8. Alonso J et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):47–54.
9. Alonso J et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):55–64.
10. Middelboe T et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *European Psychiatry*, 2001, 16:207–214.
11. Lorant V et al. Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107:170–177.
12. Kovess V et al. Mental health and use of care in people receiving a French social benefit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:588–594.
13. Mclean C, Campbell C, Cornish F. African-Caribbean interactions with mental health services in the UK: experiences and expectations of exclusion as (re)productive of health inequalities. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:657–669.
14. Hull SA et al. Prescribing rates for psychotropic medication amongst east London general practices: low rates where Asian populations are greatest. *Family Practice*, 2001, 18:167–173.
15. Salas S, Jadhav S. Meeting the needs of Muslim service users. *Professional Nurse*, 2004, 20:22–24.
16. Allard P et al. Inventory of geriatric psychiatry in Sweden. In short supply where demand does not determine resource allocation. *Läkartidningen*, 2000, 97:2976–2980.

17. O'Herlihy A et al. Distribution and characteristics of in-patient child and adolescent mental health services in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183:547–551.
18. Singleton N, Meltzer H, Gatward R. *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London, The Stationery Office, 1998.
19. Reed J. Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182:287–288.

Weiterführende Literatur⁵

Alonso J et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109(Suppl. 420):38–46.

Bruce ML et al. Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151:716–721.

Campbell S et al. Is the quality of care in general medical practice improving? Results of a longitudinal observational study. *British Journal of General Practice*, 2003, 53:298–304.

Country projects on mental health: selected cases. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Country%20activities%20table%20of%20contents.pdf).

Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C. Utilization of psychiatric inpatient care in Greece: a nationwide study (1984–1996). *International Journal of Social Psychiatry*, 2000, 46:89–100.

Pulling together. The future roles and training of mental health staff. London, Sainsbury Centre for Mental Health, 1997.

Secker J, Hill K. Mental health training and development needs of community agency staff. *Health and Social Care in the Community*, 2002, 10:323–330.

Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/E77922.pdf>).

Suicide rates (per 100,000), by country, year, and sex. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/Figures_web0604_table.pdf).

Wells KB et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 262:914–919.

⁵ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

6. Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Kranken in Europa

„Man hat mir Steine ans Fenster geworfen, jede Nacht an mein Fenster geklopft, mir die Scheiben zerschmissen. Man hat mir Schimpfnamen angehängt: Depp, Spinner und andere.“
– Pauline Lee, interviewt im Video „Open up“ (1)

Die Herausforderungen annehmen

Stigmatisierung „ist eines der schwerwiegendsten Probleme, die Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen erleben. Sie beeinträchtigt ihre Selbstachtung, trägt dazu bei, dass Familienbeziehungen zerbrechen, und wirkt sich negativ auf die Fähigkeit zur Anknüpfung sozialer Beziehungen, auf Wohnungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten aus.“ (2).

Psychische Gesundheitsprobleme tauchen zwar irgendwann fast in jeder Familie auf, aber die davon Betroffenen stoßen bei anderen immer noch auf Angst und Vorurteile, schämen sich und fühlen sich ausgeschlossen. Die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Stigmatisierung und Diskriminierung haben häufig so verheerende Auswirkungen, dass sie die Betroffenen daran hindern, sich um Hilfe zu bemühen, aus Angst, abgestempelt zu werden. Will man Stigmatisierung und Diskriminierung wirksam verringern, müssen alle interessierten Akteure konzentriert handeln, das gilt für die Nutzer von Diensten, für Betreuer, Fachkräfte und die Zivilgesellschaft insgesamt, die alle starken staatlichen Rückhalt brauchen.

Bei einer Tagung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Athen unterzeichneten Fachkräfte der psychosozialen Berufe und Mitglieder von Psychiater- und Psychologenverbänden aus den süd- und südosteuropäischen Ländern im Jahr 2001 eine Erklärung, in der die staatlichen Vertreter aufgefordert werden, gegen Stigmatisierung und Diskriminierung vorzugehen. Die Erklärung wurde vom WHO-Regionalkomitee für Europa in der später im Jahr verabschiedeten Resolution EUR/RC51/R5 begrüßt und unterstützt. Bei Podiumsgesprächen während der Weltgesundheitsversammlung 2001 riefen Gesundheitsminister aus der ganzen Welt zum aktiven Kampf gegen Stigma und Diskriminierung auf und stellten fest: „In einigen osteuropäischen Ländern werden über 50% aller Patienten weiterhin in großen psychiatrischen Krankenhäusern behandelt. Die Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Kranken machen ein frühes Eingreifen vor allem in ländlichen Gebieten äußerst schwierig.“ (3).

Missverständnisse

In unseren Gesellschaften herrschen viele irrige Vorstellungen, die zu Stigmatisierung führen, diese fördern und in diskriminierende Verhaltensweisen münden.

Einige weit verbreitete Mythen über psychische Gesundheitsprobleme

- „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind gewalttätig und gefährlich.“
- „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind arm und weniger intelligent.“
- „Persönliche Schwäche ist die Ursache von psychischen Gesundheitsproblemen.“
- „Psychische Erkrankungen können nicht behandelt werden.“

Bei Demenz und Depression ist die Einstellung zwar weniger negativ, aber in der breiten Bevölkerung herrscht zunehmend die Auffassung, psychisch Kranke seien gewalttätig und aggressiv. Patienten in psychiatrischen Anstalten, psychisch kranke Flüchtlinge und ethnische Minderheiten mit psychischen Störungen sind für Diskriminierung besonders anfällig. Wichtig ist hier auch, dass die psychiatrische Behandlung und Betreuung als weniger wirksam gilt als andere Formen der medizinischen Behandlung (4).

Stigmatisierung hindert Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen daran, sich an die psychosozialen Dienste zu wenden, selbst wenn wirksame Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind. In einer Reihe von Untersuchungen wurde festgestellt, dass Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen selbst feste Termine in psychiatrischen Kliniken und anderen psychosozialen Einrichtungen häufig nicht einhalten.

Lösungen schaffen

Im Jahr 1991 verabschiedete die Vollversammlung der Vereinten Nationen die Grundsätze für den Schutz von Personen mit psychischen Erkrankungen und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (5). In dem Dokument werden die Grundsätze und Rechte dargelegt, die auf die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung bei psychischen Erkrankungen hinwirken.

Wirksame Behandlung

Es gibt wirksame Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen, die Symptome sowie unerwünschte und beunruhigende Verhaltensweisen verringern können. Es kann sich dabei um medikamentöse, psychotherapeutische oder soziale Interventionen handeln, die von verbesserten Diensten und einer besseren Unterstützung der Betroffenen abgestützt werden müssen.

Eine gute Behandlung ist ein Eckpfeiler für die Beseitigung von Diskriminierung. Epilepsie ist gutes Beispiel dafür, wie man durch eine wirksame Behandlung Stigma abbauen kann. Epilepsie wird zwar immer noch im höchsten Maße stigmatisiert, aber doch weit weniger in Ländern, wo man jetzt Zugang zu einer modernen wirksamen Behandlung hat. Ähnlich haben auch die veränderte Behandlung und Betreuung von geistig Behinderten in vielen wohlhabenden Ländern von Europa die Lebensbedingungen dieser herkömmlicherweise stigmatisierten und diskriminierten Bevölkerungsgruppe grundlegend verbessert und damit eine dramatische Veränderung ihrer Lebensqualität bewirkt.

Arbeit und Unterstützung

Der Zugang zu einer sinnvollen Arbeit gilt ebenfalls als ein sehr wichtiger Weg, Menschen mit psychischen Störungen zum selbstbestimmten Handeln zu befähigen.

„Ich habe Angst, Leuten gegenüber einige meiner Diagnosen zu erwähnen, ich sage also einfach, ich hätte eine ‚Depression‘, weil das als nicht ganz so schlimm gilt. Ich habe Narben nach Selbstverletzungen und ich weiß nicht, was die Leute davon halten, aber jetzt ist mir das auch egal, weil ich eine Überlebende bin!“
- Catherine, 33 Jahre

Wenn man Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen schafft, ändert sich die Auffassung der Öffentlichkeit, aber auch das Eigenverständnis der Betroffenen. Es gibt gute Beispiele für solche Initiativen, z. B. die internationale „Fountain House“-Bewegung.

„Nachdem ich meine Arbeit verloren und meine Krankheit anerkannt hatte, dachte ich, ich könnte nie wieder arbeiten. Psychisch krank und über fünfzig, aber dann passierte das Wunder. Nachdem ich ein Jahr im Fountain House gearbeitet und meine Selbstachtung zurückgewonnen hatte, bin ich wieder in „die Welt der Arbeitenden“ eingetreten. Das Leben nahm eine Wende. Ich war auf dem Wege der Besserung. Ich arbeitete wie jeder andere Gesunde. Das Leben war nicht einfach. Ich habe an meinem Arbeitsplatz durchaus meine Schwierigkeiten gehabt, vielleicht mehr als ein völlig Gesunder. Aber trotzdem hat die Arbeit mein Leben zum Besseren verändert und es hat mir Spaß gemacht, Schwierigkeiten anzugehen und zu überwinden.“

– Jón Sigurgeirsson, Mitglied eines Fountain House Clubs in Island

Auch Patienten-, Nutzer- und Angehörigenorganisationen spielen im Kampf gegen die Stigmatisierung eine entscheidende Rolle. In vielen Ländern haben diese Organisationen eine führende Rolle übernommen. Es ist wichtig, dass sie vonseiten des Staates und der einschlägigen Berufsgruppen Unterstützung und Zusammenarbeit erfahren, da sie normalerweise schwach sind und ihnen für ihre Arbeit die finanziellen Mittel fehlen. Es gibt in vielen Ländern gute Beispiele, die zeigen, dass starke Unterstützung zuverlässige und stabile Organisationen schafft. Wichtig ist auch, dass diese Organisationen in die Politikentwicklung einbezogen werden.

„Als Gesundheitsfachkraft (die an psychotischer Depression leidet) würde ich nicht erwarten, dass mich meine Kollegen stigmatisieren. Aber nach der Debatte der letzten Zeit über selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) meinten zwei dienstältere Kollegen bei einer Sitzung, wo das auch diskutiert wurde, Depression sei rein auf Familienprobleme zurückzuführen und man müsse Antipsychotika nehmen, wenn man wirklich eine psychotische Störung habe. Das tue ich, aber natürlich wissen sie das nicht. Ich hatte Schwierigkeiten, etwas zu dieser Sitzung beizutragen. Ich kann es kaum glauben, dass sich diese Leute Gesundheitsfachkräfte nennen können.“

– Anonyme Frau

Gesetze können ebenfalls helfen. Die Sicherung von Menschenrechten, insbesondere des Rechtes auf eine zweckgerechte Behandlung und auf Schutz vor Missbrauch bei Zwangsbehandlung, die zuweilen unnötig eingesetzt wird, ist besonders wichtig. In einigen Ländern wurden Sonderrechte gesetzlich verankert, um die ärztliche Behandlung und die soziale Versorgung der schwächsten Bevölkerungsgruppen zu sichern.

Antistigmatisierungskampagnen hatten die unterschiedlichsten und nicht immer leicht zu quantifizierenden Wirkungen, sind aber immer noch ein wichtiges Instrument im Kampf gegen Stigma und Diskriminierung. Man hat auch zahlreiche unterschiedliche Programme aufgestellt. Im Vereinigten Königreich haben Berufsverbände sowie Nutzer- und Angehörigenorganisationen mehrere Langzeitkampagnen durchgeführt. Der Weltverband für Psychiatrie unterhält ein weltweites Programm zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung bei Schizophrenie und hat in mehreren Ländern vor Ort arbeitende Aktionsgruppen (s. die Beispiele unten).

„Die Leute haben einem nicht in die Augen geschaut. Die Mütter in der Schule gingen mit gesenktem Kopf an einem vorbei und man hörte Kommentare wie: „Die ist ja verrückt.“

– Alison McDermott im Video „Open up“ (1)

Die Rolle der Medien

Wenn wir die Welt nur durch die Medienlinse sehen würden, hätten wir dann die richtige Meinung von Menschen mit stigmatisierten psychischen Gesundheitsproblemen? Die Forschung der letzten 30 Jahre hat überzeugend nachgewiesen, dass die Massenmedien mit den stärksten Einfluss auf Überzeugungssysteme haben (6). Weil sich Menschen mit stigmatisierten Krankheiten normalerweise nicht zu erkennen geben, werden Einstellungen oftmals durch die Filme, Fernsehprogramme und Nachrichten, die man sieht, geprägt. Deshalb kommt den Medien eine wichtige Rolle zu, wenn es darum geht, die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu verringern, wobei die Medien allerdings nur dann korrekt berichten können, wenn sie richtige und stichhaltige Informationen erhalten.

Was werden die Erklärung und der Aktionsplan bewirken?

Die Erklärung zur psychischen Gesundheit und der dazu gehörige Aktionsplan sollen die Stigmatisierung beseitigen, die dazu führt, dass Menschen Betreuung meiden oder sich nicht an einen Behandlungsplan halten, weil sie fürchten, von Einzelpersonen, Gemeinschaften oder vom Staat viktimisiert und missbraucht zu werden. Im Aktionsplan wird erkannt, dass Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz und in den Medien, darunter auch in der Presse, sprachlich abschätzig behandelt und negative Stereotypen verstärkt werden. Der Aktionsplan soll hier zu Veränderungen beitragen. Das Gleiche gilt für die fehlende Chancengleichheit, für fehlende Gesetze und die oft unzulängliche Durchsetzung der Gleichheitsansprüche und des Schutzes der Menschenrechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Der Aktionsplan zielt auf Wiedereingliederung statt auf Zurückweisung ab, was die Ausgrenzung und nachfolgende Stigmatisierung umkehren würde, die Nutzer von psychosozialen Diensten früher in Anstalten und anderen Einrichtungen erleben mussten.

Im Aktionsplan werden für die Bewältigung der durch Stigmatisierung und Diskriminierung bedingten Herausforderungen die folgenden Maßnahmen vorgeschlagen:

- Inangsetzung von Aktivitäten zur Bekämpfung von Stigmatisierung, die die Allgegenwärtigkeit psychischer Gesundheitsprobleme, ihre im allgemeinen guten Heilungsaussichten und ihre gute Behandelbarkeit betonen;
- Einführung oder Überprüfung von gesetzlich verankerten Behindertenrechten, um sicherzustellen, dass die psychische Gesundheit gleichberechtigt unter diese Gesetze fällt;
- Ermutigung zur Rückkehr ins Arbeitsleben und Erhaltung von Arbeitsplätzen für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen;
- Bereitstellung und Eingliederung der psychosozialen Versorgung in andere Dienste der Primärversorgung und in leicht zugängliche Einrichtungen wie Gemeindezentren und Allgemeinkrankenhäuser;
- Belegung der Bürgerbeteiligung an psychosozialen Programmen vor Ort durch Unterstützung von Initiativen nichtstaatlicher Organisationen.

Einige Beispiele

Meinungen ändern

Im Jahr 1998 beauftragte das Royal College of Psychiatrists im Vereinigten Königreich das Staatliche Amt für Statistik mit einer landesweiten Erhebung, mit der die Haltung der Öffentlichkeit zu sechs Formen psychischer Erkrankungen (Angststörungen, Depression, Schizophrenie, Alzheimer und Demenz, Essstörungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch) ermittelt werden sollte.

„Wenn alle, die psychisch Kranke für schwach halten, bloß sehen könnten, welchen Mut, welche Ausdauer und Entschlossenheit Patienten, die diese Störungen bewältigen, aufbringen müssen.“
– Jill Siddle aus *„Changing minds – Our lives and mental illness“* (7)

Eine randomisierte Stichprobe der erwachsenen Allgemeinbevölkerung wurde nach ihrer Einstellung zu Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen befragt, und zwar in Bezug auf deren Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit; außerdem wurde gefragt, inwieweit diese Menschen an ihrer Situation selbst schuld seien, ob sie sich zusammennehmen könnten, ob man nur schwer mit ihnen reden könne und ob es schwer sei, sich in ihre Lage zu versetzen.

Die Mehrheit der Befragten vertrat die Auffassung, dass Menschen mit Schizophrenie oder Suchtproblemen gefährlich seien, dass Essstörungen und Sucht Eigenverschulden seien und es in jedem Fall schwierig sei, mit psychisch Kranken zu kommunizieren oder sich in ihre Lage zu versetzen.

Mit diesen Angaben gerüstet lancierte das College eine auf fünf Jahre angelegte Kampagne unter dem Slogan „Changing Minds: Every Family in the Land“ (8). Man wollte damit gegen negative Haltungen vorgehen, sich insbesondere mit den subjektiv empfundenen Kommunikationsschwierigkeiten auseinandersetzen und damit allmählich das mit den sechs am weitesten verbreiteten psychischen Störungen verbundene Stigma abbauen. Die Zielgruppen waren praktizierende Ärzte, Kinder und Jugendliche, die Medien und die breite Öffentlichkeit. Man wollte damit das Verständnis und die Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten und anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten fördern. Man plante dafür Bücher, Faltblätter, Berichte, Aufsätze, CD-ROMs, einen Film, Videos, Websites, Vorträge und Gesprächsmöglichkeiten.

Eine zweite landesweite, im Juli 2003 durchgeführte Erhebung zeigte, dass sich viele negative Auffassungen in der Öffentlichkeit wesentlich gewandelt hatten.

Wie anders ist anders?

Das Programm „Wie anders ist anders?“ bringt im belgischen Gent 16- bis 19-Jährige mit psychisch Kranken zusammen (9). Die Idee stammt ursprünglich vom Rednerprojekt des psychosozialen Dienstes in Irland und wurde dann 1991 vom flämischen Verband für psychische Gesundheit (VVG) übernommen. Schüler kommen entweder im Krankenhaus oder im Gemeinderahmen mindestens drei Tage lang mit psychisch Kranken zusammen. Ziel des Programms ist es, Jugendlichen und Menschen mit psychischen Erkrankungen die Anknüpfung zwischenmenschlicher Beziehungen zu ermöglichen. Wesentlich ist dabei, dass es beiden Seiten Spaß macht, dass man sich kennen lernt und Ähnlichkeiten entdeckt.

Jedes Jahr erhalten alle Teilnehmerklassen Besuch von einer VVG-Kontaktperson, die über psychische Erkrankungen informiert. Jeder Schüler erhält eine Broschüre mit den wichtigsten Fakten, die Lehrer bekommen einen Ordner mit zusätzlichen Informationen.

In der zweiten Phase des Programms kommt ein Patient oder ein Angehöriger des Patienten in die Klasse und berichtet über persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen. Als nächstes wird Kontakt zu einer Gruppe von Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer beschützten Wohngemeinschaft oder in einem psychosozialen Gemeindezentrum aufgenommen, mit der dann ein Projekt geplant wird.

Am Ende des Schuljahres findet in Brüssel für alle Teilnehmer, d. h. Patienten und Schüler, eine Konferenz statt, bei der sie über ihre Aktivitäten berichten oder einen Projektvideofilm zeigen. Zu Beginn des Programms im Jahr 1991 nahmen fünf Schulen und insgesamt 20 Schüler teil. Im Jahr 2003 waren es bereits 1500 Schüler aus 46 Schulen. Außerdem waren alle flandrischen Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser und psychosoziale Gemeindezentren) an dem Programm beteiligt.

Inzwischen läuft eine Fülle von Projekten und Aktivitäten: Im Zeitraum 2003–2004 zählten dazu Basketballspiele (eine Schulmannschaft gegen eine Patientenmannschaft), die Vorbereitung und Veranstaltung einer Weihnachtsfeier in einer beschützten Wohngemeinschaft, eine Fahrradtour, eine Ausstellung mit Zeichnungen und Bildern von Patienten und Schülern, ein Videofilm sowie Musik- und Tanzveranstaltungen.

Die Tagebücher von Schülern und Lehrern zeigen, dass sich im Verlauf des Projekts ein grundlegender Haltungswandel vollzogen hat. Bei der Brüsseler Konferenz am 21. April 2004 berichtete ein Teilnehmer, man habe ihm schon als Kind beigebracht, sich vor den Patienten des psychiatrischen Krankenhauses in seinem Dorf zu fürchten und niemals nachts dort vorbei zu gehen. „Jetzt“, erklärte er, „habe ich da eine Menge Freunde, die ich gern besuche, auch nach Sonnenuntergang.“

Macht die Türen auf

Im Jahr 1996 ließ der Weltverband für Psychiatrie (WPA) ein internationales Programm zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Schizophrenie anlaufen. Fast ein Jahrzehnt später ist das unter der Bezeichnung *Macht die Türen auf (10)* laufende WPA-Programm mittlerweile in Ägypten, Brasilien, Chile, Deutschland, Griechenland, Indien, Italien, Japan, Kanada, Marokko, Österreich, Polen, der Schweiz, der Slowakei, Spanien, der Türkei, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten umgesetzt worden.

Im Rahmen des Programms wurden fast 200 Anti-Stigmatisierungsinitiativen ergriffen und man hat sowohl in Bezug auf das einschlägige Wissen wie auch auf Einstellungen nachweisliche Fortschritte erzielt.

Das Programm soll die von einer Krankheit wie Schizophrenie herrschenden irri- gen Vorstellungen und Missverständnisse ausräumen. Durch Stigma entsteht ein Teufelskreis aus Entfremdung und Diskriminierung, der zu sozialer Isolierung, zu Arbeitsunfähigkeit, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Obdachlosigkeit und über- triebener Unterbringung in Anstalten oder Heimen führen kann, was alles die Heilungschancen verringert. Vorurteile beeinträchtigen die Lebensqualität von Menschen mit Schizophrenie und ihren Angehörigen und hindern sie daran, mit anderen zu leben und zu arbeiten.

In vierfacher Hinsicht unterscheidet sich das Programm von anderen:

- Der Programmschwerpunkt ist die Schizophrenie.
- Die im psychosozialen Bereich Tätigen arbeiten bei der Entwicklung und Umsetzung von Interventionen eng mit den Menschen, die mit der Krankheit leben, und mit den Angehörigen der Betroffenen zusammen.
- Die Interventionen konzentrieren sich auf bestimmte Zielgruppen, z. B. Journalisten, Strafvollzugsbeamte, niedergelassene Allgemeinärzte, ältere Schüler und Regierungsbeamte.
- Das Programm ist auf weltweite Einsetzbarkeit angelegt, was es neuen örtlichen Aktionsgruppen ermöglicht hat, aus den Erfahrungen zu lernen, die andere mit bestimmten Methoden und Kommunikationsmaterialien gesammelt haben.

Die Programm-Website (10) wurde in sieben Sprachen übersetzt und dient als Ressourcenquelle für Bemühungen, Stigmatisierung in noch sehr viel mehr Ländern zu bekämpfen.

Literatur⁶

1. *Open up* [Video]. London, Mental Health Media, 2004 (<http://www.openuptoolkit.net/home/index.php>).
2. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25: 467–478.
3. *Mental health: a call for action by world health ministers*, Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Secretariat_report.pdf).
4. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1994, 48:275–281.
5. *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. Geneva, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001 (<http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/68.htm>).
6. Edney DR. *Mass media and mental illness: a literature review*. Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004 (http://www.ontario.cmha.ca/docs/about/mass_media.pdf).
7. Ramsay R et al., eds. *Changing minds – Our lives and mental illness*. London, Royal College of Psychiatrists, 2002.
8. *Changing Minds* [Website]. London, Royal College of Psychiatrists, 2004 (<http://www.rcpsyck.ac.uk/campaigns/cminds/index.htm>).
9. Hoe Anders Is Anders? [Wie anders ist anders?] [Website]. Ghent, Flemish Mental Health Association (VVG), 2005 (auf Flämisch) (<http://www.haia.be>).
10. Schizophrenia. *Open the Doors* [Website]. New York, World Psychiatric Association, 2004 (<http://www.openthedoors.com>).

Weiterführende Literatur⁶

Consumer/Survivor. Mental health information. Discrimination & stigma [Website]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2005 (<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/stigma/links.asp>).

Harassment and discrimination faced by people with psychosocial disability in health services. A European survey. Brussels, Mental Health Europe, 2005 (http://www.mhe-sme.org/en/projects_harassment.htm).

See me [Website]. Edinburgh, Highland Users Group, National Schizophrenia Fellowship (Scotland); Penumbra; the Royal College of Psychiatrists (Scottish Division) and the Scottish Association for Mental Health, 2005 (<http://www.seemescotland.org>).

SHiFT. Same world, different view [Website]. London, National Institute for Mental Health in England, 2005 (<http://nimhe.org.uk/shift/>).

⁶ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

7. Förderung der psychischen Gesundheit und Verhütung psychischer Störungen

„Eine Unze Verhütung ist ein Pfund Heilung wert.“
– Sprichwort

Die Herausforderungen annehmen

Die Gesundheits- und Sozialkosten

Positive psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen und produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (1). Psychische Gesundheit ist ein globales öffentliches Gut, ein wesentlicher Teil der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bürger in Europa und ein grundlegendes Menschenrecht; sie ist eine Voraussetzung für ein lebensfähiges, sozial verantwortungsbewusstes und produktives Europa, sie verstärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Sozialkapital und verbessert die Sicherheit des Lebensumfelds (2).

Psychische und verhaltensbedingte Störungen treten in allen Altersgruppen, in allen Regionen, Ländern und Gesellschaften auf und belasten zu jeder Zeit 10% der Erwachsenenbevölkerung (1). Mehr als jeder Vierte wird im Laufe seines Lebens eine psychische Störung entwickeln. Im Jahr 2002 machten in der Europäischen Region neuropsychiatrische Leiden über 20% der gesundheitlichen Defizite und der Frühsterblichkeit aus; unipolare Depressionen allein waren für über 6% der in behinderungsbereinigten Lebensjahren (DALYs) ausgedrückten Krankheitslast verantwortlich (3). Psychische Gesundheitsdefizite sind auch bei Menschen mit physischen Erkrankungen häufig anzutreffen, z. B. leiden 22% der Patienten mit Myokardinfarkt, 27% der Diabetiker und 33% der Krebskranken an schweren Depressionen (4).

Psychische Erkrankungen stellen aber nicht nur eine gesundheitliche Belastung dar, sondern verursachen auch weitreichende, langfristige und enorm hohe soziale und wirtschaftliche Kosten. Die wirtschaftlichen Kosten psychischer Gesundheitsdefizite belaufen sich schätzungsweise auf 3% bis 4% des Bruttoinlandsprodukts (4). Neben den Kosten, die im Gesundheits- und Sozialwesen anfallen, dem Verlust an Arbeitsmöglichkeiten und dem Produktivitätsausfall, den Auswirkungen auf Familien und Betreuer und auf den Umfang von Kriminalität und die öffentliche Sicherheit sowie neben den negativen Folgen für die Frühsterblichkeit wurden viele andere, nicht messbare Kosten noch gar nicht berücksichtigt, wie z. B. die Opportunitätskosten, die dem Einzelnen und den Angehörigen entstehen (1).

Die Kosten der Untätigkeit

Psychische Gesundheitsdefizite gefährden die Gesundheit der Bevölkerung, die Lebensqualität und die Stabilität in Europa. Die direkten und indirekten Konsequenzen psychischer Störungen führen zu ungeheuren gesundheitlichen und sozialen Belastungen, u. a. zu Diskriminierung und Marginalisierung, zu einem Zerfall des gesellschaftlichen Zusammenhalts und zu negativen wirtschaftlichen Auswirkungen (5).

Die Behandlung psychischer Störungen kann durchaus wirksam sein, aber erst, nachdem die Krankheit offenbar geworden ist und die Betroffenen sowie deren Angehörige bereits gelitten haben. Psychische Gesundheit lässt sich nicht allein durch Behandlung erreichen. In zwei neuen Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden wissenschaftlich erhärtete Beweise dafür vorgelegt, dass die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung von psychischen Störungen wirksam zu gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Verbesserungen führen können (6,7).

Eine Politik in diesem Bereich sollte neben Behandlung und Rehabilitation auch die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen vorsehen. Das würde die Gesundheit, die Entfaltungsmöglichkeiten des einzelnen Menschen und das Sozialkapital der europäischen Gesellschaften verbessern. Leider wurden bisher in Europa nur sehr wenige evidenzbasierte Konzepte für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen in die Praxis umgesetzt.

Die Herausforderungen

Eine wesentliche und als erste zu bewältigende Aufgabe ist die Aufstellung einer umfassenden Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen, wenn die Länder imstande sein sollen, psychische Gesundheitsprobleme zu bekämpfen und die psychische Gesundheit der Bürger in der Europäischen Region der WHO zu fördern.

Eine zweite große Herausforderung ist mit dem Umsetzungsprozess verknüpft, der auch die Berücksichtigung und Förderung der organisatorischen Infrastruktur einschließen und die für eine langfristige und nachhaltige Erhaltung evidenzbasierter Programme erforderlichen Konzepte sicherstellen muss.

Außerdem geht die psychische Gesundheit alle an, es handelt sich dabei nicht nur um ein eng auf diesen Bereich beschränktes Problem oder um ein Anliegen der öffentlichen Gesundheit, sondern auch um ein für die Politik insgesamt relevantes Thema. Die Förderung der psychischen Gesundheit ist eine gemeinsame Aufgabe, gesundheitliche und wirtschaftliche Zugewinne lassen sich durch die Unterstützung und das Handeln vieler verschiedener gesellschaftlicher Sektoren erzielen. Die dritte Aufgabe besteht deshalb darin, Querverbindungen u. a. zu den Ressorts Umwelt, Soziales, Arbeit, Bildung, Strafrecht und Wohnen zu knüpfen und sich deren Unterstützung zu sichern.

Nicht zuletzt lässt sich psychische Gesundheit nur fördern und psychische Störungen lassen sich nur verhüten, wenn es gelingt, eine Atmosphäre der Achtung und des Schutzes grundlegender bürgerlicher, politischer, wirtschaftlicher, kultureller und sozialer Rechte zu schaffen. Ohne die durch diese Rechte gewährleistete Sicherheit und Freiheit lässt sich ein hohes Gesundheitsniveau nur schwer aufrechterhalten. Das Recht auf psychische Gesundheit ist in einer Reihe von internationalen Vereinbarungen verankert und sollte von den Ländern respektiert werden.

Lösungen schaffen

Die Evidenzgrundlage

Mittlerweile ist wissenschaftlich belegt, dass richtig umgesetzte Maßnahmen und Ansätze, die auf eine Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen abzielen, wirksam sind und zu einer ganzen Bandbreite positiver gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Resultate führen (6, 7).

Dazu zählen beispielsweise Maßnahmen, die auf Säuglinge und Kinder bis zu sechs Jahren und auf Schulkinder zugeschnitten sind, sich gegen Kindesmissbrauch bzw. -misshandlung und gegen die Vernachlässigung von Kindern, gegen Verhaltensstörungen, Gewalt und Aggression und gegen den lebenslangen Gebrauch von Suchtmitteln richten, die elterliche Unterstützung fördern und Stress, Angst und Depression bekämpfen. Beispielsweise können fehlende Unterstützung vonseiten der Eltern, Kindesmissbrauch und -misshandlung und psychische Krankheit der Eltern während der Säuglingszeit und frühen Kindheit dazu führen, dass jemand später im Leben unter Depressionen und Angstzuständen leidet und diese auch auf die nächsten Generationen übertragen werden, während Geborgenheit und Unterstützung durch die Familie solche Risiken verringern können. Eine wirksame Unterstützung und Aufklärung der (künftigen) Eltern, die bereits während der Schwangerschaft einsetzen muss, haben bewirkt, dass Kinder Schwierigkeiten besser überwinden und bessere schulische Leistungen erzielen konnten, dass sie sich psychisch besser fühlten und im späteren Leben ein geringeres Risiko liefen, unter Angstzuständen und Depressionen zu leiden.

Grundsatzmaßnahmen im Gesundheitssektor, aber auch in anderen Ressorts, und die allgemeine Politik in Bereichen wie Verkehr, Bildung, Stadtplanung, Gesundheitsversorgung, Ernährung und Arbeit können ebenfalls wesentliche Verbesserungen für die psychische Gesundheit der Bevölkerung bewirken (2). Zum Beispiel haben sowohl die Menge wie die Qualität der Arbeit starken Einfluss auf mit der psychischen Gesundheit zusammenhängende Faktoren wie Einkommen, soziale Netze und Selbstachtung. Ein ungesicherter Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit und qualitativ unbefriedigende Arbeit gefährden dagegen die psychische Gesundheit und verstärken Angst und Depression. Fortbildungsangebote und Schulung im Hinblick auf das Schreiben von Bewerbungsanträgen können dazu beitragen, dass Risikogruppen auf dem Arbeitsmarkt leichter wieder Fuß fassen und bessere sowie besser bezahlte Arbeit finden, bei der Stellensuche erfolgreicher sind und weniger Depressionen und psychische Belastungen erleben. Staatliche Wirtschaftsmaßnahmen, die die Höhen und Tiefen des Konjunkturzyklus auffangen können, und eine Arbeitsplatzpolitik, die z. B. Jobsharing, eine Herabsetzung der Arbeitszeit und die Sicherung des Arbeitsplatzes in wirtschaftlich schwierigen Zeiten vorsieht, verringern das Risiko des Arbeitsplatzverlustes, von Arbeitslosigkeit und deren Folgen für die psychische Gesundheit.

Planung von Präventions- und Förderungsmaßnahmen im Bereich psychische Gesundheit

Die Länder der Europäischen Region der WHO sollten konkrete Pläne oder umfassende Strategien für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung von psychischen Störungen aufstellen, die auf jeder Ebene von dem jeweils höchsten politischen Organ gebilligt werden müssten. Die Maßnahmen müssen das gesamte Leben der Menschen umfassen, sie müssen Kindern und Familien einen gesunden Lebensanfang sichern; die kindliche Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen muss durch schulische Maßnahmen gestärkt werden, und andere

Maßnahmen müssen auf die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen bei Erwachsenen und unter alten Menschen abzielen. Die finanziellen Mittel könnten beispielsweise aus einem speziellen Fonds für psychische Gesundheit kommen, der durch Einnahmen aus Tabak- und Alkoholsteuern finanziert werden könnte. Um den zu erwartenden Herausforderungen gerecht werden zu können, müsste die Entwicklung einer wirksamen Politik zur Förderung der psychischen Gesundheit außerdem abgestützt werden durch:

- Kompetenzbildung und die Einbeziehung anderer Sektoren sowie von Laien,
- eine effiziente Umsetzung,
- die Evaluierung und laufende Verfolgung der Umsetzung und der Resultate,
- die Sicherung der Nachhaltigkeit von Maßnahmen auf örtlicher und nationaler Ebene.

Kompetenzverbesserung und Einbeziehung anderer Sektoren sowie von Laien

Für die Verhütung psychischer Störungen und die Förderung der psychischen Gesundheit braucht man Fachkräfte mit breiter Grundlage sowie aufgeklärte und aktive Bürger. Die Länder der Region sollten Kompetenzverbesserungen anstreben, indem sie sicherstellen, dass:

- Gesundheitsfachkräften in ihrer Ausbildung das relevante Wissen, die Überzeugungen und praktischen Fertigkeiten vermittelt werden, die sie für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung von psychischen Störungen brauchen,
- die in der Praxis tätigen Fachkräfte Zugang zu Fortbildungskursen haben,
- Gesundheitswissenschaftler durch ihre Ausbildung auf ihre in allen Sektoren wahrzunehmende Rolle als Befähiger, Mediatoren und Fürsprecher der psychischen Gesundheit vorbereitet werden und lernen, die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Partner zu finden und in die Arbeit einzubeziehen,
- die Ausbildung von Fachkräften anderer Disziplinen diese darauf vorbereitet zu erkennen, welche Bedeutung ihre Politik und ihr Handeln für die psychische Gesundheit der Bevölkerung haben.

Man sollte interdisziplinäre Schulungsprogramme aufstellen, in denen Wissenschaftler die praktischen Forschungskompetenzen erwerben können, die sie für die Durchführung von Evaluierungen und für die Verbesserung von Qualität und Wirksamkeit der praktischen Arbeit brauchen. Nicht zuletzt müssen Laien angehalten werden, sich aktiv an der Förderung der psychischen Gesundheit zu beteiligen, und zwar nicht nur als passive Behandlungsobjekte, sondern als kompetente und stark engagierte Förderer der psychischen Gesundheit in ihren Familien, in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld, in Schulen und an Arbeitsplätzen.

Unterstützung der Umsetzung

Wenn ein Programm oder ein Konzept im breiteren Rahmen umgesetzt wird, müssen die für diese Arbeit Zuständigen in Zusammenarbeit mit den für die Evaluierung Verantwortlichen die Qualität der Umsetzung sichern, die für einen Erfolg erforderlichen stützenden Elemente liefern und die Initiativen den jeweiligen kulturellen Gegebenheiten anpassen.

Welche Maßnahmen für die Umsetzung einer Politik zur Förderung der psychischen Gesundheit ergriffen werden, hängt jeweils vom Verantwortungsniveau und dem bestehenden politischen Umfeld ab. Verwaltungs-, Finanz- und

Steuerungsinstrumente sollten stärker genutzt werden, und das Gleiche gilt für Maßnahmen, die Umsetzung, Forschung und Fortbildung beeinflussen und unterstützen. Eine bessere Nutzung der Qualitätssicherung bei der Umsetzung und laufenden Verbesserung von Maßnahmen ist dabei unabdingbar. Sehr viel stärkere Berücksichtigung sollten auch die Mechanismen erfahren, die für die Beeinflussung, Einbeziehung und Förderung der vielgestaltigen bürgernahen Einfluss- und Entwicklungsgeflechte genutzt werden. Genau hier, auf gesellschaftlich dezentralisierter Ebene, wird man einen Großteil des Engagements und der Aktivitäten für die Förderung der psychischen Gesundheit finden.

Auswertung bestehender Programme und Verträglichkeitsprüfung der Politik

Die Länder der Europäischen Region sollten einen gemeinsamen Satz von Indikatoren aufstellen, verwenden und ihre Berichterstattung daran ausrichten, und zwar mit Indikatoren zur psychischen Gesundheit und zu psychischen Störungen, zu Determinanten von psychischer Gesundheit und zu Infrastruktur, Politik und Programmen, die für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung von psychischen Störungen vorhanden sind. Unbedingt bewertet werden müssen die Kosten, der Nutzen und die Wirkung von Programmen, was die Wissensgrundlage für eine wirksame Präventionsarbeit erweitert. Dabei sollte man besonders auf die Haltbarkeit, die Langzeitwirkung, die kulturelle Sensibilität und die Kostenwirksamkeit der Ergebnisse vorhandener Programme und Politikkonzepte achten und überlegen, wie sie verbessert werden könnten (7). Alle Sektoren sollten für die Auswirkungen, die ihre Politik und ihre Programme auf die psychische Gesundheit haben, verantwortlich gemacht werden und erkennen, welche Vorteile die Förderung und der Schutz der psychischen Gesundheit auch für sie selbst mit sich bringen. Deshalb müssen jede Sozial- oder Wirtschaftspolitik und die einschlägigen Programme daraufhin untersucht werden, inwieweit sie der psychischen Gesundheit zuträglich sind, und eine solche Verträglichkeitsprüfung gilt auch für Entwicklungsprojekte, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken könnten. Wesentlich ist auch, dass bei der Umsetzung und dem Audit einer Politik zur Förderung der psychischen Gesundheit die Qualitätssicherung stärker berücksichtigt wird.

Sicherung der Nachhaltigkeit

Welchen Einfluss evidenzbasierte Programme auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung haben, hängt von ihrer Laufzeit ab. Die Wirksamkeit der Programme wird häufig dadurch begrenzt, dass ihrer nachhaltigen Umsetzung Widerstände entgegengesetzt werden. Im WHO-Bericht über die Verhütung von psychischen Störungen (7) wird betont, dass Maßnahmen

die in der Bevölkerung vorhandenen Ressourcen fördern und darauf aufbauen sollten, um so ihre dauerhafte Wirkung am Ort zu maximieren. Um über einen längeren Zeitraum hinweg Vorteile für die psychische und allgemeine Gesundheit zu erzielen, muss man in der Bevölkerung ein Gefühl der Verantwortung für die Unterstützung nachhaltiger Strategien in mit gesundheitlichen Fragen befassten Organisationen entwickeln. Um für eine nachhaltigere Umsetzung sorgen zu können, sollten staatliche Behörden und Leistungserbringer Programme und Politikkonzepte wählen, die auf der bestehenden Infrastruktur und vorhandenen Ressourcen aufbauen können. Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen könnten in Schulen, an Arbeitsplätzen oder unter Bevölkerungsgruppen in bereits bestehende effektive Gesundheitsförderungsprogramme und sozialpolitische Konzepte eingegliedert werden.

Einige Beispiele

Schottland: ein umfassender Ansatz für die Förderung der psychischen Gesundheit

Das Staatliche Programm zur Verbesserung der Psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens in Schottland verfolgt mehrere Ziele (8):

- Es soll in der Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Thematik psychische Gesundheit und psychische Krankheit schärfen und die psychische Gesundheit und das emotionale Wohlbefinden fördern.
- Es soll die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Diskriminierung, der sich Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen immer noch gegenübersehen, beseitigen helfen.
- Es soll Selbstmorde verhindern und nach einem Selbstmord den Hinterbliebenen helfen, ihre Situation zu bewältigen.
- Es soll Menschen helfen, sich von einer psychischen Krankheit zu erholen, und sie bei diesem Prozess unterstützen.

Die Arbeit des Programms erstreckt sich auf alle Lebensphasen und unterschiedliche Lebensumstände bzw. -bereiche, d. h. die ersten Lebensjahre, Kinder- und Jugendzeit, das spätere Leben, Beschäftigung und Arbeitsleben, psychische Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung und öffentliche Dienste. Das Programm repräsentiert einen nationalen Strategieansatz für die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung und ist Teil einer integrierten Politik auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, die zu gesundheitlichen Verbesserungen und zu wirtschaftlichem Reichtum und Wohlstand beiträgt und das Wohlbefinden aller Menschen fördert. Im Programm wurde eine Forschungs- und Evaluierungsstrategie eingeführt, wobei alle Hauptelemente der Arbeit einer unabhängigen Evaluierung unterzogen werden. Im Rahmen des Programms soll die Faktengrundlage für die Verbesserung der psychischen Gesundheit zusammengestellt und verbreitet werden, wobei es gleichzeitig die Weiterentwicklung der Praxis unterstützen soll. Die Programmaktivitäten werden durch eine Umsetzungsstrategie abgestützt, und die verschiedenen daran beteiligten Stellen versuchen in enger Zusammenarbeit die vorhandene Infrastruktur bestmöglich zu nutzen.

Finnland: Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern

In Finnland versucht man seit 1997 im Rahmen des Europäischen Projekts zur Förderung der psychischen Gesundheit (9), in den ersten Lebensjahren Methoden zu entwickeln, mit denen man die frühzeitige Eltern-Kind-Beziehung fördern und psychosoziale Probleme in Familien mit Säuglingen und Kleinkindern wirksam verhüten kann. Zwischen 1997 und 2002 wurden in der Hälfte der Stadtgemeinden des Landes im Rahmen des nationalen Projekts über 2000 Pflegefachkräfte der Primärversorgung geschult. Zum Fortbildungsprogramm gehörte auch ein Handbuch für die Ermittlung von Risikofaktoren und zielgerichteten Maßnahmen in der Primärversorgung, das z. B. für in Kindertagesstätten und im Sozialdienst tätige Fachkräfte gedacht ist.

Außerdem unterstützt das Projekt Effektive Familie (10) seit 2001 Kinder von psychisch kranken Eltern, wobei es letztlich darum geht zu verhüten, dass es bei den Kindern zu psychischen Störungen kommt. Dieses Projekt hilft Familien, ihr Leben ungeachtet der psychischen Störung eines Elternteils fortzusetzen, und unterstützt sowohl die Eltern als auch die gesunde Entwicklung und die Bewältigungskompetenz

ihrer Kinder. Das Programm wurde von Fachkräften in Sozialarbeit und Gesundheitsversorgung, von verschiedenen Kooperationspartnern und Organisationen übernommen und fördert Präventionsansätze, so wie es auch die Zusammenarbeit zwischen den Diensten für Erwachsene und für Kinder unterstützt. Das Programm geht von einem psychopädagogischen Ansatz aus, der die Zusammenarbeit mit der ganzen Familie vorsieht, wobei methodisch mit der präventiven Familienintervention von Beardslee und mit der Intervention „Let’s talk about children“ (Sprechen wir über Kinder) gearbeitet wird.

Die Niederlande: spezialisierte Arbeitskräfte für die Verhütung psychischer Störungen

In den Niederlanden gibt es im Gesundheitswesen, in Kliniken und nichtstaatlichen Organisationen ein ausgebauten System für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen. Viele dieser Dienste arbeiten mit einschlägig spezialisierten Teams, die von den Kommunen oder durch das staatliche Versicherungssystem finanziert werden. Das Trimbos-Institut (11) ist das landesweite Fachinstitut für den Themenkomplex psychische Gesundheit und Suchtversorgung und fungiert in diesem Bereich als Koordinationszentrum. Es begleitet Entscheidungsträger und informiert sie hinsichtlich der Organisation, Zugänglichkeit und Qualität von Versorgungs- und Präventionseinrichtungen. Im Laufe mehrerer Jahrzehnte haben die Präventionsteams der 50 psychosozialen Gemeindezentren ein Bündel von Präventionsprogrammen erarbeitet, die in den einzelnen Verwaltungsgebieten bestehenden Bedürfnissen entgegenkommen. Die allgemeine Förderung der psychischen Gesundheit ist als gesetzliche Aufgabe der kommunalen Dienste, z. B. in Schulen, festgeschrieben. Landesweit durchgeführte Programme sind der Kurs „Mit Depression fertig werden“, der den Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen (z. B. von Jugendlichen, Erwachsenen, Senioren) angepasst wurde, und vorbeugende Angebote für Kinder von psychisch kranken Eltern. Zwei Universitäten bieten Kurse zum Thema Prävention von psychischen Störungen und Förderung von psychischer Gesundheit an. Die meisten der 1000 Präventionsexperten haben Weiterbildungskurse absolviert und sind Mitglieder des Niederländischen Verbands für Prävention und Gesundheitserziehung. Die Entwicklung, Evaluierung und Umsetzung evidenzbasierter Programme im Bereich psychische Gesundheit wird durch das landesweite Forschungsprogramm des Rates für Gesundheitsforschung und gesundheitliche Entwicklung systematisch gefördert.

Europa: das Aktionsnetz Umsetzung von Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit (IMHPA)

Unter Beteiligung von 28 Ländern und mit der Europäischen Kommission als Mitsponsor bietet der Verbund für die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit eine europäische Plattform, die die Unterstützung der Festsetzung von Grundsatzprioritäten mit der Verbreitung von evidenzbasiertem Wissen über Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit vereint. Das IMHPA hat einen europäischen Aktionsplan für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen aufgestellt, d. h. einen Grundsatzrahmen zur Ermittlung absolut vorrangiger Grundsatzinitiativen für die Verbesserung der psychischen Gesundheit, die nach ihrer nachweislichen Effizienz und den praktischen Umsetzungsmöglichkeiten ausgewählt werden (2). Im Aktionsplan wird der entsprechende Handlungsbedarf erläutert und

die Faktengrundlage erfolgreicher Ansätze und Umsetzungsstrategien für jede Grundsatzoption dargelegt, was einen Rahmen für die Entwicklung wirksamer Aktionspläne auf nationaler oder regionaler Ebene liefert. Das IMHPA stellt auch ein Webregister von in ganz Europa zu findenden evidenzbasierten Interventionen für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen zusammen, in dem Programme, Resultate und Grundzüge der Umsetzung erläutert werden. Zur Unterstützung der Verbreitung und Umsetzung dieser Interventionen und als Anregung für nationale Partnerschaften und Maßnahmen knüpfen die nationalen Ansprechpartner des Verbunds Länderbündnisse, in die Gesundheitsfachkräfte unterschiedlicher Ebenen einbezogen werden. Solche Bündnisse dienen dem Austausch von Informationen über die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen, der Stärkung der Zusammenarbeit sowie als Motor der Entwicklung auf nationaler und regionaler Ebene.

Einbeziehung interessierter Akteure

Partner für die Arbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit gewinnen

Soll es gelingen, multisektorale Konzepte und Maßnahmen für die psychische Gesundheit zu erarbeiten und zusammenzubringen, muss eine Vielfalt von Partnern in diese Arbeit einbezogen werden. Es sollte auf allen Ebenen Strukturen und Prozesse geben, die es leichter machen, die Zusammenarbeit aller Akteure und Sektoren zu harmonisieren. Viele dieser potenziellen Partner sind sich nicht bewusst, welche Vorteile es ihnen einbringen kann, wenn sie in die Förderung der psychischen Gesundheit investieren. Deshalb müssen die Probleme überwunden werden, die sich durch sektorale Alleingänge und organisatorische Sonderziele, Budgets und Aktivitäten ergeben; ein solches Problem sind die fehlenden Mechanismen, die es ermöglichen würden, Partner in eine systematische Zusammenarbeit einzubinden. Der Gesundheitssektor kann hier eine Führungsrolle übernehmen, indem er eine aktive Förderung der psychischen Gesundheit betreibt, als Fürsprecher der psychischen Gesundheit auftritt und andere Sektoren ermutigt, sich mit gemeinsamen Zielen und Ressourcen an multisektoralen Aktivitäten zu beteiligen.

Solche Partnerschaften sind auf unterschiedlichen Ebenen (international, in den einzelnen Ländern, regional und örtlich) erforderlich und müssen eine Vielfalt von Akteuren einbeziehen: staatliche und nichtstaatliche Stellen, Fachkräfte innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors, Industrie und Privatsektor, die Medien und die Zivilgesellschaft. Die Einbindung aller Sektoren ist unabdingbar, wenn sichergestellt sein soll, dass die Programme Prioritäten widerspiegeln, breite Unterstützung finden und auf Dauer tragfähig sind. Alle diese Initiativen konzentrieren sich auf die Entwicklung von partizipatorischen Planungsmodellen wie gesetzlich verankerten Ausschüssen und Räten mit Langzeitmandat, formalen Partnerschaftsgruppierungen, Sonderarbeitsgruppen sowie informelleren und zur Lösung bestimmter Aufgaben gebildeten Partnerschaften.

Insbesondere sind nichtstaatliche Organisationen unentbehrliche Partner für die Sicherung der rechenschaftspflichtigen Verantwortung im Bereich psychische Gesundheit; sie sind ein lebenswichtiges Element einer jeden modernen Zivilgesellschaft, weil sie das Bewusstsein für Probleme und Anliegen der Menschen schärfen, für Veränderungen eintreten und einen Grundsatzdialog provozieren. Besonders wichtig sind die Organisationen, die sich mit Bürgerrechtsfragen, mit kulturellen,

wirtschaftlichen, politischen und sozialen Rechten befassen, u. a. für die Rechte von Kindern, religiösen oder ethnischen Minderheiten und von Menschen mit physischen oder psychischen Behinderungen eintreten. Ihre Rolle bei der Förderung der psychischen Gesundheit und der Verhütung psychischer Störungen sollte gestärkt werden.

Literatur⁷

1. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
2. *A policy for MHP and MDP.* Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
3. *The world health report 2004. Changing history.* Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/whr/2004/en/>).
4. *Investing in mental health.* Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/mentalhealth/media/en/investing/mnh.pdf>).
5. Jané-Llopis E, Anderson P. A policy framework for the promotion of mental health and the prevention of mental disorders. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G, eds. *Mental health policy and practice across Europe.* Maidenhead, Open University Press (im Druck).
6. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a summary report.* Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/mentalhealth/evidence/en/promoting/mhh.pdf>).
7. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report.* Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/mentalhealth/evidence/en/preventionofmentaldisorderssr.pdf>).
8. *National Programme for Improving Mental Health and Well-being in Scotland.* Edinburgh, Scottish Executive, 2004 (<http://www.wellontheweb.org/well/well/MainTemplate.jsp?pContentID=910&papplic=CCC&pservice=Content.show&>).
9. *The European Early Promotion Project: evaluation of a needs based approach to the promotion of child development and prevention of mental health problems.* Tampere, University of Tampere Medical School, 2005 (<http://www.uta.fi/laitokset/laaket/bio/research/childpsychiatry/europeanearlypromotion.html>).
10. *Effective Family Project.* Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html>).
11. Trimbos Institute. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction [Website]. Utrecht, Trimbos Institute, 2005 (<http://www.trimbos.nl/default37.html>).

Weiterführende Literatur⁷

European Mental Health Economics Network [Website]. Brussels, Mental Health Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).

Implementing Mental Health Promotion Action network [Website]. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net>).

⁷ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

8. Psychische Gesundheit und Arbeitsleben

„Die psychische Gesundheit der Mitarbeiter eines Unternehmens kann sich auf die Unternehmensleistung ebenso stark auswirken wie das Betriebsklima oder unzulängliche Fortbildung.“

– Howard Davies, Generaldirektor, Britischer Industrieverband

Die Herausforderungen annehmen

Die sich wandelnde Arbeitswelt

Der Arbeitsplatz ist eines der wichtigsten Umfeldler, das unsere körperliche und psychische Gesundheit beeinflusst. Das Arbeitsleben ist einem erheblichen und ständigen Wandel unterworfen. Telearbeit, die verstärkte Ausnutzung der Informations- und Kommunikationstechnik und die Ausweitung des Dienstleistungssektors sind nur einige Beispiele für die sich wandelnden Arbeitsmuster. Andere sind das zunehmende selbstregulierte Arbeiten und die Teamarbeit, Veränderungen der Beschäftigungsmuster (strukturelle Anpassungen (das so genannte Downsizing), Auslagerung (Outsourcing), Neben- und Zulieferverträge und die Globalisierung) (1). Neue Managementformen wie die Just-in-time-Lieferung und schlanke Organisationen verlangen den Arbeitnehmern in Bezug auf den Umfang und die Zusammensetzung ihrer Qualifikationen, Schichtarbeit und unsoziale Arbeitszeiten mehr Flexibilität ab (2). Überlagert werden diese neuen Muster von der sich wandelnden Altersstruktur und der Tatsache, dass immer mehr Frauen und Immigranten auf den europäischen Arbeitsmarkt drängen (1). Alle diese Veränderungen des Arbeitslebens stellen für die psychische Gesundheit und das Wohlergehen neue Herausforderungen dar.

Wie beeinflusst Arbeit die psychische Gesundheit?

Arbeit wirkt sich auf die psychische Gesundheit vielschichtig aus. Einerseits vermittelt Arbeit persönliche Befriedigung und das Gefühl, etwas zu leisten, aber auch zwischenmenschliche Kontakte und finanzielle Sicherheit, alles Voraussetzungen für eine gute psychische Gesundheit. Fehlende Arbeit oder Arbeitslosigkeit kann sich andererseits negativ auf unser psychisches Wohlbefinden auswirken. Wenn jemand arbeitslos wird, ist die Wahrscheinlichkeit depressiver Symptome und der Diagnose einer klinischen Depression doppelt so hoch wie bei beschäftigten Arbeitnehmern (3). Wenn die Arbeit schlecht organisiert ist und die am Arbeitsplatz vorhandenen Risiken nicht richtig angegangen werden, kann sich das ebenfalls negativ auf unsere psychische Gesundheit und unser Wohlbefinden auswirken.

Unter Umständen reagiert man mit arbeitsbedingtem Stress, wenn Anforderungen und Arbeitsdruck das eigene Wissen und Können übersteigen und man in seiner

Fähigkeit zur Bewältigung dieser Situationen überfordert ist. Stressbedingte Gefahren können in der inhaltlichen Gestaltung der Arbeit, in der Arbeitsbelastung und im Arbeitstempo, in der Organisation der Arbeitszeit und der (fehlenden) Teilhabe an der Entscheidungsfindung lauern und auch auftreten, wenn man Entscheidungen nicht steuern kann. Die meisten Stressursachen sind bedingt durch die Art und Weise, wie Arbeit angelegt ist und wie Organisationen geleitet werden. Andere Stressursachen können Laufbahnentwicklung, Status und Entlohnung, die Rolle des Einzelnen in der Organisation, zwischenmenschliche Beziehungen, die Organisationskultur und die Schnittstelle Privatleben und Arbeitsplatz sein (4).

Stress beeinflusst Menschen ganz unterschiedlich. Er kann Gewaltanwendung am Arbeitsplatz oder Suchtverhalten (Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, sexuelle Promiskuität, Spielsucht, Technikabhängigkeit) verursachen. Stress kann zu psychologischen Problemen wie Gereiztheit, Konzentrations- und Entscheidungsschwäche oder Schlafstörungen führen. Langzeitstress oder traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz können psychische Erkrankungen (Angustzustände und Depression) hervorrufen, die zu Fehlzeiten führen und den Arbeitnehmer daran hindern, wieder arbeiten zu können. Im Vereinigten Königreich sind psychiatrische Erkrankungen unter Frauen die dritthäufigste und unter Männern die vierthäufigste Ursache für lang andauernde krankheitsbedingte Fehlzeiten. Depressive Arbeitnehmer haben zwischen 1,5 und 3,2 mehr Krankentage pro Jahr als andere und verlieren etwa 20% ihrer Produktivität (5). Arbeitsbedingter Stress geht auch mit körperlichen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen einher, wie z. B. Myokardinfarkt, Bluthochdruck, Geschwüren, Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen, Hautausschlägen und erhöhter Infektionsanfälligkeit (3).

Stress kann sich negativ auf Organisationen auswirken, weil er hohe Fehlzeiten, eine starke Mitarbeiterfluktuation und disziplinäre Probleme verursacht, zu unsicheren Arbeitspraktiken führt und bewirkt, dass die Mitarbeiter unengagiert arbeiten, dass es zu Leistungsabfall kommt und unter Kollegen Spannungen und Konflikte entstehen. Außerdem schadet Stress dem Image der Organisation, und zwar sowohl intern wie nach außen hin, wobei die Gefahr wächst, dass gestresste Arbeitnehmer gegenüber der Organisation Rechtsansprüche geltend machen und rechtliche Schritte unternehmen (4).

Ein anderes an vielen Arbeitsplätzen anzutreffendes Phänomen ist die psychologische Belästigung. Die Ursachen dafür sind im Verfall der zwischenmenschlichen Beziehungen und in organisatorischen Fehlfunktionen zu suchen. Zu den am häufigsten anzutreffenden Formen der Belästigung am Arbeitsplatz gehört das „Mobbing“. Dabei handelt es sich um eine wiederholte, unbegründete Verhaltensweise gegenüber einem Arbeitnehmer oder einer Gruppe von Arbeitnehmern, die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet. Mobbing beinhaltet einen Machtmissbrauch, gegen den sich die Angegriffenen u. U. nur schwer zur Wehr setzen können (6). Mobbing sind beispielsweise Ausgrenzung, Klatsch, Demütigung, das Aufhetzen von Kollegen gegen das Opfer, Lächerlichmachung, sexuelle Belästigung, die Verbreitung falscher Informationen, Gewaltandrohung und Beschimpfung (7).

Wie groß ist das Problem?

Eine im Jahr 2000 in den damals noch 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) durchgeführte Erhebung erbrachte, dass über die Hälfte der 160 Millionen Arbeitnehmer nach eigenen Angaben während mindestens eines Viertels ihrer Arbeitszeit sehr schnell arbeitet (56%) oder unter Termindruck steht (60%). Mehr als

ein Drittel hatte keinen Einfluss auf die Reihenfolge der Aufgaben, 40% gaben an, eine eintönige Arbeit zu haben.

Diese arbeitsbedingten Stressfaktoren tragen wahrscheinlich zu den von den Arbeitnehmern angegebenen gesundheitlichen Problemen bei: 15% der arbeitenden Bevölkerung der EU klagten im Jahr 2000 über Kopfschmerzen, 23% über Nacken- und Schulterschmerzen, 23% über Müdigkeit, 28% über Stress und 33% über Rückenschmerzen. Fast jeder zehnte Arbeitnehmer gab an, am Arbeitsplatz eingeschüchtert zu werden (8). Eine kürzlich unter Schlüsselakteuren in den neuen EU-Ländern durchgeführte internationale Erhebung förderte zutage, dass fast 90% der Interviewten Stress in ihrem Land als Krankheitsursache betrachten und meinen, dass Stress und Mobbing ihre Ursache in schlechter Arbeitsorganisation haben (9).

Die Daten aus den einzelnen Mitgliedstaaten sind besorgniserregend. In Österreich gaben 1,2 Millionen Arbeitnehmer an, dass sie aufgrund von Zeitdruck unter arbeitsbedingtem Stress litten. In Dänemark sagten 8% der Arbeitnehmer, sie fühlten sich ‚oft‘ emotional erschöpft. In Deutschland behaupteten 98% der Betriebsräte, dass sich Stress und Arbeitsdruck in den letzten Jahren verschlimmert hätten, und 85% gaben als Ursache längere Arbeitszeiten an. In Spanien charakterisierten 32% der Arbeitnehmer ihre Arbeit als stressig. In Schweden berichteten 9 von 10 Angestellten, sie würden bei ihrer täglichen Arbeit im Wettlauf mit der Zeit liegen, 40% lassen die Mittagspause aus (10).

Wie viel kostet das?

In den 15 der EU vor 2004 angehörenden Mitgliedstaaten kosten Stress am Arbeitsplatz und die damit verbundenen psychischen Gesundheitsprobleme jährlich im Durchschnitt schätzungsweise zwischen 3% und 4% des Bruttoinlandsprodukts, d. h. 265 Milliarden € (11). In Untersuchungen schätzt man, dass arbeitsbedingter Stress in diesen Ländern bei Wirtschaft und Staat jährlich mit einer durch Fehlzeiten und damit zusammenhängenden Gesundheitskosten verursachten Belastung von etwa 20 Milliarden € zu Buche schlagen; hinzu kommt der Preis von Produktivitätsverlusten, stärkerer Arbeitnehmerfluktuation und Innovationsschwäche (12).

Im Vereinigten Königreich fühlte sich im Jahr 2000 jeder fünfte Arbeitnehmer aufgrund arbeitsbedingter Faktoren ‚außerordentlich‘ oder ‚sehr‘ gestresst. Stressbedingte Krankheiten sind allein im Vereinigten Königreich jedes Jahr für den Ausfall von 6,5 Millionen Arbeitstagen verantwortlich, was die Arbeitgeber rund 571 Millionen € und die Gesellschaft insgesamt sogar bis zu 5,7 Milliarden € kostet. In Schweden begründeten 1999 14% der 15 000 auf längere Zeit krank geschriebenen Arbeitnehmer ihre Abwesenheit mit Stress und psychischer Belastung. Den Staat kosteten Krankenfehlzeiten 1999 insgesamt 2,7 Milliarden €. In den Niederlanden waren psychische Störungen 1998 die Hauptursache von Arbeitsunfähigkeit (32%), die Kosten von arbeitsbedingten psychologischen Erkrankungen belaufen sich jährlich auf schätzungsweise 2,26 Milliarden € (10).

Ist jedermann gleich stark betroffen?

Nicht jedermann ist dem Risiko von arbeitsbedingtem Stress gleich stark ausgesetzt. Bestimmte Gruppen (jüngere und ältere Arbeitnehmer, Frauen, ethnische Minderheiten, Wanderarbeitnehmer und Immigranten) sind stressanfälliger als andere. Arbeitnehmer in Betrieben, die größere Veränderungen, wie z. B. die Übernahme durch ein anderes Unternehmen, durchgemacht oder neue Leitungsstrukturen eingeführt haben, sind ebenfalls stärker stressgefährdet (12).

Psychologische Belästigung am Arbeitsplatz hängt auch mit sozialen Ungleichheiten und einer in Charakterzügen und Hintergrund der jeweiligen Person begründeten Diskriminierung zusammen. Am häufigsten (14%) ist sie in der öffentlichen Verwaltung und im Militär anzutreffen, danach folgen Bildungs- und Gesundheitssektor, Hotel- und Gaststättengewerbe sowie Verkehrs- und Kommunikationssektor (12%). Am wenigsten (3%) war Belästigung am Arbeitsplatz in der Landwirtschaft und im Fischereigewerbe sowie im öffentlichen Versorgungssektor zu finden (8).

Welchen Herausforderungen müssen sich Gesundheitssysteme stellen?

Die oben angeführten Zahlen deuten darauf hin, dass arbeitsbedingter Stress und psychosoziale Risiken als Ursachen von Krankheit und wirtschaftlichen wie sozialen Kosten eine schwerwiegende Belastung darstellen. Gesundheitspolitik, Gesundheitswesen und Gesundheitsdienste müssen angemessen auf diese Herausforderung reagieren. Bis jetzt richteten sich die meisten Konzepte und Dienste zur Verhütung und Beseitigung von Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz in erster Linie gegen die physischen Risiken, weshalb die psychosozialen Risiken und die Auswirkungen der Arbeit auf die psychische Gesundheit weitgehend ignoriert wurden.

Deshalb fallen in vielen Mitgliedstaaten arbeitsbezogene psychische Gesundheitsprobleme nicht unter die für Arbeitsmedizin und Sicherheit am Arbeitsplatz geltenden Gesetze. Die bestehenden arbeitsmedizinischen Dienste, die Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei der Einschätzung der Risiken am Arbeitsplatz unterstützen, haben nicht genügend geschultes Personal und nicht die Instrumente zur Verfügung, um effiziente vorbeugende Maßnahmen erarbeiten zu können, mit denen sich psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz abmildern ließen. Außerdem haben nur sehr wenige europäische Arbeitnehmer (unter 15%) Zugang zu solchen Diensten. Unter psychischen Gesundheitsproblemen leidende Menschen stoßen am Arbeitsplatz auf Diskriminierung und verschiedene Barrieren, wenn sie Arbeit suchen oder nach einer Krankheitsperiode an den Arbeitsplatz zurückkehren.

Lösungen schaffen

Im WHO-Aktionsplan zur Verbesserung der Psychischen Gesundheit in der Europäischen Region wird unterstrichen, wie wichtig es ist, dass am Arbeitsplatz aktiv für die Verbesserung der psychischen Gesundheit gesorgt wird. Um die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu verbessern, können Regierungen, Organisationen und Arbeitgeber Maßnahmen ergreifen, die die Auswirkungen von arbeitsbedingtem Stress und anderen psychosozialen Risiken auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auf ein Mindestmaß beschränken und den Zugang zu Arbeit sowie die soziale Eingliederung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen verbessern.

Zu solchen Maßnahmen gehört, dass Aspekte der psychischen Gesundheit in die nationale Politik, in Gesetzgebung und Programme für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sowie in Strategien der Unternehmensführung Eingang finden. Wichtig ist auch, dass alle Arbeitnehmer, und insbesondere die Risikogruppen, Zugang zu arbeitsmedizinischen Diensten haben, die wirksame Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit entwickeln können.

Die Fachkompetenz für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz sollte durch Risikobewertung und Handhabung von Stress und psychosozialen Faktoren, durch die Schulung von Mitarbeitern und durch bewusstsensibilisierende Maßnahmen entwickelt werden. Die arbeitsbezogene psychische

Gesundheit sollte mit Hilfe speziell für diesen Zweck entwickelter Indikatoren und Instrumente laufend beobachtet werden.

Landes-, Ressort- und Unternehmenspolitik muss so entwickelt und umgesetzt werden, dass die in der Beschäftigungspraxis mit psychischen Erkrankungen verbundene Stigmatisierung beseitigt wird, Maßnahmen zur Wiedereingliederung, Rehabilitation und beruflichen Fortbildung von Menschen mit psychischen Erkrankungen angeregt werden und Arbeitsplätze sowie Arbeitsverfahren ihren besonderen Bedürfnissen angepasst werden.

Einige Beispiele

Zu einer guten Praxis im Bereich psychische Gesundheit am Arbeitsplatz gehören landesweite Maßnahmen sowie Maßnahmen auf Unternehmensebene.

Landesweite Maßnahmen

In mehreren Mitgliedstaaten sind Aspekte der psychischen Gesundheit bereits Teil der nationalen Gesetze für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Damit hat man eine tragfähige Grundlage für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz.

Gesetz zur Verbesserung des Arbeitsumfelds, Schweden

„Arbeitsbedingungen müssen den unterschiedlichen physischen und psychischen Kompetenzen der Menschen angepasst sein. Der Arbeitnehmer muss Gelegenheit erhalten, sich an der Gestaltung seiner eigenen Arbeitssituation zu beteiligen.... Technik, Arbeitsorganisation und Arbeitsinhalt müssen so angelegt sein, dass der Arbeitnehmer keiner körperlichen Belastung und keinem psychischen Stress ausgesetzt ist, die zu Krankheit oder Unfällen führen könnten.... Genau kontrollierte oder strengen Beschränkungen unterworfenen Arbeitsbedingungen sind zu vermeiden oder zu begrenzen. Es ist nach Möglichkeit sicherzustellen, dass die Arbeit Abwechslung, Möglichkeiten für zwischenmenschliche Kontakte und Zusammenarbeit sowie einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Aufgaben bietet.“

Wirkung erzielen selbst gute Gesetze allerdings nur, wenn sie richtig umgesetzt werden. Beispielsweise arbeiten in der dänischen Gewerbeaufsicht (Arbejdstilsynet) Psychologen als Inspektoren in Bereichen, in denen Arbeitnehmer über Stresssymptome klagen, die ihre Ursache in hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck haben und dadurch zustande kommen, dass an Arbeitsplätzen, in denen Gewalt und Drohungen an der Tagesordnung sind, Präventions- und Notfallpläne fehlen. Monotone Arbeit und psychosoziale Probleme zählen im staatlichen Programm für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002–2005 zu den vorrangig anzugehenden Problemen (13).

Maßnahmen auf Unternehmensebene

Ungeachtet der ursprünglichen Ursache psychischer Gesundheitsprobleme sehen sich Arbeitgeber und Manager mit den folgenden wichtigen Themen konfrontiert, wenn sie versuchen, den psychischen Gesundheitsbedürfnissen ihrer Beschäftigten gerecht zu werden:

- Anerkennung und Akzeptanz von psychischer Gesundheit als einem legitimen Anliegen der Organisation,
- wirksame Umsetzung der Antidiskriminierungsbestimmungen des Landes,
- Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme, die sich mit den psychischen Gesundheitsbedürfnissen der Arbeitnehmer auseinandersetzen.

Anti-Stress-Programm des Mental Health Trust

Im Mental Health Trust, dessen Mitarbeiter ein großes Gebiet in Großbritannien versorgen, erkannte man, dass die stressbedingten Erkrankungen der eigenen Beschäftigten 20% der Krankenfehlzeiten ausmachen. Deshalb führte der Trust ein Antistress-Versuchsprogramm ein, mit dem Angst- und Spannungszustände unter den Mitarbeitern verringert werden sollten. Das Aktivitätsspektrum umfasste: eine Stressmanagementgruppe, eine Gruppe, die Vertreter der Beschäftigten anhörte, einen Workshop zum Thema organisationsbedingter Stress sowie die Einrichtung von Aktionsgruppen. Dadurch konnte der Anteil der stressbedingten Krankenfehlzeiten um 3% gesenkt werden (3).

Eine gute praktische Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz sollte:

- ein System zur Früherkennung (Frühwarnung) umfassen,
- die Teilnehmer an der gesamten Projektleitung beteiligen,
- Teil der Managementphilosophie sein,
- Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen vorsehen, d. h. für den Einzelnen, das soziale Umfeld und die Arbeitsverhältnisse (5).

Maßnahmen der Sozialpartner

Gewerkschaften sind natürliche Partner bei Maßnahmen zum Abbau von Stress und zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. In Belgien führte beispielsweise ein Gewerkschaftsverband eine umfassende Querschnittsuntersuchung zur Ermittlung der Grundursachen von Stress durch. Die IG Metall in Deutschland betreibt eine energische und nachhaltige Kampagne mit dem vielsagenden Motto „Tatort Betrieb: Damit Arbeiten kein „Terror für die Seele“ ist.“ In einigen Ländern, vor allem in Belgien, Dänemark, Deutschland, Schweden und im Vereinigten Königreich, ist Stress auch ein Thema der Tarifabkommen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern (10).

Literatur⁸

1. Cox T, Rial-González E. Work-related stress: the European picture. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*, 2002, 5:4–6 (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/en/index_3.htm).
2. European Commission. *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.pdf).
3. Harnois G, Gabriel P. *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/mental_health/media/en/73.pdf).
4. Leka S et al. *Work organisation and stress*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Protecting Workers' Health Series, No. 3) (http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf).
5. *Sector: working adults (final report)*. Dortmund, Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2003.

⁸ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

6. *Bullying at work*. Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work, 2002 (Factsheet 23) (http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/23/en/FACT-SHEETSN23_EN.PDF).
7. Cassito MG et al. *Raising awareness of psychological harassment at work*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Protecting Workers' Health Series, No. 4) (http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oeiharassmentc.pdf).
8. Paoli P, Merllié D. *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001 (<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121EN.pdf>).
9. Iavicoli S et al. Fact-finding survey on the perception of work-related stress in EU candidate countries. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:81–97.
10. Koukoulaki T. Stress prevention in Europe: trade union activities. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:17–27.
11. Levi L. *Spice of life or kiss of death? Working on stress*, 2002, 5:11–13 (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/5/en/MAGAZINE5_EN.PDF).
12. Konkolewsky HH. Stress speech: European week for safety and health. In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:29–43.
13. Graversgaard J. Key role of labour inspection: How to inspect psycho-social problems in the workplace? In: Iavicoli S, ed. *Stress at work in enlarging Europe*. Rome, National Institute for Occupational Safety and Prevention, 2004:65–76.

9. Alkohol und psychische Gesundheit

„Erst fordert der Mann den Schluck, dann fordert ein Schluck den nächsten,
dann fordert der Schluck den Mann.“
– Sprichwort

„Alkohol ist kein Zuschauersport. Am Ende spielt die ganze Familie mit.“
– Joyce Rebeta-Burditt, Autorin

Die Herausforderungen annehmen

Die Europäische Region ist die Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem höchsten Alkoholkonsum. Alkohol ist in ihr der drittgrößte vermeidbare Risikofaktor und eine wichtige Ursache für psychische Störungen, Unfälle und Verletzungen (1). Alkoholkonsum ist ein bedeutendes Public-Health-Thema und ein wichtiger Faktor für die globale Krankheitslast.

Störungen durch Alkohol sind als psychische Störungen anerkannt und klassifiziert. Gefährlicher und schädlicher Alkoholkonsum ist mit einem weiten Spektrum aus psychischen und verhaltensbezogenen Problemen verbunden. Er hat auch gesellschaftliche Konsequenzen und betrifft das Leben und tatsächlich die psychische Gesundheit derjenigen, die mit einer alkoholabhängigen Person zusammen leben oder arbeiten.

Störungen durch Alkohol sind verhütbar und obwohl ihre vollständige Beseitigung unrealistisch erscheint, so gibt es doch Belege für die Wirksamkeit einer Reihe von Maßnahmen zur Verringerung der durch Alkohol verursachten Schäden.

Alkohol kann mit psychischen Störungen auf verschiedene Weisen interagieren:

- Psychisch kranke Menschen sind einem höheren Risiko alkoholbezogener Probleme ausgesetzt.
- Menschen mit Störungen durch Alkohol leiden mit größerer Wahrscheinlichkeit auch an anderen psychischen Störungen.
- Der Alkoholkonsum einer psychisch kranken Person kann:
 - das Behandlungsergebnis verschlechtern,
 - die Symptome verschlimmern,
 - das Risiko einer Alkoholabhängigkeit erhöhen,
 - bei gleichzeitiger Einnahme von verschriebenen Arzneimitteln schädlich mit diesen zusammenwirken,
 - längerfristig zu Übellaunigkeit beitragen.

Der Umgang mit alkoholbezogenen Problemen sollte in jede Public-Health-Maßnahme zu psychischen Gesundheitsproblemen integriert sein. Für den Einzelnen

und die ganze Bevölkerung stehen evidenzbasierte präventive Maßnahmen bereit, zu deren wirksamsten Optionen Alkoholsteuern, Beschränkung der Zugänglichkeit und Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer zählen. Doch trotz aller wissenschaftlichen Fortschritte bleiben Alkoholprobleme weiterhin eine wichtige Herausforderung für die Medizin und für die Gesundheitspolitik.

Das Ausmaß des Problems

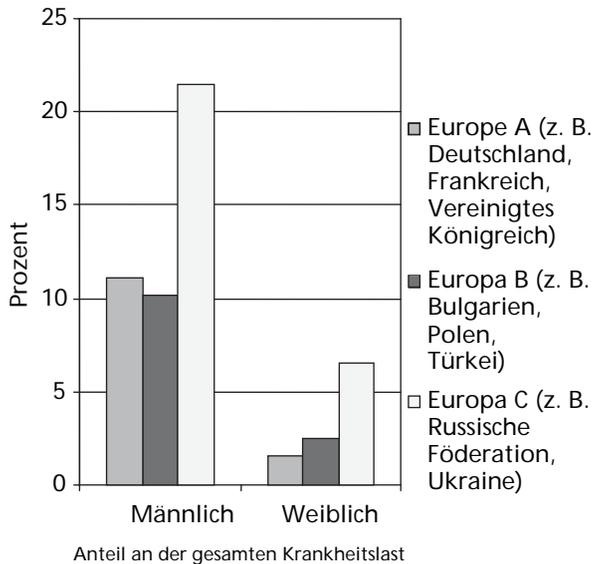
Weltweit verursacht Alkohol nach Erhebungen der Studie zur globalen Krankheitslast 1,8 Mio. Sterbefälle und 4% der gesamten Krankheitslast. Unbeabsichtigte Verletzungen machen alleine ein Drittel dieser 1,8 Mio. Sterbefälle aus, neuropsychiatrische Erkrankungen stehen für beinahe 40% der gesamten Krankheitslast (2).

In der Europäischen Region erreicht der Alkoholkonsum bei 86,8 Mio. Menschen (99 von 1000) ein schädliches Ausmaß und verursacht durch Krankheit und vorzeitigen Tod den Verlust von 15,4 Mio. Lebensjahren. Davon gehen 5 Mio. Jahre (32%) auf neuropsychiatrische Erkrankungen zurück.

Die alkoholbezogene Krankheitslast ist bei Männern weitaus größer als bei Frauen (Verhältnis 5:1) (Abb. 9.1). Der durch Alkohol verursachte gesundheitliche und gesellschaftliche Schaden betrifft nicht nur den Alkoholiker, sondern auch andere. Frauen tragen durch das Trinken anderer eine unverhältnismäßig große Bürde (3).

Die alkoholbezogenen Schädigungsraten positiv beeinflussende Strategien verbessern somit nicht nur die Gesundheit und retten das Leben der Alkoholiker, sie bergen auch das Potenzial einer breiteren Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden von Familien, Gemeinschaften und der Gesellschaft insgesamt.

Abb. 9.1: Alkoholbedingter Teil der Krankheitslast in der Europäischen Region der WHO im Jahr 2000 nach Teilregion und Geschlecht



Quelle: Rehm (4).

Alkohol und Depressionen

Die vorliegenden Erkenntnisse deuten auf einen engen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Depressionen hin. Übermäßiges Trinken kann zu Depressionen führen und Depressionen können zu gefährlichem bzw. schädlichem Trinkverhalten und zu Störungen durch Alkohol führen. Therapieversuche zeigen, dass eine Wirkung hohen lang anhaltenden Alkoholkonsums die Zunahme depressiver Symptome bei den Betroffenen ist. Diese verschwinden in der Regel, wenn der Alkoholkonsum gemäßigt oder eingestellt wird. Strategien, die insbesondere bei starken Trinkern zu niedrigerem Alkoholkonsum führen, bedeuten daher voraussichtlich einen geringeren Krankheitslastanteil der Depressionen.

Alkohol und Suizid

Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Suizid bzw. Suizidversuchen bei starken Trinkern ist gut dokumentiert. Das Risiko von Suizidverhalten steigt in dieser Gruppe mit der psychiatrischen Komorbidität. Daneben steigen die Suizidraten mit zunehmendem Pro-Kopf-Konsum an. Die Suizidraten jüngerer Altersgruppen scheinen signifikanter mit dem Pro-Kopf-Konsum verbunden zu sein als die der älteren Menschen. Außerdem deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass die Suizidraten in Gesellschaften, in denen eine Trinkkultur mit unregelmäßig stattfindenden Trinkgelagen vorherrscht, stärker auf geänderten Pro-Kopf-Konsum reagieren. Die Verknüpfung zwischen Alkoholkonsum und Suizidverhalten einer Bevölkerung ist demnach durch kulturelle Faktoren bedingt, das Verhältnis ist insgesamt in Kulturen stärker ausgeprägt, für die der Rausch ein sichtbares Merkmal ist.

Alkohol und Schizophrenie

Eine alkoholabhängige Person leidet eher an Schizophrenie und ein schizophrener Patient ist eher alkoholabhängig als die Allgemeinbevölkerung. Die meisten klinischen Studien, Patientenberichte und klinischen Einzelbeobachtungen legen nahe, dass übermäßiger Alkoholkonsum zu einer klaren Verschärfung der Schizophreniesymptome führt. Außerdem scheinen ca. 30% der komorbiden Patienten ein schädliches Alkoholverhalten aufzuweisen, bevor die ersten Symptome der Schizophrenie auftreten.

Alkohol, Aggression und Gewalt

Alkohol steht mit Gewaltverbrechen in engem Zusammenhang und Forschungsergebnisse belegen, dass Alkohol zur Aggression beiträgt. Die Stärke des Verhältnisses scheint kulturbedingt zu sein und die Trinkgewohnheiten scheinen bei der Verursachung der Gewalt eine wichtige Rolle zu spielen. Die Wirkungen des Alkohols werden also sowohl durch die Umwelt als auch die Eigenschaften des Trinkers beeinflusst.

Lösungen schaffen

Die Einnahme alkoholischer Getränke ist in vielen Teilen der Welt ein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten. Da Alkoholkonsum jedoch eng mit psychischen Störungen verbunden und einer der wichtigsten Mitverursacher von Krankheit, Verletzung, Behinderung und vorzeitigem Tod ist, ließe sich ein beträchtliches Maß an menschlichem Elend vermeiden, wenn das Interesse für an der Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtete Strategien der Alkoholeindämmung und Prävention sowie für kurzfristige Maßnahmen und Therapien größer wäre.

Die Antialkoholkampagne in Russland und anderen Teilen der Sowjetunion führte z. B. zwischen 1985 und 1988 zu einem drastischen Rückgang des Alkoholkonsums. Dieser wurde von einem starken Rückgang der Sterblichkeit im gleichen Zeitraum begleitet. Mit jedem Liter reinen Alkohols, der pro Kopf in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre weniger konsumiert wurde, fiel die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate um 2,7%. Der Alkoholkonsum nahm Anfang der 1990er Jahre wieder zu, was sich von 1990 bis 1994 in einem dramatischen Anstieg der Sterblichkeitsraten widerspiegelte. Zwischen 1994 und 1998 besserte sich die Situation etwas, doch steigt die Sterblichkeitsrate seit 1999 wieder. Die in den letzten 20 Jahren in der Russischen Föderation veränderte Lebenserwartung ist die Konsequenz eines komplexen Trendmusters bei verschiedenen Todesursachen. Die Erkenntnisse deuten darauf, dass Alkohol bei dieser Entwicklung eine wichtige Rolle gespielt hat.

Selbst kurzfristige Interventionen können bei der Verminderung des Alkoholkonsums etwas bewirken. Infolge einer Metaanalyse von 43 Maßnahmen in der Primärversorgung und ähnlichen Umfeldern bei Menschen, die sich nicht um eine Therapie bemühten, war die Gruppe mit kurzen Beratungen um 12% erfolgreicher als in der Vergleichsgruppe, was vom Trinken abhängige Folgen betraf, u. a. Rausch, Suchtsymptome und Probleme in verschiedenen Lebensbereichen.

Doch obwohl Alkohol bei so vielen psychischen Gesundheitsproblemen eine wichtige Rolle spielt, deutet nur wenig auf eine Strategieplanung zur Förderung psychischer Gesundheit, die schädlichen und gefährlichen Alkoholkonsum besonders gezielt angreift.

Die jüngere Forschung hat erheblich zu unserem Verständnis des Verhältnisses zwischen Alkoholkonsum und der mit ihm verbundenen Belastung der Gesellschaft beigetragen. Es ist demnach dringend erforderlich, dass die Gesundheitsberufe ihre Fürsprecherrolle für eine Gesundheitspolitik ausbauen, die durch Alkohol verursachten Schaden mindert und zwar auch bei komorbiden psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen.

Alkoholkonsum birgt als Risikofaktor zwei Dimensionen: den Durchschnittsverbrauch und das Trinkverhalten (Abb. 9.2). Die Forschung deutet auf einen Kausalzusammenhang beim Durchschnittsverbrauch an Alkohol und mehr als 60 Krankheiten und Verletzungen hin. Es häufen sich jedoch die Anzeichen dafür, dass auch das Trinkverhalten selbst ein wichtiger Faktor in der Verbindung zwischen Alkohol und Schädigung ist. Es gilt auch festzuhalten, dass 40% der durch Alkohol bedingten Krankheitslast aus akuten Situationen entstehen und dadurch fast immer unmittelbar verhütet werden können.

Hinter dem Durchschnittsverbrauch verbergen sich Schwankungen im individuellen Alkoholkonsum und in den Trinkgewohnheiten. So gibt es in jeder Bevölkerung Menschen, die vollkommen abstinent leben. Die Mehrzahl der trinkenden Bevölkerung besteht aus maßvollen und leichten Trinkern. Starke Trinker konsumieren einen Großteil des Gesamtverbrauchs, obwohl sie nur eine Minderheit sind.

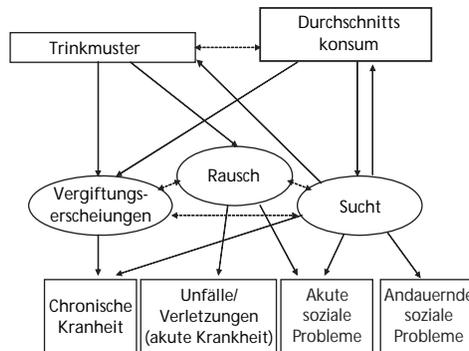
Allerdings sind die negativen Effekte des Alkoholkonsums nicht auf eine leicht zu erkennende Minderheit aus starken Trinkern, Problemtrinkern oder Alkoholikern beschränkt. Viele maßvolle Trinker oder Gelegenheitstrinker leiden auch an alkoholbezogenen Problemen, insbesondere wenn sie alkoholische Getränke als Rauschmittel verwenden. Und unabhängig davon, wie das Trinken gemessen wird, beginnt das Risiko einer Alkoholabhängigkeit bei sehr niedrigen Alkoholmengen und steigt linear mit der Einnahme und dem gelegentlichen Trinken großer Mengen an.

Auf der anderen Seite müssen die meisten Alkoholkonsumenten im Trinken einen gewissen Nutzen sehen, immerhin sind sie gewillt, ihr Geld dafür auszugeben. Ebenso wie Alkoholverhalten und Trinkkulturen in verschiedenen Gesellschaften stark variieren, so schwanken auch der alkoholbezogene Nutzen und die Probleme.

Auf längere Sicht sind nachhaltige Alkoholkonzepte und -programme erforderlich, die darauf abzielen:

- gefährliche und schädliche Trinkmuster zu reduzieren,
- das Trinken in gewissen Situationen zu unterlassen, z. B. beim Autofahren, beim Betreiben von Maschinen, auf der Arbeit und während der Schwangerschaft,
- das Gesamtvolumen des Konsums zu vermindern,
- Menschen mit Alkoholproblemen angemessene Hilfe zukommen zu lassen, insbesondere wenn sie gleichzeitig an psychischen Störungen oder Verhaltensstörungen leiden.

Abb. 9.2: Modell des Alkoholkonsums und seiner mittelbaren und langfristigen Folgen



Quelle: Babor et al. (5).

Maßnahmen der Region

Alkoholprobleme entstehen in sehr unterschiedlichen Situationen und betreffen sehr unterschiedliche Menschen. Eine angemessene Politik besteht daher aus einem Mix verschiedener Maßnahmen.

Drei wichtige von der WHO angenommene Instrumente bieten einen Rahmen für Maßnahmen in der Europäischen Region.

Seit 1992 bildet der Europäische Aktionsplan Alkohol (EAAP) eine Grundlage zur Entwicklung und Einführung von Alkoholkonzepten und -programmen in den Mitgliedstaaten. Der EAAP für den Zeitraum 2000–2005 (6) zielt darauf, den Schaden zu verhüten und zu vermindern, der durch Alkoholkonsum in der Europäischen Region entstehen kann.

Die von den Mitgliedstaaten im Jahr 1995 verabschiedete Europäische Charta Alkohol (7) stellt Prinzipien und Ziele für die Förderung und den Schutz der Gesundheit und des Wohlbefindens aller Menschen in der Region auf. Die Charta fordert alle Mitgliedstaaten dazu auf, umfassende alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und angemessene Programme unter Berücksichtigung der jeweiligen kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten umzusetzen.

Die Erklärung über Jugend und Alkohol (8), die von den Mitgliedstaaten im Jahr 2001 in Stockholm angenommen wurde, strebt den Schutz der Kinder und Jugendlichen vor der Ausübung von Druck zum Trinken und die Verminderung direkt oder indirekt alkoholbedingter Schäden an. Die Erklärung bekräftigt die fünf Prinzipien aus der Europäischen Charta Alkohol und hebt die Tatsache hervor, dass gesundheitspolitische Konzepte in Bezug auf Alkohol im Interesse der öffentlichen Gesundheit formuliert werden müssen, ohne dass kommerzielle Interessen dabei eine Rolle spielen.

Der EAAP, die Europäische Charta Alkohol und die Erklärung über Jugend und Alkohol haben Wege zur Entwicklung und Durchführung wirksamer Maßnahmen gegen Alkohol eröffnet und damit zur allgemeinen Gesundheitspolitik der Region beigetragen.

Europäischer Aktionsplan Alkohol

Die übergeordneten Ziele des EAAP (6) für den Zeitraum 2000–2005 sind:

- Es soll ein verstärktes Bewusstsein für gesundheitspolitische Konzepte geschaffen werden, mit denen die Aufgabe angegangen werden kann, die Schäden, die der Alkohol verursachen kann, zu verhüten.
- Das Risiko alkoholbedingter Probleme, die in den unterschiedlichsten Situationen, beispielsweise zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gemeinschaft oder bei Anlässen, wo getrunken wird, auftreten könnten, soll verringert werden.
- Die alkoholbedingten Schäden wie Todesfälle, Unfälle, Gewalttätigkeit, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern sowie Familienkrisen sollen sowohl vom Umfang als auch von ihrer tief greifenden Wirkung her verringert werden.
- Menschen, deren Alkoholverbrauch als gefährlich und schädlich zu bezeichnen ist, und Alkoholabhängigen soll eine für sie zugängliche und wirksame Behandlung angeboten werden.
- Kinder, junge Menschen und alle, die keinen Alkohol trinken wollen, sollen wirksamer vor dem von ihrer Umwelt ausgehenden Druck geschützt werden.

Europäische Charta Alkohol

Die Charta (7) wurde auf der Europakonferenz Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol (Paris, 12.–14. Dezember 1995) verabschiedet. Die Charta stellt für die Arbeit zur Minderung der negativen Folgen des Alkoholkonsums in Europa die folgenden fünf ethischen Prinzipien und Ziele auf:

- Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.
- Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung – von früher Jugend an – über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.
- Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.
- Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.
- Alle Bürger, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen

oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben das Recht, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt zu werden und in ihrem abstinenter Verhalten bestärkt zu werden.

Erklärung über Jugend und Alkohol

Junge Menschen sind durch die Wirkungen des Alkoholkonsums sehr verletzbar und Alkohol ist das wichtigste verhütbare Risiko im Rahmen der Krankheitslast von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Jugend und Alkohol (Stockholm, 19.–21. Februar 2001) verabschiedete eine besondere Erklärung (8), die die folgenden Hauptelemente enthielt:

- Erkennung des Themas Alkohol als wesentlich für die Gesundheit junger Menschen,
- Chancen zur Einbeziehung der jungen Menschen in die Entwicklung alkoholpolitischer Konzepte,
- Notwendigkeit der Festlegung von Zielen auf nationaler und lokaler Ebene, um die Auswirkungen von Alkohol auf die Gesundheit der jungen Menschen zu vermindern,
- Anerkennung, dass auf Jugendliche gerichtete alkoholpolitische Konzepte Teil einer breiteren, gesellschaftlichen Antwort sein müssen, da das Trinken unter jungen Menschen in weitem Maße die Einstellungen und Gepflogenheiten der Erwachsenen insgesamt widerspiegelt.

Literatur⁹

1. Rehm J. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 2003, 9:147–156.
2. The world health report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>).
3. Room R et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *European Addiction Research*, 2003, 9:165–175.
4. Rehm J. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease - An overview. *Addiction*, 2003, 98:1209–1228.
5. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
6. *Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000-2005*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2000 (<http://www.euro.who.int/document/e67946G.pdf>).
7. *Europäische Charta Alkohol*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1995 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_7?language=German).
8. *Erklärung über Jugend und Alkohol*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20030204_1?language=German).

Weiterführende Literatur⁹

Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies in Alcohol*, 2004, 65(6):782–793.

Klingemann H, Gmel G. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Maffli E. Problem drinking and relatives. In: Klingemann H, Gmel G, eds. *Mapping the social consequences of alcohol consumption*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.

Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf).

Petrakis IL et al. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders. *Alcohol Research and Health*, 2002, 26(2):81–89.

Rehm J. Alcohol. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.

Shkolnikov VM, Nemtsov A. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, eds. *Premature death in the new independent states*. Washington DC, National Academy Press, 1997.

Shkolnikov VM, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *The Lancet*, 2001, 357:917–921.

Tikkanen M. *The love story of the century*. San Bernardino CA, Borgo Press, 1984.

⁹ Alle Websites am 18. Juni 2005 eingesehen.

10. Suizidprävention

„Ich dachte wirklich, dass es Wendy etwas besser ginge und dass sie sich nur nicht unterkriegen lassen dürfte. Jetzt wird mir klar, dass die Leute genau an diesem Punkt am verletzlichsten sind. Sie haben etwas Energie und können erkennen, wo sie sind, und das ist natürlich Lichtjahre von dem entfernt, wo sie hin möchten. Alles erscheint ihnen so hoffnungslos und auch Wendy ging es so, wie sie in ihrem Abschiedsbrief schrieb.“

– Witwer, persönliche Mitteilung an Fachreferenten für psychische Gesundheit, WHO-Regionalbüro für Europa

Die Herausforderungen annehmen

Selbstmord ist nicht nur eine persönliche Tragödie, er bedeutet ein schweres Problem für die öffentliche Gesundheit, insbesondere in der Europäischen Region der WHO. Von 1950 bis 1995 stieg die globale Suizidrate (für Männer und Frauen) um 60% (1). Unter jungen Menschen und Menschen mittleren Alters, besonders Männern, ist Suizid gegenwärtig eine der führenden Todesursachen.

Nach den letzten verfügbaren Daten werden die jährlichen Suizidzahlen auf 873 000 weltweit und 163 000 in der Region geschätzt (2). Suizid wird weltweit an 13. Stelle der führenden Todesursachen genannt, in der Europäischen Region rangiert er auf Platz 7. Die höchsten Raten in der Europäischen Region sind zugleich weltweit die höchsten.

Ein wachsendes Problem

Psychische Störungen und selbstzerstörerisches Verhalten nehmen in armen wie reichen Ländern zu (3). Alle Vorhersagen deuten auf einen dramatischen Anstieg des Suizidverhaltens im kommenden Jahrzehnt, wenn nicht wirksame Präventionsmaßnahmen ergriffen werden.

In den Ländern der Europäischen Region beträgt die durchschnittliche Suizidrate 17,5 pro 100 000 Einwohner. Die GFA-Datenbank der WHO weist bei den letzten verfügbaren Sterblichkeitszahlen für ein Jahr (4) erhebliche Unterschiede innerhalb der Region auf. Sie reichen von 44,0 in Litauen, 36,4 in der Russischen Föderation oder 33,9 in Weißrussland bis zu 5,9 in Italien, 4,6 in Malta oder 2,8 in Griechenland. Die Lücke zwischen den neuen unabhängigen Staaten (NUS) der ehemaligen Sowjetunion und den Ländern der Europäischen Union (EU) beträgt 15,8 pro 100 000 Einwohner. Große Unterschiede bestehen auch zwischen den Geschlechtern und zwar in allen Altersgruppen. In Litauen verüben z. B. von 100 000 Männern 81,7 Suizid, von 100 000 Frauen dagegen nur 15,8. In Kasachstan ist das Verhältnis 58,8 zu 9,1 und in Lettland 48,8 zu 10,4.

Soziale Folgen und wirtschaftliche Kosten

Die psychologischen, sozialen und finanziellen Auswirkungen von Suizid auf Familie und Gesellschaft sind unermesslich. Durchschnittlich sind mindestens sechs Menschen durch einen Selbstmord persönlich betroffen. Falls ein Selbstmord in einer Schule oder an einem Arbeitsplatz vorkommt, kann er sich auf mehrere hundert Menschen auswirken.

Neben den unmittelbaren Verlust eines Menschenlebens treten lang anhaltende Psychotraumata für Familie und Freunde sowie Produktivitätsverluste für die Volkswirtschaft.

Die Belastung durch Suizide lässt sich in DALY (disability-adjusted life-years – um Behinderung bereinigte Lebensjahre) ausdrücken. Im Jahr 2002 waren Selbstverstümmelungen weltweit für 1,4% (2) und in der Europäischen Region für 2,3% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Die Folgekosten schlagen sich direkt in Behandlung und Krankenhauseinweisungen nach Suizidversuchen und indirekt in potenziellen Einkommensverlusten über das ganze Leben infolge suizidbedingter Behinderung und vorzeitigem Tod nieder.

Risikofaktoren

Suizidverhalten lässt sich auf eine große Anzahl von Ursachen zurückführen. Es ist mit einem komplexen Zusammenspiel von Faktoren verbunden, die alle aufeinander einwirken und das Individuum gefährden. Dazu gehören:

- psychiatrische Faktoren wie schwere Depressionen, Schizophrenie, Alkohol- und sonstiger Drogenkonsum und Angststörungen,
- biologische Faktoren oder genetische Charakteristika (familiäre Vorbelastung),
- Lebensereignisse (Verlust eines engen Kontaktes, Arbeitsplatzverlust),
- psychologische Faktoren wie zwischenmenschliche Konflikte, Gewalt, Misshandlung oder sexueller Missbrauch in der Kindheit und Gefühl der Hoffnungslosigkeit,
- soziale und umfeldabhängige Faktoren, u. a. die Verfügbarkeit von Mitteln zum Suizid (Schusswaffen, Giftgas, Arzneimittel, Herbizide und Pestizide), soziale Isolierung und wirtschaftliche Not.

Einige Risikofaktoren schwanken je nach Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung und ethnischer Zugehörigkeit. Marginalisierte Gruppen wie Minderheiten, Flüchtlinge, Arbeitslose, Gefängnisinsassen und Haftentlassene und jene, die bereits an psychischen Beschwerden leiden, sind besonders gefährdet.

Schützende Faktoren

Genügend starke schützende Faktoren können das Suizidrisiko jedoch senken. Schützende Faktoren stehen in Zusammenhang mit einem guten Gefühlsleben, sozialer Einbindung durch Sport, Kirche, Vereinen usw., mit Kontakten zu Familie und Freunden, hohem Selbstwertgefühl, mit physischen und umfeldabhängigen Aspekten wie gutem Schlaf, ausgewogener Ernährung, körperlicher Betätigung und drogenfreier Umgebung ebenso wie durch Belohnung.

Lösungen schaffen

Als Reaktion auf dieses ernste Problem für die öffentliche Gesundheit haben viele Länder substanzielle Anstrengungen zur Suizidprävention unternommen (5). Die WHO hat eine aktuelle Inventarliste über nationale Strategien der Suizidprävention

in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO erstellt (6). Suizidraten lassen sich durch die Behandlung von Angst und Depression verringern. Studien belegen die positive Wirkung von Antidepressiva und Psychotherapien.

Auf einer WHO-Tagung zur Suizidprävention in Europa, die in Brüssel am 11. und 12. März 2004 stattfand, erörterten gesundheitspolitische Vordenker und Fachleute im Bereich psychische Gesundheit und Suizidverhalten aus 36 Mitgliedstaaten der Europäischen Region den gegenwärtigen Erkenntnisstand und formulierten Empfehlungen für Präventionsstrategien.

Die Schlussfolgerungen der Tagung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Suizid und Suizidversuche stellen für die öffentliche Gesundheit ein ernstes Problem dar. In einigen Ländern sterben mehr Menschen von eigener Hand als durch Verkehrsunfälle.
- Alter und Geschlecht sind wichtig für Suizidrisiko und -trends und müssen daher bei der Entwicklung einschlägiger Präventionsprogramme berücksichtigt werden.
- Eine verherrlichende Berichterstattung über Selbstmorde kann die Haltung der Öffentlichkeit nachteilig beeinflussen und zu einem Anstieg des Suizidverhaltens beitragen.

Die wichtigsten Empfehlungen lauteten:

- Die Prävention von Suizid und Suizidversuchen erfordert einen Public-Health-Ansatz. Die Suizidbelastung ist so groß, dass dies eine Aufgabe für die gesamte Regierung unter Leitung des Gesundheitsministeriums sein sollte.
- Es werden Suizidpräventionsprogramme benötigt. Sie sollten konkrete Interventionen für verschiedene Risikogruppen (z. B. nach Alter und Geschlecht) in verschiedenen Sektoren vorsehen (z. B. Ausbildung, Arbeitsmarkt, Sozialpolitik) und diese evaluieren.
- Fachkräfte der Gesundheitsversorgung, insbesondere der Notdienste, sollten in der Erkennung von Selbstmordgefährdungen ausgebildet werden und aktiv mit den psychosozialen Diensten zusammenarbeiten.
- Fachleute und Öffentlichkeit sollten möglichst bald geschult werden, wobei der Schwerpunkt auf Risiken und Schutzmechanismen zu legen ist.
- Die Erforschung und Auswertung von Programmen zur Suizidprävention ist erforderlich.
- Die Medien sollten in die Suizidprävention einbezogen und über sie aufgeklärt werden und die Einhaltung des WHO-Verhaltenskodexes für Medien in Bezug auf dieses Thema sollte gefördert werden (7).

Der Europäische Aktionsplan für Psychische Gesundheit sieht eine Reihe von Maßnahmen vor:

- Messung des Ausgangsniveaus für Stressindikatoren und Erkennen von Risikogruppen,
- zielgerichtete Aufklärung, Information und Unterstützung für Randgruppen und
- Einrichtung von Selbsthilfegruppen, Telefonbetreuung und Webseiten für Menschen in Krisensituationen.

Strategien zur Suizidprävention

Strategien zur Suizidprävention befassen sich damit:

- die Verfügbarkeit von Methoden zum Suizid zu erkennen und einzuschränken (Handfeuerwaffen, giftige Substanzen usw.),
- die Gesundheitsversorgung zu verbessern und Unterstützung und Wiedereingliederungshilfen für Menschen mit Suizidverhalten zu fördern,
- Diagnoseverfahren und anschließende Behandlung zu verbessern,
- das Bewusstsein des Gesundheitspersonals über eigene Haltungen und Tabus angesichts von Suizidprävention und psychischen Leiden zu erhöhen,
- den Kenntnisstand der Öffentlichkeit durch Aufklärung über psychische Leiden und Früherkennung zu erhöhen,
- die Medien bei ihrer Berichterstattung über Selbstmord und Selbstmordversuche zu unterstützen,
- die Forschung über Suizidprävention und die Datenerhebung zu den Ursachen von Suizid zu fördern und dabei die Doppelung statistischer Daten zu vermeiden.

Einige Beispiele für Suizidprävention

In Finnland wurde von 1986 bis 1996 im ganzen Land auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene eine staatliche Strategie der Suizidprävention umgesetzt (8). Sie wurde systematisch von Beteiligten und Außenstehenden ausgewertet und kann als Erfolg betrachtet werden (9). Die Strategie beinhaltete Aufklärung der Öffentlichkeit, besseren Zugang zu psychosozialen Diensten, Begrenzung des Zugangs zu Mitteln für den Suizid, Schulung von Gesundheitsfachkräften, Bewusstseinsbildung für Komorbiditätsfaktoren, Monitoring der Suizidversuche und Registrierung der Individuen, die um Präventivintervention baten. Das Programm schloss Maßnahmen der Fachleute, der Sozialdienste und anderer zuständiger Dienststellen mit ein, aber nicht ausdrücklich der Hinterbliebenen.

Weitere Beispiele für laufende Programme:

Der nationale Strategie- und Aktionsplan für Suizidprävention in Schottland „Choose Life“ aus dem Jahr 2002 zielt auf eine Verminderung der Suizidrate um 20% bis zum Jahr 2013. Ein nationaler Verbund mit Vertretern der Gemeinden, der Polizei, der Ambulanzen, der Unfall- und Rettungsdienste, der Gefängnisse und wichtiger nichtstaatlicher Organisationen (NGO) wurde geschaffen und ein nationales Programm für Ausbildung und Kompetenzerwerb errichtet. Die Umsetzung konzentriert sich auf 32 Lokalbereiche, deren Pläne sich auf drei Hauptziele konzentrieren:

- Koordinierung der Maßnahmen für Suizidprävention in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Ausbildung und Erziehung, Wohnen, Polizei, Wohlfahrt und Beschäftigung,
- Mehrberufliche Ausbildungsprogramme zur Schaffung von Kapazitäten in der Suizidprävention,
- Bereitstellung finanzieller Hilfen für Interventionen der Gemeinschaft und des Umfelds (10).

Der Aktionsplan zur Prävention von Suizidverhalten in Estland stellt in strukturierter Form detaillierte Strategien für bestimmte Zielgruppen auf, die Ziele, Programme, Zeitabläufe, Zuständigkeiten, erhoffte Ergebnisse, Risiken usw. enthalten. Der Plan sieht die Einrichtung eines nationalen Zentrums mit offiziellem Auftrag und Mitteln zur Koordinierung und Entwicklung der Präventionsarbeit im Land vor. Das Monitoring von Suizidversuchen und die Registrierung von gefährdeten, interventionsbedürftigen Individuen sind Schlüsselemente des Plans.

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland aus dem Jahr 2003 (11) bezieht ein beachtenswert breites Spektrum an Arbeitsgruppen, Verwaltungseinheiten und Bundesanstalten mit ein. Die folgenden Interventionen sind vorgesehen: Aufklärung der Öffentlichkeit, Krisenintervention, Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen und am Arbeitsplatz, Einschränkung der Verfügbarkeit von Mitteln zum Suizid, Erkennung und Behandlung von Depressionen und ähnlichen Erkrankungen und Bewältigung bestimmter psychischer Störungen, Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und Bewusstseinsbildung über Komorbiditätsfaktoren.

Sonderarbeitsgruppen widmen sich Substanzenmissbrauchserkrankungen, gefährdeten Bevölkerungsgruppen, Überlebenden und Hinterbliebenen. Die Medienarbeit ist ein weiteres Schlüsselthema für dieses Programm.

Für die Suizidprävention bei Jugendlichen hat Dänemark ein Programm entwickelt, das an einigen Schulen und Erziehungseinrichtungen als Modellversuch läuft. Lehrer, Jugendarbeiter, Geistliche, Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter usw. sind darin einbezogen. Ein Programm ermöglicht Eltern die Erwerbung eines „Teenagerscheins“, d. h., sie erlernen grundlegende Informationen über den Dialog mit ihren Kindern, deren Frustrationen und wie sie an ihre Kinder herankommen können¹⁰.

Das Stigma in Frage stellen

Selbstmord war lange tabuisiert und ist immer noch von Schamgefühl, Angst, Schuld und Unwohlsein umgeben. Vielen Menschen fehlt es schwer, über Suizidverhalten zu reden, und dies ist so überraschend nicht, denn Selbstmord ist mit starken religiösen und gesetzlichen Sanktionen verbunden. Vorstellungen vom Selbstmord als edel oder verabscheuungswürdig, tapfer oder feige, rational oder irrational, Hilferuf oder Ablehnung von Hilfe tragen nicht nur zur Verwirrung bei, sondern auch zu einem gespaltenen Verhältnis zur Suizidprävention. In vielen Ländern wurden religiös motivierte Sanktionen und die Kriminalisierung des Selbstmords erst im 20. Jahrhundert beendet. Selbstmord wird oft als vorbestimmt und gar als unvermeidbar aufgefasst.

Solche Tabus und Gefühle sind wichtige Faktoren, die die Umsetzung von Suizidpräventionsprogrammen behindern können. Bei der Suizidprävention muss man sich nicht nur der Notwendigkeit bewusst sein, sein Wissen rational zu erweitern, sondern auch der Notwendigkeit, sich mit unbewussten Ideen und Einstellungen zur Prävention auseinanderzusetzen. Diese Arbeit ist wichtig, um der Entwicklung von Programmen den Weg zu ebnen, in denen das wissenschaftliche, klinische und praktische Wissen über Suizidprävention zum Tragen kommt.

Einbeziehung interessierter Akteure

Beispiele für die Einbeziehung interessierter Akteure finden sich in der gesamten Europäischen Region.

Die Internationale Vereinigung für Selbstmordprophylaxe (IVSP) (12) ist eine nichtstaatliche Organisation mit offiziellen Kontakten zur WHO, die Fachleute und Ehrenamtliche aus mehr als 50 verschiedenen Ländern zusammenbringt und sich der Suizidprävention widmet, Wirkungen des Suizidverhaltens mildert und ein Forum für Akademiker, Psychiater, Krisenhelfer, ehrenamtliche Mitarbeiter und Überlebende bietet.

¹⁰ Weitere Auskünfte erteilt das: Center for Selvmordsforskning [dt.: Zentrum für Suizidforschung], Søndergade 17, 5000 Odense C, Dänemark (Tel. +45 66 13 88 11).

Andere Organisationen übernehmen eine lebenswichtige Aufgabe, indem sie von Selbstmordgedanken befallene Menschen kostenlos per Telefon, im direkten Gespräch, in Briefen oder E-Mails auf eine nicht verurteilende und vertrauliche Weise helfen. Eine der ältesten Organisation in Europa, die Samariter (13), hat ein Netz aus internationalen Unterstützungsdiensten entwickelt, das von im Zuhören und Einfühlen geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitern betrieben wird, und das jeder Person emotionelle Unterstützung anbietet, die selbstmordgefährdet oder verzweifelt ist.

Über die ganze Region verteilt sind Präventionszentren errichtet worden, die frühe Hilfe und Intervention anbieten: Telefonseelsorge, Schulungen für an vorderster Front arbeitende Mitarbeiter und Allgemeinärzte, Hilfe für Hinterbliebene (Freunde und Angehörige eines Suizidopfers). Daneben betreiben sie auch Forschung und Bewusstseinskampagnen zum Thema Selbstmord.

Im belgischen Flandern koordiniert und initiiert das Netz Verder (Weiter) (14) durch 15 über den ganzen Landesteil verteilte Hilfesgruppen Aktivitäten, mit deren Hilfe die Hinterbliebenen über ihre Trauer und ihren Schmerz hinweg kommen sollen. Das Netz hat eine Schrift mit grundlegenden Informationen und Hilfen für Hinterbliebene von Selbstmördern veröffentlicht (15). Diese wird kostenlos an Allgemeinärzte, Krankenhäuser, psychosoziale Zentren, Notrufe, Selbsthilfegruppen, Opferzentren und Sozialdienste abgegeben und in den Medien für die breite Öffentlichkeit vorgestellt.

Weitere Initiativen sind ein Theaterstück zum Thema Überleben, das im ganzen Land aufgeführt wird, und ein Medienpreis für verantwortliche und respektvolle Berichterstattung von Journalisten über Selbstmord und Hinterbliebene. Das Netz hat eine Charta der Rechte der Hinterbliebenen veröffentlicht, die von anderen Organisationen in Europa unterstützt wird und in mehrere Sprachen übersetzt wurde.

Der Hinterbliebene hat das Recht:

- die Wahrheit über den Selbstmord zu erfahren,
- ein erfülltes Leben zu führen, mit Freud und Leid, ohne Stigma und Verurteilung,
- auf Unterstützung durch Verwandte, Freunde und Fachleute und darauf, die eigene Erfahrung in den Dienst anderer zu stellen,
- auf einen Neuanfang: Es gibt ein Leben vor dem Suizid und ein Leben danach.

In der Ukraine, einem Land mit einer der höchsten Selbstmordraten unter Männern (61,8 pro 100 000) (16), arbeitet die nichtstaatliche Organisation Odessa insbesondere mit Gefängnisdiensten und der ukrainischen Armee und bietet Offizieren und Ärzten in Justizvollzugsanstalten Schulungen an.

In Serbien und Montenegro bietet der Verein Srce (Herz) (17) in der Region Novi Sad Menschen in Krisensituationen seit mehr als zehn Jahren emotionelle Unterstützung per Telefon an und betreibt aufsuchende Arbeit mit Jugendlichen im Sekundarstufenalter.

Die europäische nichtstaatliche Organisation Mental Health Europe (18) wirbt für ein gesteigertes Bewusstsein gegenüber der Suizidbelastung der Gesellschaft und in der Politik für ein geschärftes Profil der Suizidpräventionsprogramme. Sie hilft ihren Mitgliedsorganisationen, insbesondere in den mittel- und osteuropäischen Ländern, Maßnahmen zu ergreifen und Projekte einzurichten, an denen nationale und lokale Organisationen, europäische Akademiker- und Forschergruppen, Nutzer psychosozialer Dienste und Sozialverbände beteiligt sind.

Literatur¹¹

1. Bertolote JM, Fleischmann, S. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002, 1(3):181–186.
2. *The world health report 2004. Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf).
3. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
4. WHO European health for all database – Mortality indicators (HFA-MDB) [Online-Datenbank]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1)
5. Health Evidence Network. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83583.pdf>).
6. *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.
7. *From the margins to the mainstream: putting public health in the spotlight: a resource for health communicators*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/document/e82092_6.pdf)
8. *Suicide can be prevented. Fundamentals of a target and action strategy*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1993.
9. Upanne M, Hakanen J, Rautava M. *Can suicide be prevented? The Suicide Project in Finland 1992–1995: goals, implementation and evaluation*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 1999 (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>).
10. *Choose Life. A national action plan and strategy to prevent suicide in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive, 2002 (<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/clss.pdf>).
11. *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2004 (<http://suizidpraevention-deutschland.de/>).
12. International Association for Suicide Prevention [Website]. Gondrin, IASP Central Administrative Office, 2000 (<http://222.med.uio.no/iasp/index.html>).
13. Samaritans [Website]. Ewell, Samaritans, 2005 (<http://www.samaritans.org.uk>).
14. Verder [Website]. Halle, Werkgroep Verder, 2005 (<http://www.werkgroep-verder.be>).

¹¹ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

15. *WegWijzer voor Nabestaanden na Zelfdoding*. Halle (Belgium), Werkgroep Verder, 2004 (<http://users.pandora.be/nazelfdoding.gent/WegWijzer2004.pdf>).
16. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
17. Srce [Website]. Novi Sad, Centar Srce, 2001 (<http://www.centarsrce.org.yu>).
18. Mental Health Europe [Website]. Brussels, Mental Health Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org>).

11. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

„In Gesundheitskreisen herrscht international Besorgnis über den psychischen Gesundheitszustand der Jugend... das ist eine tickende Bombe und wenn wir jetzt nicht richtig handeln, werden Millionen von Heranwachsenden die Wirkungen spüren.“

– Dr. Hans Troedsson, ehemaliger Direktor der WHO-Abteilung
Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Herausforderungen annehmen

In der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden etwa zwei Millionen junge Menschen an psychischen Störungen wie Depression und Schizophrenie. Viele von ihnen erhalten keine Pflege oder Behandlung. Dabei ist die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entscheidend für den Aufbau und den Erhalt einer stabilen Gesellschaft. Europa hält zwar seit langem eine Führungsposition bei der Entwicklung von Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen inne, doch neue Herausforderungen erfordern verstärkte Anstrengungen, um die Erfordernisse des 21. Jahrhunderts erfüllen zu können. Immigration, Migration, veränderte Familienmuster, geänderte Beschäftigungsaussichten und eine fortdauernde Belastung durch Konflikte wirken sich auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und letztlich auf den gesundheitlichen Zustand von Nationen und der Region aus.

Heute wird anerkannt, dass viele psychische Störungen Erwachsener ihren Ausgang in der Kindheit nehmen. Die Prävalenz vieler psychiatrischer Probleme wie Depression und Suizidverhalten steigt im Jugendalter merklich an (1,2).

Weltweit leiden bis zu 20% der Kinder und Jugendlichen an Behinderungen durch psychische Gesundheitsprobleme (3). Die Daten deuten zwar darauf hin, dass sich die Gesamtrate der Kinder mit psychiatrischen Problemen in den zurückliegenden Jahrzehnten nicht erhöht hat (4). Doch hat sich die Zahl der selbst gemeldeten Depressionen erhöht und neue Diagnosen sind zum Vorschein getreten. Viele Störungen verlaufen dabei periodisch oder chronisch.

4% der 12- bis 17jährigen und 9% der 18jährigen leiden an Depressionen. Damit gehören Depressionen zu den folgenreichen Störungen mit der höchsten Prävalenz (5). Bei jungen Mädchen werden heute im Vergleich zu früher häufiger psychische Störungen, insbesondere mit depressiven Symptomen, diagnostiziert. Depressionen stehen in einem Zusammenhang mit Suizid von Jugendlichen, der in vielen Ländern ein ernstes Problem und die dritthäufigste Todesursache junger Menschen ist (3). Nach Geller (6) sind präpubertäre majore Depressionen oft mit der Diagnose einer bipolaren Störung, einer majoren Depression, einer Substanzmissbrauchsstörung und

Suizid im Erwachsenenalter verbunden. Der Alkohol- und Drogenkonsum unter Jugendlichen hat viele Konsequenzen, doch am sichtbarsten ist die Verbindung zu Suizid, zu anderen lebensbedrohenden Verhaltensweisen wie Gewalt sowie zu tödlichen Straßenunfällen. Die Raten für Komorbidität, d. h. gleichzeitige Diagnose einer Alkohol- oder Drogenkonsumstörung und einer psychiatrischen Störung, scheinen zu steigen. Die prä-morbide oder prodromale Phase der Schizophrenie beginnt oft schon im Jugendalter. Eine frühzeitige Entdeckung und Behandlung kann die Prognose verbessern (7).

Arten von Störungen

Zwei der am weitesten verbreiteten und diskutierten Diagnosen sind die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und die hyperkinetische Störung oder Störung mit Aufmerksamkeitsdefizit bei Hyperaktivität (ADHD). In einigen Gebieten in Europa, besonders auf dem Balkan, ist eine PTSD-Diagnose heute alltäglich. Die mit der Erstellung einer solchen Diagnose verbundenen Elemente verdeutlichen es, wie schwer die Störungen im Kindesalter und ihre Konsequenzen zu verstehen sind. Wahrscheinlich fördert ein Umfeld voller Konflikt und Stress das Auftreten der Störung. Familiäre Faktoren, die Fähigkeit der Gemeinschaft zu reagieren und frühere psychiatrische Erkrankungen haben jedoch auch einen Einfluss. In ähnlicher Weise tritt die Diagnose einer hyperkinetischen Störung oder ADHD heute in vielen klinischen Umgebung in Erscheinung, sie bleibt jedoch kontrovers und es werden Bedenken gegenüber dem Zusammenhang geäußert. Standardisierte diagnostische Kriterien lassen sich aus Mangel an angemessen geschultem Personal nicht durchführen und die Diagnose kann eher auf eine dysfunktionale Familie hindeuten als auf eine Psychopathologie des Individuums und darüber hinaus Unzulänglichkeiten des Bildungssystems widerspiegeln. Leibson (8) zeigt, dass die mittleren Arztkosten für Kinder mit einer ADHD-Diagnose bei 4306 US-\$ im Vergleich zu 1944 US-\$ für die übrigen Kinder liegen, was an einer höheren Inanspruchnahme der Akut- und Ambulanzversorgung liegt. Diese Kosten schließen Ausgaben für psychiatrische und andere psychosoziale Fachbetreuung nicht mit ein.

Störungen des Sozialverhaltens wurden in einer Reihe von Umgebungen untersucht. Dabei handelt es sich um die am häufigsten diagnostizierte psychische Störung junger Menschen. Im Vereinigten Königreich beträgt die Prävalenz der gemeldeten Sozialverhaltensstörungen bei Jungen 7,4% und bei Mädchen 3,2%. In ärmeren Gegenden, bei Familien mit allein erziehendem Elternteil und bei Arbeitslosenhaushalten sind die Raten höher (9). In westlichen Ländern ist die Prävalenz dieser Störung innerhalb der letzten 70 Jahre um das Fünffache gestiegen (10). Die Bedeutung der Diagnose, die in einem jungen Alter möglich ist, liegt an ihren Implikationen für die spätere Entwicklung zu Psychopathie und insbesondere zu Kriminalität. Die Diagnose wird verbunden mit Erwachsenenkriminalität, Eheproblemen, schlechten Arbeitnehmerbeziehungen, Arbeitslosigkeit und schlechter körperlicher Gesundheit (11). Eine Störung des Sozialverhaltens kann ein Vorzeichen für unterdurchschnittliche Bildung, Substanzkonsum und -abhängigkeit, Angst, Depression und Suizid sein. Zwischen 25 und 40% der Kinder mit dieser Diagnose entwickeln als Erwachsene eine dissoziale Persönlichkeitsstörung.

Essstörungen sind in den letzten Jahren ebenfalls deutlicher in Erscheinung getreten. Im Vereinigten Königreich ist 1% der Bevölkerung diese Diagnose gestellt worden. Anorexia nervosa und Bulimia nervosa werden allgemein mit westlichen Einstellungen zu Körperform und -gewicht und Schlankheitskuren in Verbindung

gebracht. Tatsächlich belegen einige Studien diese Annahme und stellen darüber hinaus fest, dass Personen mit anderen Lebenshintergründen in vergleichbarem Umfang Essstörungen entwickeln wie ihre westlichen Zeitgenossen, wenn sie westlichen Einflüssen ausgesetzt sind (12,13). Essstörungen sind als Störungen mit lebenslangen Konsequenzen zu betrachten. Eine Untersuchung an einem College fand heraus, dass 21,6% der Studentinnen mit Essstörungen nach zehn Jahren immer noch die klinischen Kriterien erfüllten (14).

Die Europäische Sozialcharta (15) betont das Recht auf das Angebot wesentlicher Dienste, dennoch zeigen jüngste Untersuchungen der Dienste für Kinder und Jugendliche erhebliche Unterschiede in der Europäischen Region in Qualität und Quantität, im Vorhandensein und im Ausmaß. Eine Erhebung in 31 Ländern der Region kam zu dem Schluss, dass das Angebot an Diensten und die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater stark schwanken (16). Letztere lag zwischen einem Psychiater pro 5300 und einem pro 51 800 Einwohner unter 20 Jahren. Das Vorhandensein von klinisch ausgebildetem Personal für psychiatrische Dienste variiert offenbar mit dem Einkommensniveau (16,17). Das WHO-Atlas-Projekt (17) hat dokumentiert, dass 23% der Länder über keine Sonderprogramme für Kinder verfügen. Nur zwischen 10 und 15% der jungen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen erhalten Hilfe durch die vorhandenen psychosozialen Dienste für Kinder. Die Bereitstellung spezialisierter Hilfe variiert beträchtlich. Z. B. kommt in Finnland und Frankreich ein Kinderpsychiater auf 10 000 Einwohner unter 20 Jahren, während das Verhältnis im Vereinigten Königreich 1:30 000 und in Serbien und Montenegro 1:50 000 oder darüber beträgt.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Die Anwesenheit „gefährdeter“ oder manifest psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher in der Gesellschaft führt zu destabilisierenden Bedingungen für die Gesellschaft insgesamt. Die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens wird im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenmissbrauch in Verbindung gebracht mit Gewalt, Kriminalität, anderen antisozialen Verhaltensweisen und der Unfähigkeit der betreffenden Personen, sich zu produktiven Bürgern ihrer Gesellschaften und Nationen zu entwickeln.

Finanzierung

Die Finanzierung der psychosozialen Dienste, insbesondere derjenigen für Kinder und Jugendliche, unterliegt in der ganzen Region Schwankungen. In der Vergangenheit waren in Ländern mit starken Volkswirtschaften im Norden und Westen der Region qualitativ hochwertige Dienste bei wenigen Beschränkungen relativ einfach zugänglich. In der Zeit des Kommunismus waren die Dienste im Osten der Region relativ leicht zugänglich, ihre Qualität war allerdings nicht immer überprüfbar. Heute, im Zeichen der Privatisierung und des Rückgangs einiger Volkswirtschaften, ist der Zugang zu den Diensten sehr viel problematischer geworden. Die Einführung von „Managed care“ und verschiedenen Versicherungssystemen, die oft auf Erfahrungen aus den westlichen Ländern beruhte, haben früher funktionierende, wenn auch kostenträchtige Dienste aus dem Gleichgewicht gebracht.

Das WHO-Atlas-Projekt hat gezeigt, dass „Eigenzahlungen“ oft die einzige Möglichkeit für Familien sind, eine Versorgung ihrer Kinder mit psychischen Störungen zu erhalten. Das ist eine offenkundige Zugangsbeschränkung. Die Bereitstellungspläne der Länder für die benötigten Dienste sind sehr variabel, einige

entfernen sich dabei von der staatlichen Universalversorgung. Der Zugang zu medikamentöser Behandlung, insbesondere zu neueren, vielversprechenden Formen, ist begrenzt, wenn die Zahlung durch diejenigen zu erfolgen hat, die sie sich am wenigsten leisten können.

Lösungen schaffen

Auf dem Vorbereitungstreffen zum Thema psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Luxemburg im September 2004 wurden einige weit reichende Empfehlungen abgegeben. Die Tagung wurde gemeinsam von der Europäischen Kommission, dem luxemburgischen Gesundheitsministerium und dem WHO-Regionalbüro für Europa veranstaltet. In den Schlussfolgerungen wurde hervorgehoben, wie wichtig eine höhere und angemessene Finanzierung für die psychische Gesundheit von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen sei, und dass sie in die nationalen Pläne als Teil der nationalen Gesundheitspolitik einfließen müsse (18). Außerdem wurden die Anwendung gemeindenaher Initiativen, die Ausbildung und die Beteiligung der Nutzer betont. Die Empfehlungen der Tagung schlagen sich im Europäischen Aktionsplan für Psychische Gesundheit nieder, der auf der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit vereinbart werden soll (Helsinki, Januar 2005).

Europa muss die Überreste veralteter Versorgungsmodelle hinter sich lassen, egal wo sie anzutreffen sind. Wo es möglich ist, sollten Kinder und Jugendliche in möglichst wenig restriktiven und stigmatisierenden Umfeldern aufwachsen. Die Psychiatriesysteme müssen den Bedingungen des einzelnen Landes angepasst werden. Das Ziel muss die Entwicklung einer kontinuierlichen Versorgung sein, die geeignete stationäre Dienste und zugängliche, angemessene ambulante Projekte umfasst.

Psychische Störungen und die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Europa müssen unter Wahrung der Menschenrechte der Betroffenen thematisiert werden, wie dies die Europäische Sozialcharta vorsieht.

Damit die Ausbildung von Störungen vermieden wird, sollten außerdem an Eltern, Erzieher, Angestellte in der Gesundheitsversorgung und andere gerichtete Aufklärungsinitiativen zu Themen im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ergriffen werden.

Neuere Diagnostiktechniken und stärker standardisierte Diagnoseverfahren sowie ein besseres Verständnis der umweltbedingten, biologischen und familiären Faktoren ermöglichen sachdienliche Diagnosen, die zu angemessenen Behandlungsoptionen führen. Um die psychosozialen Dienste für Kinder und Jugendliche auf ein Niveau zu bringen, das den nachgewiesenen Behandlungs- und Diagnosebedarf erfüllt, müssen die Kapazitäten erhöht werden. Die Erarbeitung von Schulungsprogrammen und die Unterstützung von Ausbildungsinitiativen werden durch den Entwurf geeigneter Konzeptionen für die psychische Gesundheit von Kindern in der Europäischen Region der WHO gefördert. Zu diesem Zweck hat die WHO vor kurzem die Anleitung *Child and adolescent mental health policies and plans* (19) veröffentlicht, die in Bezug auf Bedarfsanalyse, Bereitstellung rationaler Dienste und die Entwicklung verantwortlicher und nachhaltiger Steuerung Orientierung zu geben sucht. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte ausdrücklich in nationale Aktionspläne einbezogen und die einschlägigen Abschnitte in Zusammenarbeit mit den für Bildung, Wohlfahrt und Soziales zuständigen Ministerien entworfen werden, damit eine angemessene bereichsübergreifende Reaktion gewährleistet ist.

Prävention ist ein Schlüsselement der psychosozialen Dienste für Kinder und Jugendliche. Es ist evident, dass die Prävention von Störungen nicht nur Kosten spart, sondern auch im Interesse des Kindes, der Familie und der Gesellschaft ist. Viel wurde auf dem Weg zur Erarbeitung von Präventionsprogrammen erreicht, doch die neuen Programme haben weder eine weite Verbreitung noch Unterstützung gefunden. Prävention und Förderung sind für die psychische Gesundheit der Kinder entscheidend. Sie sind Teil einer ganzheitlicheren Herangehensweise an die Versorgung der Kinder, die auch die psychosozialen Belange einbeziehen muss.

Obwohl der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einiges Medieninteresse entgegengebracht wird und sie oft im Zentrum der Diskussion über das Bildungssystem und die Kriminaljustiz steht, sind in der Europäischen Region die finanzielle und gesetzgeberische Unterstützung für psychosoziale Dienste für Kinder und Jugendliche und entsprechend für Ausbildung noch unzureichend. Die gegenwärtigen Anstrengungen zu wirtschaftlichen Reformen und Reformen des Gesundheitssystems bedrohen relativ gut entwickelte Dienste und Ausbildungssysteme in Ländern mit hohem Volkseinkommen. In Ländern mit niedrigem Volkseinkommen ist das Sicherheitsnetz aus Diensten für die Bedürftigen im Zuge der wirtschaftlichen und politischen Reformen zerstört worden. Es muss ein Weg gefunden werden, angemessene Dienste zu unterstützen. Wenn dies nicht geschieht, werden die Gesellschaften von den Konsequenzen der unerkannten und unbehandelten psychischen Störungen der Kinder und Jugendlichen getroffen, sobald diese das Erwachsenenalter erreichen.

In der Region sind gemeinsame Anstrengungen für Schulungen initiiert worden, die fortgesetzt werden müssen. Die Leitlinien zur Ausbildung durch die *Europäische Vereinigung der Fachärzte* unterstützen klar eine qualitativ hochwertige bedarfsgerechte Versorgung. Diese Leitlinien müssen überall unterstützt werden, damit gemeinsame Standards und Ansätze für die klinische Versorgung gesichert werden. Das Tempus-Programm der Europäischen Kommission bietet ein Modell für die Kooperation zwischen ausgereiften und in der Entstehung begriffenen Ausbildungsprogrammen.

Einige Beispiele

Im deutschen Marburg bot ein mobiler Dienst Nachsorge für ehemalige stationäre Patienten, Sprechstunden und Überwachung für Kinder- und Jugendeinrichtungen an. Das Team bestand aus drei Kollegen: einem Kinderpsychiater, einem Psychologen und einem Sozialarbeiter. Es konnte Personen erreichen, die unfähig oder unwillig waren, sich an eine größere Einrichtung zu wenden. Das Team ermöglichte eine effektive und effiziente qualitative Versorgung an Orten, wo sie sonst nicht verfügbar war (20).

Das Effective Family Project (21) in Finnland versucht durch die Bereitstellung von Gesundheits- und Sozialdiensten für Familien, diese zu unterstützen, um Störungen der Kinder vorzubeugen. Es versucht Brücken zu schlagen zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie und Sozialarbeit. Zu den verwendeten Methoden zählen Interventionen zur Entwicklung der Resilienz der Kinder, indem versucht wird, ihnen das Verständnis der elterlichen Störung zu erleichtern. In einem Gesprächsangebot über Kinder werden Eltern in eine Erörterung relevanter klinischer Themen mit einbezogen. Das Projekt schult Fachleute in der Methodik und bildet sie zu Ausbildern aus.

Bei dem italienischen Blauen Telefon handelt es sich um einen nationalen Telefondienst zur Prävention von Kindesmissbrauch. Es ermöglicht Kindern und Jugendlichen ein anonymes Gespräch, falls sie Gewalt ausgesetzt waren. Der Anrufer wird unmittelbar im Gespräch unterstützt und an eine geeignete Stelle zur weiteren Versorgung verwiesen. Wenn ein Kind in unmittelbarer Gefahr zu sein scheint, wird der Fall mit Einverständnis des Anrufers, an die zuständige Behörde gemeldet. Das Modell wird jetzt in vielen Ländern kopiert.

Ein Gruppentherapieprogramm der rumänischen Timisoara-Klinik verwendet seit vielen Jahren Märchen als Katalysator für therapeutische Interventionen bei Jugendlichen. Märchen enthalten Themen, die den Sinn des Lebens betreffen, und damit eine Kernfrage, mit der sich viele junge Menschen mit Depressionssymptomen oder Suizidgedanken beschäftigen. Die Gruppen bringen die Einzelnen zusammen, um die therapeutische Interaktion zu fördern, aber auch um als ein Forum für die Begegnung mit der Märchensymbolik zu dienen. Ein Psychotherapeut verfolgt die Gruppeninteraktion, doch die Regie führt ein als „Eisbrecher“ geschulter Jugendlicher. Die Gruppen werden das ganze Jahr mit als symptomatisch erkannten Teenagern veranstaltet. Die Hauptaktivität besteht in Psychodrama und Analyse eigener „Drehbücher“ (22).

Das norwegische Psychologische Bildungszentrum ist für Kinder da, bei denen autistische Störungen (ASD) diagnostiziert wurden. Im Rahmen der Beratungstherapie werden die Bedürfnisse des Kindes untersucht und Kindergärten und Schulen beraten. In Norwegen hat jedes an einer Behinderung oder Lernstörung leidende Kind das Recht auf ein sonderpädagogisches Programm. Dieses Programm wird in Zusammenarbeit zwischen Eltern, Lehrern und Fachleuten des Zentrums entworfen. Für Kinder mit ASD gibt es das Angebot frühzeitiger Interventionen und Sonderpädagogik in Kindergärten und Vorschulen. Für ältere Kinder gibt es individuell zugeschnittene, Integration anstrebende Interventionen. Menschen mit ASD haben oft auch andere gesundheitliche und psychiatrische Probleme. Der norwegische Autismusverband hat Zentren eingerichtet, um für Menschen mit ASD und schweren psychiatrischen Problemen Angebote zu schaffen.

Einbeziehung interessierter Akteure

Interessierte Akteure werden in hohem Maße in Themen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einbezogen. Der Trend geht dabei in Richtung Einbeziehung der Akteure bei bestimmten Erkrankungen und Diagnosen. Obwohl diese Herangehensweise hilft, Informationen über bestimmte Störungen zu verbreiten und die Fürsprache zu stärken, so kann sie doch von Bemühungen ablenken, den allgemeinen Bedarf an Diensten und Schulungsmaßnahmen im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen.

Die nichtstaatliche Organisation Autism Europe (23) ist ein erstklassiges Beispiel einer auf eine Störung bezogenen Gruppe, die sich in erster Linie aus Elterngruppen zusammensetzt. Zu den Mitgliedern zählen viele Fachleute. Die Organisation arbeitet mit Fachorganisationen zusammen. Autism Europe hat sich zu einer zuverlässigen Informationsquelle entwickelt. Sie ist auch ein sehr wirksames Sprachrohr und nutzt sowohl gerichtliche Auseinandersetzungen als auch Medienaufmerksamkeit, um die Bedürfnisse junger Autisten und ihrer Familien hervorzuheben.

Partnership for Children (24) wurde 2001 mit dem Ziel gegründet, die psychische und emotionale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Die Partnerschaft übernahm das durch Befrienders International in Dänemark und

Litauen versuchsweise betriebene Projekt Zippy's Friends. Das Projekt unterrichtet sechs- und siebenjährige Kinder darin, mit Schwierigkeiten fertig zu werden. Es ist um eine Reihe von Geschichten aufgebaut, die diese Fähigkeit fördern. Insgesamt soll die psychische und emotionale Gesundheit aller Kinder gestärkt werden.

Die European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) (25) bringt Fachleute aus ganz Europa zusammen, um die fachliche Entwicklung, den Informationsaustausch und die Überzeugungsarbeit zu fördern. Die ESCAP-Kongresse bieten Fachleuten ein Forum für den Wissensaustausch zwischen unterschiedlichen psychosozialen Disziplinen. ESCAP fördert die Fachausbildung.

Das Projekt FOCUS (26) fördert eine wirksame Praxis im Bereich psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Sein Schwerpunkt liegt auf der Informationsverbreitung mit dem Ziel der Unterstützung einer evidenzbasierten Herangehensweise an die Praxis aller Berufsfachgruppen und aller Versorgungs-umgebungen.

Die Internationale Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe (27) ist ein Dachverband der entsprechenden nationalen Verbände. Diese nichtstaatliche Organisation unterhält offizielle Beziehungen zur WHO. Sie hat die Entwicklung von psychosozialen Diensten für Kinder im Osten der Region gefördert, psychische Gesundheit von Kindern als ein Menschenrecht proklamiert und Programme für die Erforschung der psychischen Gesundheit durch eine Vielzahl von Ausbildungsinitiativen geschaffen.

Literatur¹²

1. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1998, 248:14–21.
2. Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 2001, 31:6–31.
3. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
4. Sourander A et al. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43(9):1134–1167.
5. Weissman MM et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18):1707–1713.
6. Geller B et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:125–127.
7. Keshavan MS et al. Research and treatment strategies in first-episode psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172(Suppl. 33):60–65.
8. Leibson CL et al. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(1):60–66.
9. Meltzer H et al. *The mental health of children and adolescents in Britain*. London, Office for National Statistics, 1999.

10. Robins LN. A 70 year history of conduct disorder: variations in definition, prevalence, and correlates. In: Cohen P, ed. *Historical and geographical influences on psychopathology*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999:37–58.
11. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist*, 1989, 44(2):329–335.
12. Mumford DB, Whitehouse AM. Increased prevalence of bulimia nervosa among Asian schoolgirls. *British Medical Journal*, 1988, 297:718.
13. Becker AE et al. Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340:1092–1098.
14. Heatherton TF et al. A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 1997, 158:125–127.
15. *European Social Charter (revised)*. Strasbourg, Council of Europe, 1996 (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/163.htm>).
16. Levav I et al. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13:395–401.
17. Mental health atlas-2005 [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
18. Pre-conference: the mental health of children and adolescents, Luxembourg, 20–21 September 2004 [Website]. Brussels, European Union, 2004 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20040921_en.htm).
19. *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf).
20. Remschmidt H, Schmidt MH, Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:83–94.
21. *Effective Family Project*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivfamily.html>).
22. Mircea T. Strategies for responding to the needs of adolescents in Romania. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:385–393.
23. Autism Europe [Website]. Brussels, Autism Europe, 2005 (<http://www.autismeuropa.org>).
24. Partnership for Children [Website]. Kingston-upon-Thames, Partnership for Children, 2005 (<http://www.partnershipforchildren.org.uk>).
25. ESCAP – European Society for Child and Adolescent Psychiatry [Website]. Modena, European Society for Child and Adolescent Psychiatry, 2004 (<http://www.action.mi.it/escap>).

26. FOCUS [Website]. London, Research Unit, Royal College of Psychiatrists, 2005 (<http://www.focusproject.org.uk>).
27. IACAPAP [Website]. Boston, MA, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2005 (<http://www.iacapap.org>).

Weiterführende Literatur¹²

Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. World Health Organization, Geneva, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf).

¹² Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

12. Zugang zu einer guten psychosozialen Primärversorgung

„Ich hatte eine Fehlgeburt und deshalb dann einen Zusammenbruch. Ich wusste nicht, dass es ein Zusammenbruch war, aber ich bin zu meinem Arzt gegangen und habe ihm erklärt, wie mir zumute ist. Er sagte, er könne nichts für mich tun, er müsse sich um alle die Patienten im Wartezimmer kümmern, aber vielleicht könne mir die Praxisschwester eine Tasse Tee machen...“
– Pauline Lee, interviewt im Video „Open up“ (1)

Die Herausforderungen annehmen

Die primäre Gesundheitsversorgung (PHC) ist ein wichtiges Umfeld für den Beginn einer Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen, das:

- dazu beiträgt mit dem Aufsuchen gesonderter psychosozialer Dienste verbundenes Stigma zu vermindern,
- Früherkennung und Behandlung von Störungen erleichtert und damit Behinderung z. T. vermeidet,
- die Möglichkeiten für eine gemeindenahere Versorgung und die Beteiligung der örtlichen Gemeinschaft daran vergrößert,
- einen wichtigen Beitrag zu besserer Zugänglichkeit der Versorgung für unterversorgte Bevölkerungsgruppen leistet.

Die primäre Gesundheitsversorgung muss besser für die Erbringung wirksamer Dienste für Menschen mit psychischen Störungen gerüstet werden.

Psychische Störungen sind in der primären Gesundheitsversorgung häufig anzutreffen

Psychische Störungen haben unter den Patienten, die Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung aufsuchen, eine hohe Prävalenz. In einer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 15 Einrichtungen weltweit durchgeführten Untersuchung betrug die Prävalenz psychischer Störungen (gemäß Definition in der Zehnten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – ICD 10) unter den fortlaufenden Nutzern der Primärversorgung 24% (2). Außerdem kommen Menschen mit psychischen Störungen normalerweise wegen körperlicher Symptome zu ihrem Hausarzt. In dieser Studie war das bei 69% der Patienten mit psychischen Störungen der Fall.

Die Dienste der primären Gesundheitsversorgung sind nur schlecht ausgebaut

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen erfolgt im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region der WHO

ganz unterschiedlich, einige werden auf dieser Ebene ausgezeichnet versorgt, andere überhaupt nicht. Außerdem geben nur 14% der Länder mit niedrigem Volkseinkommen an, im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung Einrichtungen für die Behandlung schwerer psychischer Störungen zu haben (3). Fast ein Fünftel der Patienten mit Schizophrenie, die Hälfte der Patienten mit Depressionen und über 90% derjenigen mit Alkoholmissbrauch erhalten keine Behandlung, obwohl nachweislich kostenwirksame Maßnahmen vorhanden sind, mit denen sich das Leid des Einzelnen, der betroffenen Familien und der Gesellschaft insgesamt verringern ließe (3). Die Tatsache, dass Menschen mit behandelbaren Störungen nicht ausreichend versorgt werden, führt nicht nur zu einer ungeheuren persönlichen und sozialen Belastung der Betroffenen, sondern auch zu einer erheblichen wirtschaftlichen Belastung für die Länder der Europäischen Region.

Kapazität und fachliche Kompetenz der Primärversorgung müssen verbessert werden, damit es besser gelingt, weit verbreitete (und einige schwere) psychische Gesundheitsprobleme zu erkennen und zu behandeln, während komplizierte Fälle an die spezialisierte psychosoziale Versorgung in der Gemeinde und im Krankenhaus überwiesen werden müssen.

Deshalb müssen die in der Primärversorgung Tätigen (ob Ärzte oder Pflegefachkräfte) imstande sein, psychische Störungen zu erkennen, angemessen zu behandeln und die Patienten gegebenenfalls an Fachärzte zu überweisen. Zurzeit bestehen in der Region große Unterschiede in Bezug auf die Zahl der entsprechend geschulten Fachkräfte und den Umfang der Fortbildungsangebote. Psychosoziale Fortbildungsangebote korrelieren dabei nicht mit der Höhe des Volkseinkommens. In 71% der Länder am oberen Ende der Nationen mit mittlerem Volkseinkommen ist eine solche Fortbildung vorgesehen, während dies nur in 62% der Länder mit hohem Volkseinkommen der Fall ist (3). Finanzielle Ressourcen sind demnach nicht das einzige Hindernis, das einer psychosozialen Fortbildung der Fachkräfte in der Primärversorgung im Wege steht.

Lösungen schaffen

Für Länder mit begrenzten psychosozialen Ressourcen ist die Erbringung dieser Dienste im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung einer der wirksamsten und gangbarsten Wege zur Verbesserung des Zugangs zur psychosozialen Versorgung (4). Psychosoziale Dienste müssen deshalb im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung angesiedelt sein, um die folgenden Ziele zu erreichen.

Leistungserbringung

Erkennung psychischer Störungen

Die Fachkräfte der primären Gesundheitsversorgung können zur Erkennung von psychischen Störungen beitragen, vor allem, wenn es sich dabei um verbreitete Störungen handelt. Zwischen psychischen und physischen Störungen besteht ein signifikanter Zusammenhang, weshalb die in der Primärversorgung Tätigen die Möglichkeit dazu haben, wenn Patienten mit physischen Gesundheitsproblemen zu ihnen kommen.

Medikamentöse Grundversorgung und psychotherapeutische Interventionen

Bei allgemein verbreiteten (und einigen schweren) psychischen Störungen können die Fachkräfte der Primärversorgung psychotrope Medikamente verordnen und einfache psychotherapeutische Maßnahmen ergreifen. Vor allem nicht in Institutionen

untergebrachten Patienten mit chronisch stabilen psychischen Störungen, die ständig psychotrope Medikamente und psychotherapeutische Betreuung benötigen, kann im Rahmen der Primärversorgung geholfen werden und sie brauchen deshalb nicht immer wieder einen Gebietsarzt aufzusuchen. Das hat einen doppelten Vorteil: Es ist leichter für die Patienten, da die Dienste der Primärversorgung rein geografisch normalerweise leichter zugänglich und weniger teuer sind, und die spezialisierten psychosozialen Dienste werden weniger belastet und können daher besser für eine spezialisierte Behandlung sowie für Supervision und Fortbildung genutzt werden.

Verhütung psychischer Störungen und Förderung der psychischen Gesundheit

Für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung psychischer Störungen steht eine ganze Bandbreite von Strategien zur Verfügung. Einrichtungen der Primärversorgung bieten eine ausgezeichnete Möglichkeit für präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten, insbesondere für die zielgerichtete Bekämpfung der Faktoren, die für die Entstehung oder die Dauerhaftigkeit psychischer Erkrankungen verantwortlich sind. Beispielsweise hängt die psychosoziale und die kognitive Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern von der Interaktion zwischen Eltern und Kind ab. Maßnahmen, die diese Beziehungen verbessern können, und zwar durch den Kontakt zu den Diensten der Primärversorgung während der Phase um die Geburt und in der frühkindlichen Entwicklungsphase, können die emotionale, soziale, kognitive und körperliche Entwicklung von Kindern wesentlich fördern (5).

Überweisung komplizierter Fälle an spezialisierte psychosoziale Dienste

Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung können für die psychosoziale Versorgung als erste Kontakt- und als Überweisungsstelle dienen. Von hier aus kann nach einer ersten Ermittlung und vorläufigen Behandlung die geeignete Überweisung an spezialisierte psychosoziale Dienste erfolgen, was viele Vorteile hat: Der einzelne Patient umgeht damit unnötige Besuche beim Facharzt, der normalerweise weniger zugänglich ist und höhere direkte und indirekte Behandlungskosten mit sich bringt. Die Überweisungen können auch zielgerichteter erfolgen, was dem Patienten Mühe und Geld erspart, weil er nicht erst nach dem richtigen Arzt für sein konkretes Problem zu suchen braucht. Auch für das Gesundheitswesen ist das ein Vorteil, weil durch eine korrekte Überweisung weniger knappe finanzielle und personelle Ressourcen verschwendet werden.

Das Überweisungssystem sollte in Konsultation mit den Gesundheitsdiensten des Verwaltungsgebietes oder der Region funktionieren. Die Leistungserbringer sollten sich regelmäßig treffen, um das Funktionieren des Überweisungssystems zu überprüfen und zu verbessern und um zu beurteilen, inwieweit es den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen entspricht. Auch dort, wo die spezialisierte psychosoziale Versorgung gut ausgebaut ist, ist es wichtig, dass die Koordination mit den Einrichtungen der Primärversorgung verbessert wird.

Aufklärung von Familie und Gemeinschaft im Nahbereich

Die Fakten sprechen dafür, dass Patienten sich eher an Behandlungspläne halten, wenn sie den Charakter ihrer Krankheit und die Behandlung verstehen. Die Kenntnis der Symptome und der Anamnese einer Störung sowie der wirksamen Behandlungsmöglichkeiten hat nachweislich einen positiven Einfluss auf das Resultat der Behandlung (6). Die Fachkräfte der Primärversorgung können im Verlauf ihrer

normalen klinischen Arbeit bei den Angehörigen sehr wohl einfache psychologische Aufklärungsarbeit leisten und bei bestimmten Störungen konkrete Interventionen vornehmen.

Krisenmaßnahmen

Krisenmaßnahmen lassen sich am besten im Rahmen der Primärversorgung durchführen, da diese normalerweise den ersten Kontakt mit dem Gesundheitswesen darstellt. Eine Krisenintervention kann den Ausbruch schwerer Krankheitsepisoden verhindern und verhüten, dass sich bereits bestehende Störungen noch verschlimmern. Die Dienste der Primärversorgung können stationäre wie ambulante Krisenmaßnahmen anbieten. Außerdem können sie gegebenenfalls spezialisierte psychosoziale Dienste einbeziehen. Wichtig ist auch, dass die in der Primärversorgung Tätigen bei Naturkatastrophen oder Gewaltakten die traumatisierten Opfer informieren, aufklären, anleiten und behandeln können.

Zusammenarbeit mit anderen Sektoren

Menschen mit psychischen Störungen brauchen Hilfe in mehrfacher Beziehung, in Bezug auf ihre Gesundheit, auf soziale Sicherung, Beschäftigung, Wohnung, Ausbildung und auch im Rahmen der Strafrechtspflege. Deshalb müssen nicht nur die Überweisungen innerhalb des Gesundheitswesens sehr gut funktionieren, sondern es muss auch eine enge Zusammenarbeit mit anderen Sektoren angestrebt werden, wenn man diesen Bedürfnissen gerecht werden will.

Berufliche Weiterqualifizierung

Die Integration der psychosozialen in die allgemeine primäre Gesundheitsversorgung ist ein komplizierter Prozess, der Fortbildung, Supervision und die anderweitige Weiterqualifizierung der in diesem Bereich Beschäftigten erfordert.

Fortbildung

In erster Linie setzt eine solche Integration voraus, dass die in der primären Gesundheitsversorgung Tätigen für psychosoziale Aufgaben geschult werden. Sie müssen zunehmend Verantwortung für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Erbringung psychosozialer Dienste übernehmen. Die in Ausbildungseinrichtungen Tätigen und alle bereits in der Praxis Beschäftigten müssen sich auf die Erbringung psychosozialer Dienste im Rahmen der Primärversorgung einstellen. Dafür brauchen sie bestimmte Qualifikationen. Einige der wichtigsten liegen auf folgenden Gebieten:

- Diagnose und Behandlung psychischer Störungen
- Beratung, Unterstützung und psychologische Aufklärungsarbeit
- Überzeugungsarbeit
- Krisenintervention.

Supervision

Soll die Integration gelingen, müssen die in der primären Gesundheitsversorgung Tätigen sachgerecht supervisiert werden. Den Mitarbeitern in der primären Gesundheitsversorgung sollten regelmäßig psychiatrische und andere einschlägige Fachkräfte zur Verfügung stehen, die sie über das Fallmanagement und die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen beraten können. Fehlende Supervision kann dazu führen, dass zu viele Patienten wegen geringfügigerer Probleme an die spezialisierten Dienste überwiesen werden. Ein Mitglied des für die

psychosoziale Versorgung zuständigen Teams sollte sich regelmäßig mit dem in der Primärversorgung tätigen Team treffen, um Schwierigkeiten des Fallmanagements zu erörtern und die Kollegen des Primärversorgungsteams zu den von ihnen durchzuführenden Maßnahmen zu beraten.

Berufliche Weiterentwicklung der Arbeitskräfte

Die Integration der psychosozialen in die primäre Gesundheitsversorgung setzt die enge Zusammenarbeit mit den bereits in der Primärversorgung Tätigen voraus. Sie wehren sich möglicherweise gegen diese neuen Funktionen, bezweifeln u. U. beispielsweise, dass ihnen bei der Handhabung psychischer Störungen überhaupt eine Rolle zukommt. Mit diesen Besorgnissen muss man sich gründlich auseinandersetzen und im Rahmen von Fortbildungskursen und Verhandlungen die Erwartungen abklären. Dabei ist der Zeitfaktor zu berücksichtigen, wenn sich die in der Primärversorgung Tätigen ausreichend der psychosozialen Arbeit widmen können sollen. In vielen Ländern sind sie sowieso schon überbelastet und man erwartet von ihnen die Beteiligung an den unterschiedlichsten Gesundheitsprogrammen, die sich allerdings hauptsächlich auf physische Störungen konzentrieren. In solchen Situationen muss die Zahl der in der Primärversorgung tätigen Fachkräfte aufgestockt werden, damit sie die zusätzliche psychosoziale Arbeit übernehmen können.

Ein Beispiel

Psychosoziale Fortbildungsangebote für niedergelassene Allgemeinärzte haben nachweislich eindeutige Vorteile. In Schweden führte die erfolgreiche Fortbildung dieser Ärztesgruppe dazu, dass weniger Patienten ins Krankenhaus eingewiesen wurden und unter den von diesen so qualifizierten Ärzten versorgten Bevölkerungsgruppen die Zahl der Selbstmorde zurückging (7). Die rückläufige Selbstmordrate erwies sich in einer nach drei Jahren erfolgten Anschlussuntersuchung allerdings als nicht stabil, was möglicherweise darauf hindeutet, dass Fortbildung, Supervision oder Unterstützung laufend erfolgen müssen (8).

Einbeziehung interessierter Akteure

Andere wichtige Gruppierungen haben verschiedene Möglichkeiten, sich an der Integration der psychosozialen in die allgemeine primäre Gesundheitsversorgung zu beteiligen.

Verbraucher- und Angehörigengruppen und Lobbyorganisationen:

- Beeinflussung von Politik und Planung der Dienste, um durch die primäre Gesundheitsversorgung die psychosozialen Dienste zugänglicher zu machen.
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Notwendigkeit hochwertiger Dienste im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung.
- Aufklärung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen, die Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung aufsuchen.

Stiftungen:

- Unterstützung des Aufbaus von psychosozialen Diensten in der Primärversorgung, zum Beispiel in Pilotprojekten an bestimmten Orten.
- Unterstützung von Forschungsvorhaben zur Entwicklung wirksamer psychosozialer Interventionen in Einrichtungen der Primärversorgung.

Hochschulen und andere wissenschaftliche Einrichtungen:

- Bereitstellung eines zweckdienlichen, evidenzbasierten psychosozialen Fortbildungsangebots für Fachkräfte der Primärversorgung.
- Wissenschaftliche Beschäftigung mit den Aufgaben der Primärversorgung und wirksamen psychosozialen Interventionen in Einrichtungen der Primärversorgung.
- Fachlich qualifizierte Supervision der Planung und Erbringung von psychosozialen Diensten im Rahmen der Primärversorgung.

Berufsverbände:

- Festsetzung von Qualitätsstandards für Fachkräfte der psychosozialen Primärversorgung und Akkreditierung von Fachkräften für die psychosoziale Primärversorgung.
- Unterstützung des Rollenwechsels der in der Primärversorgung tätigen Fachkräfte, die sich von der überwiegenden Beschäftigung mit physischen Störungen auf ein ganzheitlicheres Konzept von Gesundheitsversorgung umstellen müssen, das sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit einschließt.

Literatur¹³

1. *Open up* [Video]. London, Mental Health Media, 2004 (<http://openup toolkit.net/home/index.php>).
2. Ustun B, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. Chichester, John Wiley, 1995.
3. Mental health atlas-2005 [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS &cmd=start&geolevel=World>).
4. *Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Services Guidance Package; http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2.pdf).
5. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
6. Craighead WE et al. Psychosocial treatments for bipolar disorder. In: Nathan P, Gorman JM, eds. *A guide to treatments that work*. New York, Oxford University Press, 1998.
7. Rutz W et al. An educational program on depressive disorders for GPs on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79:19–26.
8. Rutz W et al. Long-term effects of an educational program for GPs given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:83–88.

¹³ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

13. Psychosoziale Versorgung in gemeindenahen Diensten

„Die Versorgung der Menschen mit psychischen Störungen an ihrem Wohnort und Arbeitsplatz erfordert gemeindenahere psychosoziale Dienste. Diese müssen die veralteten psychiatrischen Anstalten ersetzen, die die Leidenden aus der Gesellschaft entfernen, das Stigma vergrößern und doch keine kostenwirksame Versorgung bieten.“

– Dr. Matthijs Muijen, Amtierender Regionalbeauftragter Psychische Gesundheit,
WHO-Regionalbüro für Europa

Die Herausforderungen annehmen

Lange Zeit wurden Menschen mit psychischen Störungen aus ihrem Lebenszusammenhang gerissen und in psychiatrischen Krankenhäusern oder Einrichtungen verwahrt. Weltweit gibt es zahlreiche Belege (1) dafür, dass solche Anstalten zu einer weiteren Stigmatisierung der Patienten führen, dass sie oft in Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen stehen und dass sich der psychische Gesundheitszustand durch sie weiter verschlechtert.

Aufgrund wachsender Nachfrage nach neuen patientenorientierten Versorgungsmodellen haben einige Länder in Europa mit der Entwicklung gemeindenaher psychosozialer Dienste begonnen. Es gibt gute Belege dafür, dass diese gemeindenahen psychosozialen Angebote in klinischer Hinsicht erfolgreicher (2,3) und zugleich kostenwirksamer (4,5) sind. Sie bieten die Grundlage für eine ethische, die Rechte der psychisch Kranken respektierende Versorgung. Sie ermöglichen die Leistungserbringung am Wohnort und am Arbeitsplatz der Menschen und verbessern so die Zugänglichkeit der Dienste. Zudem geben die Nutzer ihre Bevorzugung der gemeindenahen gegenüber der stationären Versorgung zu verstehen (6,7).

Die WHO und Fachleute für psychische Gesundheit und Menschenrechte haben festgestellt, dass viele Länder noch nicht weit genug gegangen sind und die gemeindenahen Dienste, Infrastruktur und Unterstützungsformen weiter entwickeln müssen (1). Psychosoziale Dienste werden noch zu oft in Einrichtungen mit wenigen Wahlmöglichkeiten für Patienten und Betreuer angeboten. Viele an schweren psychischen Störungen leidende Menschen, insbesondere die schutzlosen und ausgrenzten, erleben beim Zugang zu den Diensten wie bei der Aufrechterhaltung des Kontakts zu ihnen Schwierigkeiten. Die Dienste müssen von Struktur und Ablauf her eine evidenzbasierte Versorgung ermöglichen, die den Patienten möglichst weit in der Gemeinschaft belässt.

Jedes Land in Europa kann sein Angebot auf diesem Gebiet noch verbessern. Gegenwärtig verfügen 28% der Länder Europas über keine gemeindenahen psychosozialen Dienste (8). Entsprechend dem wirtschaftlichen Entwicklungsstand gibt es große Schwankungen: Nur 33% der europäischen Länder mit niedrigem

Volkseinkommen, aber 91% der Länder mit hohem Volkseinkommen verfügen über gemeindenahere psychosoziale Dienste. Unter den Ländern, die angeben, solche Dienste zu haben, variiert deren tatsächliche Reichweite beträchtlich.

Einige Länder bewegen sich auf eine Enthospitalisierung zu. Es gibt jedoch Bedenken, dass dieser Schritt dem Aufbau gemeindenaher Dienste zu weit vorauslaufen könnte und somit sowohl den stationären wie den ambulanten Diensten nur unzureichende Mittel blieben. Eine Untersuchung der psychosozialen Dienste Londons kam zu dem Schluss, dass kein angemessenes Gleichgewicht zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bestehe. Für Einweisungen stünden heute zu wenige Krankenhausbetten und für Entlassungen zu wenige Wohnplätze in der Gemeinde zur Verfügung (9). In Deutschland, Österreich, der Schweiz und Luxemburg wurden die Bettenzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern abgebaut, dies allerdings unter politischen und finanziellen Rahmenbedingungen, die auch den Ausbau einer bedarfsgerechten Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern und im Gemeindeumfeld einschränken (10).

Lösungen schaffen

Um den vielfachen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen gerecht zu werden, müssen gemeindenahere psychosoziale Dienste unterschiedlicher Art geplant und aufeinander abgestimmt werden. Länder, in denen noch große psychiatrische Anstalten vorherrschen, sollten diese verkleinern und gleichzeitig gemeindenahere Dienste aufbauen.

Gemeindenahere psychosoziale Dienste können in der Regel mit ihren multidisziplinären Teams aus Fach- und Pflegekräften eine Vielzahl von Umständen und Versorgungsebenen abdecken. Die Dienste müssen:

- gemeindenahere Rehabilitations- und Therapieprogramme anbieten,
- spezialisierte psychosoziale Dienste zur Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Problemen in ihrem Umfeld einrichten,
- Hausbesuche anbieten,
- Krisenintervention anbieten,
- Aus- und Fortbildung anbieten,
- mit anderen ambulanten und stationären Diensten zusammenarbeiten,
- Forschung betreiben,
- Verbindungen zu anderen Sektoren herstellen.

Gemeindenahere Programme zielen darauf ab, Menschen mit psychischen Störungen zu einem vollkommen in die Gesellschaft integrierten Leben zu verhelfen. Zu den vielen Modellen einer gemeindenaheren Versorgung gehören u. a. das Fallmanagement, Programme zur Umgehung von Krankenhauseinweisungen, eine intensive Versorgung zu Hause und aufsuchende Dienste. All diese Modelle besitzen starke und schwache Seiten. Die Entscheidung für ein bestimmtes Modell in einem Land hängt von verschiedenen Faktoren ab, u. a. dem soziokulturellen Kontext, dem Aufbau des Gesundheitswesens und den finanziellen und personellen Gegebenheiten.

Es müssen **Fachteams** aufgebaut werden, z. B. gemeindenahere Fachteams zur Versorgung von Menschen mit schweren Störungen wie Schizophrenie, bipolaren affektiven Störungen, Demenz und schweren Depressionen. Diese Dienste müssen jeden Tag rund um die Uhr erreichbar und multidisziplinär besetzt sein.

Gemeindenahere psychosoziale Dienste müssen selbst oder in Zusammenarbeit z. B. mit Sozialdiensten und **Wohnämtern** Therapien mit Supervision per Hausbesuch

anbieten. Die Ausgestaltung variiert von Land zu Land je nach dem konkreten Zusammenhang, in dem die Sozial- und Gesundheitsdienste angeboten werden.

Zusammen mit der Primärversorgung muss **Krisenintervention** angeboten werden, da im Krisenfall die erste Anlaufstelle oft in der Primärversorgung liegt. Dafür sind gut vernetzte Überweisungssysteme innerhalb der Primärversorgung und mit den psychosozialen Diensten der allgemeinen Krankenhäuser erforderlich. In einigen Ländern bieten gemeindenahe Psychiatrieteams durch mobile und aufsuchende Arbeit auch eine intensive Krisenintervention im Rahmen von Hausbesuchen an. In anderen Ländern versuchen Programme eine Krankenhauseinweisung von Menschen in einer Krise durch gemeindenahe Einrichtungen wie z. B. Krisenzentren zu umgehen.

Gemeindenahe psychosoziale Dienste werden gewöhnlich in die **Aus- und Fortbildung** ihres eigenen Personals und des Personals von Primärversorgungseinrichtungen ebenso wie in die von einschlägigen Fachkräften aus Allgemeinkrankenhäusern einbezogen.

Gemeindenahe psychosoziale Dienste müssen eine gute **sektorübergreifende Zusammenarbeit** entwickeln, weil Menschen mit psychischen Störungen komplexe Bedürfnisse haben, die Sektorengrenzen überschreiten. Zu den Primärversorgungsstellen und den Diensten der Allgemeinkrankenhäuser müssen gute Verbindungen aufgebaut werden.

Gemeindenahe psychosoziale Dienste müssen sich an der **Forschung** beteiligen, insbesondere im Bereich der Leistungserbringung, z. B., indem sie die Wirksamkeit verschiedener Modelle untersuchen. Gemeindenahe psychosoziale Dienste verfügen bei der Leistungserbringung über Wissen aus erster Hand, das sinnvollerweise in die Erstellung des Forschungsrahmens und die Festlegung von Dringlichkeiten und Fragestellungen einfließen kann.

Menschen mit psychischen Störungen haben vielfache Bedürfnisse in Bezug auf Gesundheit, Wohlergehen, Beschäftigung, Unterbringung, Strafjustiz und Ausbildung. Daher müssen die gemeindenahen psychosozialen Dienste **mit anderen Sektoren gemeinschaftlich arbeiten**, klare Überweisungswege herstellen und gegenseitige Supervision und Ausbildung betreiben.

Einige Beispiele

Ein Beispiel für Enthospitalisierung bietet Österreich, wo die Patientenzahl psychiatrischer Krankenhäuser von 12 000 im Jahr 1974 auf 5000 im Jahr 2000 fiel. Bei gemeindenahen Diensten wie Tageskrankenhäusern, Kriseninterventionsdiensten und Herbergen für Menschen mit psychischen Störungen überwiegt die multidisziplinäre Teamarbeit. In einigen Landesteilen gibt es Verfahren zur systematischen Supervision solcher Teams (11).

Der substanzielle Bettenabbau in der italienischen Provinz Emilia-Romagna nach Beginn der Reformen der psychosozialen Dienste im Jahr 1978 wurde von einer erheblichen Zunahme gemeindenaher Dienste begleitet. Bis 1994 gab es bei einer Bevölkerung von 4 Millionen Menschen 145 gemeindenahe psychosoziale Zentren, 48 Zentren für ambulante Therapie und Rehabilitation, 12 psychiatrische Stationen in Allgemeinkrankenhäusern, 3 Universitätspsychiatrien, 24 Herbergen mit Betreuern und 123 betreute Wohnungen, daneben gab es noch 7 Privatpsychiatrien (12).

Das norwegische Programm für psychische Gesundheit hat die Enthospitalisierung gefördert und größeres Gewicht auf die gemeindenahe Psychiatrie gelegt, bei der die Therapie enger am normalen Lebensumfeld des Patienten und an

der Primärversorgung erfolgt. Im ganzen Land werden in den Distrikten Psychiatriezentren als gemeindenaher ambulante Praxen eingerichtet. Dieses Modell einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung bietet eine psychiatrische Rundumversorgung durch vernetzte Dienste zur fortlaufenden Behandlung, Unterbringung, Hilfe am Arbeitsplatz und sozialen Unterstützung und befähigt dadurch insgesamt Menschen mit psychischen Störungen dazu, eine annehmbare soziale Rolle zu bewahren oder zu erlangen (11).

Einbeziehung interessierter Akteure

Für die Einbeziehung anderer wichtiger Gruppen in die Entwicklung einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung gibt es mehrere Möglichkeiten.

Verbraucher-, Angehörigen- und Lobbygruppen:

- Einfluss auf Politik und Gesetzgebung zur Verbesserung der gemeindenahen Angebote für Menschen mit psychischen Störungen.
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die notwendige Integration von Menschen mit psychischen Störungen in ein normales Leben in der Gesellschaft.
- Bildungsangebote und Unterstützung für Menschen mit psychischen Störungen, die in der Gesellschaft leben.
- Organisation informeller gemeindenaher psychosozialer Dienste wie Beratungstherapie, Selbsthilfegruppen, Anlaufstellen, Hilfen im Alltag, Wiedereingliederung in die Gesellschaft, Fallmanagement, aufsuchende Arbeit und Krisendienste.
- Dienste für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, z. B. schulische Förderungsprogramme für psychische Gesundheit.
- Erkennung und Bekämpfung veralteter und inhumaner Behandlungsformen, schlechter Leistungserbringung, unzugänglicher Versorgung und unfreiwilliger Behandlung.

Stiftungen:

- Förderung der Entwicklung gemeindenaher, psychosozialer Projekte.
- Förderung der Erforschung kostenwirksamer gemeindenaher Interventionen.

Hochschulen und andere wissenschaftliche Einrichtungen:

- Angebot einer evidenzbasierten Ausbildung für die Beschäftigten in der gemeindenahen psychosozialen Versorgung.
- Forschung zur Auswertung der Wirksamkeit einer Vielfalt von gemeindenahen Interventionen.
- Angebot von Fachsupervision für die Erbringung und Planung von gemeindenahen psychosozialen Diensten.

Berufsverbände:

- Schaffung von Qualitätsstandards für in der gemeindenahen psychosozialen Versorgung tätige Fachleute und Akkreditierung von in der gemeindenahen psychosozialen Versorgung tätigen Fachleuten.
- Unterstützung der Psychiatriemitarbeiter beim Rollenwechsel von der Arbeit vorwiegend in Anstalten zu einer Tätigkeit im gemeindenahen Umfeld.

Literatur¹⁴

1. *Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Services Guidance Package; http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545925_V2.pdf).
2. Leff J et al. The TAPS Project. 22: a five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community. *British Journal of Psychiatry*, 1994, (Suppl.):13–17.
3. Marks IM et al. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165:179–194.
4. Knapp M et al. The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study. *Psychological Medicine*, 1997, 27:681–692.
5. Knapp M et al. Home-based versus hospital-based care for serious mental illness: controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 172:506–512.
6. Boardman AP et al. North Staffordshire Community Beds Study: longitudinal evaluation of psychiatric in-patient units attached to community mental health centres. I: Methods, outcome and patient satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:70–78.
7. Hobbs C et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34:476–483.
8. Mental health atlas-2005 [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHATLAS&cmd=start&geolevel=World>).
9. Goldberg D. Findings from 'London's Mental Health': a service in crisis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 399(Suppl.):57–60.
10. Haug HJ, Rossler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999, 249:115–122.
11. *Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>).
12. Fioritti A, Lo Russo L, Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154:94–98.

¹⁴ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

14. Humanressourcen und Ausbildung im Bereich psychische Gesundheit

Der Wechsel von dem anstaltsgeprägten zu einem gemeindeorientierten Modell ist mehr als nur die Verlegung der Versorgung an einen anderen Ort. Er bedeutet vielmehr auch andere Werte, eine im Stil andere Praxis, die Annahme ungewohnter Rollen und Verantwortlichkeiten und den Erwerb neuer Fähigkeiten.

Die Herausforderungen annehmen

Ein ausreichendes Angebot an qualifizierten Arbeitskräften ist für die angemessene Reaktion eines Landes auf eine erhebliche Belastung durch psychische Störungen unabdingbar. Ohne die erforderliche Arbeitskraft kann es keine psychosoziale Versorgung geben. Die meisten Länder der Europäischen Region stehen auf dem einschlägigen Arbeitsmarkt erheblichen, Besorgnis erregenden Engpässen gegenüber und müssen zur Sicherung einer effektiveren und effizienteren psychosozialen Versorgung mehr qualifizierte Mitarbeiter ausbilden.

Unzureichendes Angebot an Mitarbeitern

In den meisten Ländern der Region fehlen im psychosozialen Bereich qualifizierte Arbeitnehmer. Zwar liegen die gemeldeten Zahlen für Psychiater (9,0 pro 100 000 Einwohner) und Pflegekräfte der Psychiatrie (27,5 pro 100 000 Einwohner) in der Region über dem weltweiten Durchschnitt, die Verteilung in der Region ist jedoch ungleichmäßig, das Arbeitskräfteangebot konzentriert sich vor allem auf wenige Länder mit hohem Volkseinkommen (1). Das Angebot an Psychologen und Sozialarbeitern ist ebenfalls sehr uneinheitlich.

Beschäftigungszahlen in der Region

In der Europäischen Region der WHO liegt die Zahl der Psychiater pro 100 000 Einwohner zwischen 1,8 und 25. Die entsprechende Zahl für Pflegekräfte in der Psychiatrie liegt zwischen 3 und 104 und die für Psychologen im psychosozialen Bereich zwischen 0,1 und 96 (2).

Quantität und Qualität des Arbeitskräfteangebots werden von Faktoren wie geringe Investitionen in psychosoziale Dienste, schlechte Arbeitsverhältnisse, begrenzte Mittel für Ausbildung und Schulung und die Abwanderung von Fachkräften aus ärmeren in reichere negativ Länder beeinflusst. Außerdem erleben Arbeitnehmer aus dem psychosozialen Bereich oft Stigmatisierung und Diskriminierung durch Kollegen aus anderen Sektoren und durch die Öffentlichkeit.

Arbeitnehmer im psychosozialen Bereich oft unzureichend qualifiziert

Viele Arbeitnehmer im psychosozialen Bereich sind nicht ausreichend qualifiziert und müssen dringend besser ausgebildet werden, damit sie den künftigen Anforderungen des psychiatrischen Systems gerecht werden können. Die Krankenpflegeausbildung enthält zum Beispiel oft nur wenig zum Thema psychische Gesundheit und das Angebot konzentriert sich dabei auf Versorgung in Anstalten. Viele Länder bieten überhaupt keine Fachausbildung für Pflegekräfte im psychosozialen Bereich und nur in begrenztem Umfang fortlaufende Ausbildungsprogramme an (3).

Psychiatrische Schulungen sind auch für Hausärzte und andere in der Primärversorgung Tätige dringend erforderlich. Die Bereitstellung psychosozialer Dienste in der primären Gesundheitsversorgung ermöglicht der überwiegenden Mehrzahl der Bevölkerung einen schnellen und einfachen Zugang zu diesen (siehe Kapitel 12). Leider mangelt es vielen in der Primärversorgung Tätigen an Selbstvertrauen und Können, psychische Störungen zu erkennen und zu behandeln. Ausbildung würde wahrscheinlich auch die Behandlung der Menschen in der Primärversorgung verbessern, die an schweren psychischen Störungen leiden, und dies ist eine Voraussetzung für die Umsetzung einer gemeindenahen psychosozialen Behandlung und Versorgung durch die Länder.

Ausbildung in der Primärversorgung in Weißrussland

Zwischen 1999 und 2001 bildete Weißrussland in der Primärversorgung ungefähr 720 Fachkräfte psychiatrisch aus. Die Psychiatrische Versorgung wird von der stationären auf die ambulante Form umgelegt und in die Versorgung durch die Hausärzte integriert (1).

Ungleiche Verteilung der Mitarbeiter psychosozialer Dienste in den Ländern

Häufig sind Mitarbeiter psychosozialer Dienste in den Ländern ungleich verteilt, wobei große Konzentrationen in den Städten und in der Nähe großer Anstalten auftreten. Die ungleiche Verteilung trägt zur Chancenungleichheit bei und wirkt für große Teile der Bevölkerung als ein Hindernis beim Zugang zu psychosozialer Versorgung. Probleme entstehen auch dann, wenn ein unverhältnismäßig hoher Anteil der Mitarbeiter nur im privaten Sektor zur Verfügung steht.

Rollen der Mitarbeiter oft ineffizient

Die traditionelle Rolle von Mitarbeitern psychosozialer Dienste ist durch die Konzentration auf kostenintensive Behandlungen für wenige Patienten oft ineffizient. In den meisten Ländern ist die Mehrzahl in psychiatrischen Krankenhäusern beschäftigt, die einer kleinen Zahl von psychisch Kranken eine anstaltsgeprägte Versorgung bieten. Ausbildung und Unterstützung bei der Neuausrichtung der Mitarbeiterrollen sind ein wesentlicher Teil der Neuentwicklung der psychosozialen Dienste.

Versorgungsmodelle ändern

Sittliche und wissenschaftliche Erwägungen haben der Verlagerung der psychosozialen Versorgung aus den Psychiatrien in die Primärversorgung, in Allgemeinkrankenhäuser und in gemeindenahen Dienste Schwung verliehen. Das Ziel ist dabei eine bessere Zugänglichkeit und Annehmbarkeit der Dienste, bessere Ergebnisse und rationeller Mitteleinsatz (4). Diese Änderungen bei der Erbringung der psychosozialen Dienste

haben jedoch erhebliche Implikationen für die Humanressourcen. Die gegenwärtig in psychiatrischen Krankenhäusern Beschäftigten benötigen Schulungen, damit sie eher auf Genesung ausgerichtete Behandlungen anwenden und die Menschen auf ihre Entlassung aus dem Krankenhaus vorbereiten können. Mitarbeiter in der gemeindenahen psychosozialen Versorgung müssen so geschult und Mitarbeiter in der Primärversorgung so ausgebildet und gefördert werden, dass sie psychische Störungen erkennen und die betroffenen Menschen behandeln können.

Anwerben und Halten

Das unzureichende Arbeitskraftangebot im psychosozialen Bereich unterstreicht, wie wichtig es ist, die Rekrutierung neuer Mitarbeiter zu fördern und zugleich die Beschäftigten zu halten. Die Einbeziehung des Themas psychische Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsausbildung ist entscheidend für das erforderliche Selbstvertrauen und die Qualifikationen der Mitarbeiter in der Primärversorgung. Der Kontakt mit der Psychiatrie schon während der Gesundheitsausbildung bietet auch eine wichtige Gelegenheit, diejenigen Mitarbeiter zu finden und zu fördern, die sich für psychische Gesundheit interessieren.

Das Halten vorhandener Mitarbeiter sichert nicht nur eine angemessene Personaldecke, es ist auch kostengünstig, da es die mit einer hohen Fluktuation verbundenen Kosten vermeidet. Vielfältige Strategien zum Halten von Mitarbeitern, die sich an den persönlichen, beruflichen und organisatorischen Bedürfnissen der Beschäftigten ausrichten, sollten erwogen werden. So sind in diesem Zusammenhang z. B. Verbesserungen beim Gehalt und bei den Arbeitsbedingungen sowie Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter wirksame Strategien.

Stigma und Diskriminierung

Stigma und Diskriminierung sind im Zusammenhang mit psychischen Störungen vielfach nachgewiesen worden. Es ist entscheidend, dass Strategien für Humanressourcen und Ausbildung die Wirkung von Stigma und Diskriminierung auf die Menschen und ihre Familien anerkennen und die Mitarbeiter psychosozialer Dienste in die Lage versetzen, diese zu bewältigen. Diese Frage sollte in Schulungen aufgegriffen werden und dabei die Perspektive der Nutzer und ihrer Familien mit einschließen. Außerdem ist es wichtig zu erkennen, dass von den Mitarbeitern selbst erfahrene Stigmatisierung und Diskriminierung auf die Quantität und Qualität des Arbeitskräfteangebots einen Einfluss haben. Dieses Problem kann dadurch angegangen werden, dass in den psychosozialen Diensten für die gleichen Beschäftigungsbedingungen gesorgt wird wie in der allgemeinen Gesundheitsversorgung, und dadurch, dass psychische Gesundheit in die Ausbildung der Gesundheitsberufe mit aufgenommen wird.

Einbeziehung von Nutzern und Betreuern

Die Einbeziehung der Dienstenutzer und ihrer Familien ist ein wichtiger Teil der Psychiatriereform. Die Psychiatrie ist für Menschen mit psychischen Störungen und ihre Familien da und beide können wichtige Beiträge bei der Bestimmung der Erfolg versprechenden Ansätze und bei Verbesserungsvorschlägen machen. Es liegen auch Erkenntnisse vor, wonach eine aktive Beteiligung der Menschen mit psychischen Störungen und ihrer Familien die Qualität der Dienste und der Versorgung insgesamt steigert. Beide Gruppen sollten aktiv in die Entwicklung der Lehrpläne und in die Lehre einbezogen werden, damit die Mitarbeiter der psychosozialen Dienste ein besseres Verständnis für ihre Bedürfnisse gewinnen.

Außerdem übernehmen Familien einen großen Teil der Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen und dies wird durch den Trend zu Enthospitalisierung und gemeindenaher Versorgung wahrscheinlich noch zunehmen. Zugang der Familien zu Schulungen wird ihr Verständnis, ihr Wissen und ihr Können steigern und einen großen Einfluss auf die Qualität der Versorgung und Unterstützung haben, die sie den psychisch Kranken geben können.

Multidisziplinäre Ansätze

Ein schlagkräftiger psychosozialer Mitarbeiterstab schließt Fachkräfte und Laien mit unterschiedlichen Vorkenntnissen ein. Menschen mit psychischen Störungen haben vielfältige Bedürfnisse, daher können Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen im Team am wirksamsten auf diese eingehen. Ausbildung im Bereich psychische Gesundheit sollte einer breiten Schicht von Fachleuten und Laien offen stehen und wirksame Teamarbeit mit einschließen.

Psychoseteams in Finnland

Finnland hat multidisziplinäre Psychoseteams für jeden Einzugsbereich aufgebaut, die Menschen mit einer neu diagnostizierten Psychose eine aktive Intervention und Unterstützung für die Familie anbieten (1).

Arbeitspraktiken

Die Arbeitspraktiken sollten die bestehenden Arbeitsgesetze und -richtlinien des Landes einhalten und die Rechte der Mitarbeiter sichern. Zu den konkreten Themen, die Beachtung verdienen, zählen: Einstellungskriterien, mögliche Förderungsmaßnahmen, Einführung, Einsatz, Vereinigungsrecht, Konfliktmanagement und Zulassungsverfahren (5).

Lösungen schaffen

Um bis 2008 ein ausreichendes qualifiziertes Arbeitskräfteangebot im psychosozialen Bereich heranzubilden, müssen die Länder die folgenden Maßnahmen ergreifen:

- Eine nationale Strategie für Humanressourcen im psychosozialen Bereich entwickeln, die:
 - den Personalbedarf für die Bereitstellung psychosozialer Dienste für die Bevölkerung erkennt,
 - den Bestand an allgemeinen und spezialisierten Berufen feststellt und die Notwendigkeit einer Neuausrichtung ihrer Rollen und Aufgaben erkennt,
 - die Notwendigkeit neuer Rollen und Aufgaben für Mitarbeiter im spezialisierten und allgemeinen Gesundheitsdienst und auf anderen wichtigen Gebieten, wie z. B. Erziehung und Justiz, erkennt,
 - Strategien für eine Anwerbung neuer Mitarbeiter und das Halten vorhandener herausarbeitet und einen chancengleichen Einsatz sichert.
- In Partnerschaft mit Hochschulen und Universitäten Programme planen und finanzieren, die dem Ausbildungsbedarf der vorhandenen und neu rekrutierten Mitarbeiter entsprechen. Die Pläne sollten die Wissensdefizite im Bereich neuer Technologien der gegenwärtigen Ausbilder berücksichtigen und ein Programm zu deren Weiterbildung enthalten.
- Psychische Gesundheit in die Lehrpläne für alle Gesundheitsberufe aufnehmen und Fachausbildung und Schulungsprogramme weiter umgestalten.

- Beiträge von Dienstnutzern und Angehörigen bei der Planung, Ausbildung und Schulung von Humanressourcen mit einbeziehen.

Einige Beispiele

Vereinigtes Königreich

Das National Institute for Mental Health in England hat jüngst seine National Mental Health Strategy veröffentlicht. Ihr Zweck ist es, für die psychosozialen Dienste eine hinreichende Anzahl an Mitarbeitern mit angemessenen Qualifikationen sicherzustellen, die gut motiviert und angeleitet den Bedürfnissen der Nutzer und ihrer Angehörigen gerecht werden können. Das Dokument stellt wichtige Ziele für das Arbeitskräfteangebot auf und erläutert die Zuständigkeiten verschiedener Behörden für deren Erreichung (6).

Slowenien

Die slowenische Psychiatriegesellschaft ŠENT hat ein Schulungsprogramm für Nutzer und deren Angehörige sowie Mitarbeiter psychosozialer Dienste initiiert, die eine Grundausbildung über psychische Gesundheit und psychische Störungen enthält; zu den Lerninhalten gehören Pflegemanagement, Selbsthilfe, Menschenrechte und Rechte der Nutzer, gesetzliches Vorgehen, Teamarbeit und multidisziplinäres Arbeiten, Ausbildung sozialer Fertigkeiten und berufliche Wiedereingliederung. Das Programm hat das Bewusstsein der Öffentlichkeit für psychische Gesundheit und bessere Verständigung zwischen Nutzern, Angehörigen und Leistungserbringern erhöht (7).

Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände

Das 1996 gegründete Forum vertritt 26 Pflegeverbände in Europa mit 4,5 Millionen Mitgliedern und unterstützt den Dialog zwischen den Pflegekräften und der WHO zur Förderung von Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der Europäischen Region. Die achte Jahrestagung im Jahr 2004 konzentrierte sich auf psychische Gesundheit und erarbeitete ein Konsenspapier zu diesem Thema aus der Sicht der Pflege- und Hebammenverbände (8). Das Papier ruft Regierungen, Pflegekräfte und Hebammen zur Zusammenarbeit auf, um besser qualifizierte Mitarbeiter dazu in die Lage zu versetzen, den psychosozialen Bedürfnissen des Einzelnen, der Familien und der Gemeinschaften gerecht zu werden.

Stabilitätspakt für Südosteuropa – Projekt psychische Gesundheit

Die Stärkung des sozialen Zusammenhalts durch gemeindenaher psychosoziale Dienste war eines der dringlichsten gesundheitspolitischen Anliegen in der Verpflichtung von Dubrovnik. Die Initiative konzentriert sich auf die Entwicklung neuer und die Stärkung bestehender gemeindenaher psychosozialer Dienste in Südosteuropa durch Schaffung institutioneller und politischer Verbindungen zwischen den Akteuren, zu denen auch soziale und nichtstaatliche Organisationen zählen, und durch Lehre, Forschung und gemeindenaher Dienste. Die unmittelbaren Ziele des Projekts beinhalten die Entwicklung eines regionsweiten, standardisierten Ausbildungsforums und eines Kooperationsnetzes für gemeindenaher psychosoziale Dienste und verwandte bereichsübergreifende Themen, außerdem die Aufstellung eines regionsweiten Ausbildungscurriculums für Fachleute aus den Bereichen psychische Gesundheit, Primärversorgung und Sozialarbeit.

Literatur¹⁵

1. *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
2. *Mental health atlas-2005: [Online-Datenbank]*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://204.187.39.30/Scripts/mhatlas.dll?name=MHAT-LAS&cmd=start&geolevel=World>).
3. Salvage J, Heijnen S. *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series, No. 74; http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Publications/Catalogue/20040906_9).
4. *Organization of services for mental health*. Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Organization.pdf).
5. *Training manual on management of human resources for health*. Geneva, World Health Organization, 1993.
6. Mental Health Care Group Workforce Team. *National Mental Health Workforce Strategy*. London, Department of Health, 2004 (DH Publications No. 40276; <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/73/62/04087362.pdf>).
7. *Human resources and training in mental health*. Geneva, World Health Organization (im Druck)(Mental Health Policy and Service Guidance Package).
8. Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammenverbände. *Statement on Mental Health, Nursing and Midwifery*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/efnma/work/20040630_1).

¹⁵ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

15. Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit

„Es ist an der Zeit, dass wir die Anliegen von Personen mit einer psychischen Behinderung nicht einfach nur als soziales Problem, sondern als einen die Menschenrechte betreffenden kategorischen Imperativ begreifen.“
– Lawrence O. Gostin (1)

Die Herausforderungen annehmen

Überall erleben Menschen mit psychischen Störungen, dass ihre Menschenrechte verletzt werden

Menschen mit psychischen Störungen sind im Rahmen der Gesundheitsversorgung ebenso wie in ihrem Alltag zahlreichen Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt. Diese Verstöße kommen häufig in psychiatrischen Einrichtungen vor, bewirkt durch eine nicht ausreichende, entwürdigende und gesundheitsschädliche Versorgung und Behandlung und durch unhygienische und inhumane Lebensbedingungen. Fragen, die mit der Einwilligung in die Einweisung und Behandlung zu tun haben, werden oft ignoriert; man geht davon aus, dass die Betroffenen nicht imstande sind, entsprechende Entscheidungen zu treffen, weil keine unabhängige Beurteilung ihrer mentalen Fähigkeit erfolgt. Das heißt, man kann Menschen über lange Zeiträume hinweg einfach wegsperren, sie erfahren Autonomieverlust und Einschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit und sind aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Dies wiederum verstärkt das psychischen Erkrankungen anhaftende Stigma.

Die falschen Vorstellungen und Missverständnisse im Zusammenhang mit psychischen Störungen beeinträchtigen auch den Alltag von Menschen mit psychischen Störungen, was dazu führt, dass sie diskriminiert werden und man ihnen selbst die grundlegendsten Rechte verweigert. Aufgrund dieser Stigmatisierung erleben Menschen mit psychischen Behinderungen, dass ihre Rechte in Bezug auf Beschäftigungs-, Ausbildungs- und Wohnmöglichkeiten eingeschränkt werden. Das wiederum wirkt sich negativ auf ihre Fähigkeit aus, eine angemessene Versorgung zu erhalten, sich in die Gesellschaft zu integrieren und wieder gesund zu werden.

Wir brauchen fortschrittliche Gesetze

In der überwiegenden Mehrheit (92%) der Länder der Europäischen Region der WHO wird der Bereich der psychischen Gesundheit durch irgendeine Form der Gesetzgebung geregelt. Das bloße Vorhandensein eines entsprechenden Gesetzes ist jedoch noch keine Garantie dafür, dass es nicht zu Menschenrechtsverletzungen kommt. In vielen Ländern ist die Gesetzgebung praktisch veraltet und dient eher dazu, die Rechte der Menschen zu beschneiden, als sie zu schützen. Die jüngsten beim

Europäischen Gericht für Menschenrechte verhandelten Fälle (2,3) sowie eine Reihe neuerer Berichte nichtstaatlicher Organisationen (4–6) über Menschenrechtsverletzungen, vor allem die inhumane und entwürdigende Behandlung und die Zustände in psychiatrischen Anstalten, zeigen deutlich, dass viele Länder der Region noch einen weiten Weg vor sich haben, wenn sie die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen in Übereinstimmung mit internationalen und regionalen Menschenrechtsstandards fördern und schützen wollen.

Eine fortschrittliche Gesetzgebung für den Bereich der psychischen Gesundheit liefert einen rechtlichen Rahmen, der sicherstellt, dass kritische, das Leben von Menschen mit psychischen Störungen berührende Fragen auch wirklich aufgegriffen werden. Gesetze können u. a. Menschenrechtsverletzungen und Diskriminierung verhindern und die Menschenrechte, die Unabhängigkeit und Freiheit von Menschen mit psychischen Störungen und den Zugang zur psychosozialen Betreuung sowie die Integration in die Gemeinschaft fördern. Sie müssen in den seltenen Fällen, in denen Menschen als Folge ihres psychischen Gesundheitsproblems für andere eine Gefahr darstellen, auch die Rechte des einzelnen Menschen gegen den Schutz der Gemeinschaft abwägen.

Lösungen schaffen

Die Länder brauchen Gesetze für den Bereich psychische Gesundheit, die die in internationalen und europäischen Menschenrechtsinstrumenten verankerten Rechte respektieren und den darin vorgeschriebenen Verpflichtungen gerecht werden. Die Mehrheit der europäischen Länder hat die zum Thema Menschenrechte vorliegende internationale Gesetzessammlung (die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte und den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte sowie dessen zwei freiwillige Protokolle) bzw. das Übereinkommen des Europarats zum Schutz der Menschenrechte und der Grundfreiheiten ratifiziert. Mit diesen Instrumenten verpflichten sich die Regierungen rechtlich bindend dazu, die darin verankerten Rechte zu respektieren, zu schützen und zu erfüllen. Außerdem gibt es im Rahmen der europäischen Menschenrechtssysteme und der entsprechenden Systeme der Vereinten Nationen eine Reihe international vereinbarter Standards für die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen. Die Grundsätze der Vereinten Nationen für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (1991) und die Empfehlungen des Europarats zu Psychiatrie und Menschenrechten (1994) sind zwei solche Dokumente.

Bei der Reform einzelstaatlicher Gesetze im Bereich der psychischen Gesundheit müssen einige Schlüsselanliegen Beachtung finden.

Verbesserung des Zugangs zu guter psychosozialer Betreuung nach dem Grundsatz der am wenigsten einschränkenden Alternative

Bedarfsgerechte psychosoziale Dienste müssen zugänglich, akzeptabel und qualitativ angemessen sein. Der Gesetzgeber kann hier etwas bewirken, indem er die Gleichheit mit anderen Gesundheitsdiensten sicherstellt und stattdessen dafür sorgt, dass die erbrachten Leistungen den Bedürfnissen der Menschen entsprechen. In Übereinstimmung mit dem Grundsatz der am wenigsten einschränkenden Alternative sollten die Länder gesetzliche und andere notwendige Maßnahmen ergreifen, um Menschen mit psychischen Störungen bessere Möglichkeiten zu bieten, in ihrer Gemeinschaft ein erfülltes Leben zu führen, und zwar indem eine nicht zweckgerechte Einweisung in

eine stationäre Einrichtung vermieden und dafür gesorgt wird, dass bedarfsgerechte Einrichtungen, Dienste, Programme und Fachkräfte zur Verfügung stehen, der Schutz von Menschen mit psychischen Störungen gewährleistet ist und ihnen die Möglichkeit geboten wird, sich in ihrer Gemeinschaft zu entfalten.

Achtung der Rechte von Nutzern psychosozialer Dienste

Grundlegende Rechte von Menschen mit psychischen Störungen sind:

- das Recht auf Vertraulichkeit
- Zugang zu Informationen
- Rechte und Bedingungen in psychosozialen Einrichtungen
- Rechtsbelehrung.

Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass **das Recht des Patienten auf Vertraulichkeit** respektiert wird, weshalb er festlegen muss, welche Strafen und Sanktionen ein vorsätzlicher Verstoß durch Fachkräfte oder durch die für psychosoziale Dienste zuständigen Behörden nach sich zieht. Per Gesetz kann eventuell eine auf außergewöhnliche Umstände beschränkte Ausnahmeregelung getroffen werden, die deutlich macht, wann ein Bruch der Vertraulichkeit rechtlich zulässig ist, und die zugleich sicherstellt, dass Patienten und ihre persönlichen Vertreter das Recht haben, eine rechtliche Überprüfung eines Beschlusses zur Freigabe von Informationen zu verlangen oder Rechtsmittel gegen diesen Beschluss einzulegen.

Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass Menschen mit psychischen Störungen das Recht auf **freien und ungehinderten Zugang zu ihren klinischen Unterlagen** haben, so wie auch festzulegen ist, unter welchen Ausnahmebedingungen der Zugang zu diesen Informationen eingeschränkt werden kann. Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Patienten und ihre persönlichen Vertreter das Recht haben, eine rechtliche Überprüfung zu fordern oder gegen einen Beschluss, Informationen zurückzuhalten, Rechtsmittel einzulegen.

Der Gesetzgeber muss gewährleisten, dass in psychosozialen Einrichtungen lebende Patienten vor **grausamer, inhumaner und entwürdigender Behandlung geschützt sind**. Das Gesetz muss die Bereitstellung eines sicheren und hygienisch einwandfreien Umfelds garantieren, das Freizeit-, Erholungs- und Bildungsangebote vorsieht und die freie Religionsausübung ermöglicht, und es muss gewährleisten, dass in psychosozialen Einrichtungen eine berufliche Rehabilitation angestrebt wird, die den Patienten hilft, sich auf das Leben außerhalb der Einrichtung vorzubereiten. Das Umfeld muss so strukturiert sein, dass die Privatsphäre des Patienten nach Möglichkeit geschützt ist. Patienten dürfen nicht zu einer von ihnen abgelehnten Arbeit gezwungen werden, und wenn sie eine Arbeit aufnehmen, müssen sie angemessen entlohnt werden.

Es muss gesetzlich verankert werden, dass Patienten im Umgang mit psychosozialen Diensten über ihr Recht auf Information aufgeklärt werden. **Der Hinweis auf die Rechte** muss möglichst bald erfolgen. Die Auskunft muss so erteilt werden, dass Patienten sie verstehen können.

Förderung von freiwilliger Einweisung und Behandlung

Behandlung und Rehabilitation sollten in den meisten Fällen auf der Grundlage einer freien und informierten Einwilligung erfolgen. Nicht freiwillige Einweisung und Behandlung müssen die Ausnahme bilden und dürfen nur unter ganz bestimmten Umständen erfolgen. Das Gesetz muss diese Ausnahmen festlegen und zugleich die

Verfahrensschritte für eine nicht freiwillige Einweisung und Behandlung vorschreiben. Jeder Fall einer nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung sollte regelmäßig von einem unabhängigen Gutachtergremium überprüft werden und die Patienten sollten ebenfalls das Recht haben, bei diesem Gremium gegen ihre nicht freiwillige Behandlung oder den nicht freiwilligen Aufenthalt in einer Einrichtung Beschwerde einzulegen.

Keine Anreize für Absonderung und Einschränkungen schaffen

Das Gesetz sollte keinen Anreiz dafür bieten, die Freiheit von Patienten in psychosozialen bzw. psychiatrischen Einrichtungen einzuschränken oder diese Patienten abzusondern. Zu diesem Zweck müssen die Länder ihre Infrastruktur für die psychosozialen Dienste ausbauen, da die fehlenden Ressourcen oft dazu führen, dass die dort Beschäftigten zu diesen Maßnahmen greifen. Zum Schutz vor Missbrauch sollte im Gesetz festgelegt werden, in welchen Ausnahmefällen diese Verfahren zulässig sind. Einschränkungen der Bewegungsfreiheit und Absonderung können zulässig sein, wenn sie die einzige Möglichkeit darstellen, einen unmittelbaren oder drohenden Schaden von dem Patienten oder anderen abzuwenden, wobei sie jedoch nur so kurz wie überhaupt möglich eingesetzt werden dürfen.

Überprüfungsmechanismen für die begleitende Überwachung und den Schutz von Rechten

Für den Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen sollten Gutachtergremien eingerichtet werden. Zu den Funktionen eines solchen Gremiums könnten auch regelmäßige Kontrollbesuche in psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen zählen. Sie sollten auch Fälle von nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung überprüfen und Beschwerden von Patienten entgegennehmen.

Psychische Gesundheit und Menschenrechte betreffende Bestimmungen in andere Gesetze aufnehmen

Damit Menschen mit psychischen Störungen in ihrer Gemeinschaft ein produktives Leben führen können, brauchen sie Gesetze, die ihre Rechte schützen und fördern. Dazu gehören die unten angeführten Bereiche.

- Antidiskriminierungsgesetze: Antidiskriminierungsgesetze, die auch eine positive Diskriminierung zum Schutz schwacher Bevölkerungsgruppen fördern, sollten auch Bestimmungen für Menschen mit psychischen Störungen enthalten.
- Allgemeine, die Gesundheitsversorgung betreffende Gesetze: Menschen mit psychischen Störungen brauchen im Umgang mit dem allgemeinen Gesundheitsversorgungssystem u. U. den Schutz des Gesetzes, das den Zugang zu Behandlungsangeboten, die Qualität der angebotenen Behandlung, Vertraulichkeitsfragen, die Einwilligung in eine Behandlung und den Zugang zu Informationen regeln sollte.
- Wohnungsgesetze: Man kann gesetzlich festlegen, dass Menschen mit psychischen Störungen im sozialen und anderweitig staatlich subventionierten Wohnungsbau Vorrang haben und andere, ihren Bedürfnissen angepasste Wohnmöglichkeiten geschaffen werden sollten, z. B. Rehabilitationsheime und für den Langzeitaufenthalt gedachte Einrichtungen.
- Beschäftigungsgesetze: Man kann gesetzliche Bestimmungen einführen, die Arbeitnehmer mit psychischen Störungen vor Diskriminierung und Ausbeutung

schützen und gleichberechtigte Beschäftigungsmöglichkeiten fördern. Der Gesetzgeber kann auch die Rückkehr an den Arbeitsplatz fördern und sicherstellen, dass Menschen mit psychischen Störungen nicht ausschließlich mit dieser Begründung entlassen werden können.

- Sozialgesetzgebung: Behindertenrenten können für Menschen mit psychischen Behinderungen von ungeheurem Nutzen sein und sollten vom Gesetzgeber gefördert werden.
- Bürgerrechtsfragen: Menschen mit psychischen Störungen haben das Recht, alle bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte wahrzunehmen. Dazu gehören das Wahlrecht, das Recht zu heiraten, Schecks auszustellen und andere finanzielle Geschäfte abzuschließen, Kinder zu bekommen und das elterliche Sorgerecht zu behalten; sie haben das Recht auf Eigentum und auf die freie Religionsausübung, auf Arbeit und Beschäftigung, Ausbildung, freie Beweglichkeit und Wohnsitzwahl, auf Gesundheit, rechtliches Gehör und ein ordentliches Verfahren.

Umsetzung von die psychische Gesundheit betreffenden Gesetzen

Die mit der praktischen Durchföührung verbundenen Probleme stellen eine besondere Herausforderung dar und müssen bereits im Frühstadium angegangen werden. Eine wirksame Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen setzt eine ausreichende Finanzierung voraus. Eine wirksame Umsetzung hat bessere Erfolgsaussichten, wenn man die wichtigsten Akteure in die Ausarbeitung und Verabschiedung der Gesetze einbezieht. Außerdem muss man durch Aufklärung sowie Aus- und Fortbildungsangebote in der Öffentlichkeit und bei den Fachkräften, die allgemein im Gesundheitswesen, in psychosozialen bzw. psychiatrischen Diensten und anderen von dem Gesetz beröhrten Bereichen tätig sind, das Problembewusstsein schärfen.

Ein Beispiel

Das 1978 erlassene italienische Gesetz 180 über freiwillige und zwangsweise Behandlung im Gesundheitswesen verdeutlicht beispielhaft den Schritt von Gewahrsam und Einkerkering hin zur Integration und Rehabilitation von Personen mit psychischen Störungen. Das Gesetz legt Wert auf die freiwillige Behandlung von Personen mit psychischen Störungen in der Gemeinde und auf integrierte Gesundheitseinrichtungen im Gegensatz zu gesonderten Psychiatrieanstalten. Die Patienten können sich somit besser in das Leben der Gemeinschaft integrieren.

Einbeziehung interessierter Akteure

Soll ein Gesetz wirklich wirksam sein, ist es wichtig, dass sich verschiedene interessierte Akteure an seiner Verfassung und Umsetzung beteiligen. Einige dieser Akteure und ihre Aufgaben sind:

- Verbraucher-, Angehörigen- und Fürsprechergruppen:
 - Eintreten für einen besseren Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen und ihrer Angehörigen und Erarbeitung eines fortschrittlichen Gesetzes zur psychischen Gesundheit;
 - Beteiligung an der Ausarbeitung und Umsetzung des Gesetzes zur psychischen Gesundheit;
 - Durchführung von Bewusstseinskampagnen, um die breite Öffentlichkeit für Fragen der psychischen Gesundheit und der Menschenrechte zu sensibilisieren und ihr den Inhalt des Gesetzes zur psychischen Gesundheit nahe zu bringen.

- Stiftungen:
 - Unterstützung der Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit, beispielsweise durch Bewusstseinskampagnen zur Thematik psychische Gesundheit und Menschenrechte;
 - Unterstützung der Bildung von Verbraucher-, Angehörigen- und Fürsprecherorganisationen und ihrer Tätigkeit.
- Hochschulen und andere wissenschaftliche Einrichtungen:
 - Einbeziehung der Thematik psychische Gesundheit und Menschenrechte in die Vordiplom- und Diplomcurricula von Gesundheitsfachkräften allgemein und von Psychiatern, darunter auch von Fachkräften der Primärversorgung;
 - Durchführung von Forschungsvorhaben zur Verfolgung und Auswertung der Wirksamkeit von Gesetzen zur psychischen Gesundheit.
- Berufsverbände:
 - Beitrag zur Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit;
 - Schärfung des Bewusstseins für die Thematik psychische Gesundheit und Menschenrechte unter den Mitgliedern.

Literatur¹⁶

1. Gostin LO. International human rights law and mental disability. *Hastings Center Report*, 2004, 34(2):11–12 (<http://www.who.int/ethics/en/Gostin.pdf>).
2. *Hutchison Reid v. United Kingdom (No. 50272/99)*, European Court of Human Rights (20 February 2003). Sydney, World Legal Information Institute, 2003 (<http://www.worldlii.org/eu/cases/ECHR/2003/94.html>).
3. *Rakevich v. Russia (No. 58973/00)* European Court of Human Rights 558 (28 October 2003). Sydney, World Legal Information Institute, 2003 (<http://www.worldlii.org/eu/cases/ECHR/2003/558.html>).
4. *Cage beds: inhuman and degrading treatment in four EU accession countries*. Budapest, Mental Disability Advocacy Center, 2003 (http://www.mdac.info/documents/Cage_Beds.pdf).
5. *Human rights and mental health: Hungary*. Washington DC, Mental Disability Rights International, 1997 (<http://www.mdri.org/pdf/Hungary.pdf>).
6. Rosenthal E, Szeli E, *Not on the agenda: human rights of people with mental disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International, 2002 (<http://www.mdri.org/pdf/KosovoReport.pdf>).

Weiterführende Literatur¹⁶

Mental health care law: ten basic principles, Geneva, World Health Organization, 1996 (http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf).

Mental health legislation and human rights, Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation.pdf).

WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva, World Health Organization (in Vorbereitung).

¹⁶ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

16. Selbstbefähigung und Fürsprache im Bereich psychische Gesundheit

„Fürsprache ist eines der wichtigsten Teile des Puzzlespiels, das darin besteht, unsere eigene psychische (Un-)Gesundheit in den Griff zu bekommen, aber die meisten Menschen wissen nicht richtig, was damit gemeint ist. Um ehrlich zu sein, ich wusste nicht mal, dass es das Wort gibt.

Ich habe es rein zufällig herausgefunden, einige Jahre nach meiner ersten Krankenhauseinweisung, als ich etwas über meine Diagnose erfahren habe. Eigentlich hatte ich keine Ahnung, was ein Fürsprecher mir im Umgang mit dem psychosozialen Dienst wirklich nützen konnte, bis es mir so „gut“ ging, dass ich es selbst herausfinden konnte.“

– Rachel Studley, eine Klientin/Überlebende eines psychosozialen Dienstes

Die Herausforderungen annehmen

Fürsprache

Fürsprache ist eine Frage der Selbstbefähigung, kann sich damit aber auch ungeheuer positiv auf die psychische Gesundheit auswirken (1). Fürsprache (2):

sucht sicherzustellen, dass Menschen imstande sind, ihren Ansichten Ausdruck zu verleihen und ihre Rechte zu verteidigen. Fürsprache ist also ein Prozess, der die Menschen unterstützt und sie dazu befähigt, ihre Ansichten und Besorgnisse zu äußern, der ihnen Zugang zu Informationen und Diensten eröffnet und sie in die Lage versetzt, ihre Rechte und Pflichten zu verteidigen und zu fördern und ihre Wahl- und Handlungsmöglichkeiten auszuloten.

Nutzer, Angehörige, nichtstaatliche Organisationen (NGO), in der psychosozialen Arbeit Tätige, politische Entscheidungsträger und in letzter Zeit auch die Medien haben alle eine Funktion als Fürsprecher in diesem Bereich. Die Kerngruppe derjenigen, die diese Dienste in Anspruch nehmen, und ihre Angehörigen, die das Problem aus nächster Nähe erleben, organisieren sich als erste, um ihrer Stimme Gehör zu verschaffen. Das kann durch Information, Bewusstseinsbildung, Kampagnen, Aufklärung, Schulung, gegenseitige Hilfe, Beratung und Lobbyarbeit geschehen.

Selbstbefähigung und Fürsprache verringern nachweislich die Dauer einer stationären Behandlung und die zahlenmäßige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens; sie fördern Selbstachtung und das Gefühl des Wohlbefindens, stärken die Bewältigungsfähigkeiten und die stützenden sozialen Netze; sie verbessern Familienbeziehungen, bringen die Entwicklung und Umsetzung von Programmen zur Förderung von psychischer Gesundheit, von Behandlung und Rehabilitation voran, tragen dazu bei, die einschlägige Gesetzgebung zu verbessern und durchzusetzen, und lassen die Thematik psychische Gesundheit stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit dringen (1).

Die schweigende Mehrheit

Es lässt sich unmöglich abschätzen, wie viele Organisationen von Nutzern der psychosozialen Dienste, von Betreuern und anderen gesellschaftlichen Fürsprechern es in Europa mittlerweile gibt, aber ihre Zahl hat eindeutig zugenommen. Und das trotz der Tatsache, dass sich die schweigende Mehrheit der Nutzer in keinerlei bürgernahen, die psychische Gesundheit betreffenden Initiativen engagiert. Das sind die stillen Bürger, die Lehrer, Ärzte, Busfahrer, Verkäufer, die krank werden, die Dienste in Anspruch nehmen und sich medikamentös behandeln lassen, ohne dass die Krankheit ihren Alltag so stark beeinträchtigt, dass sie ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen. Diese schweigende Mehrheit umfasst zusammen mit den als psychisch krank eingestuften Patienten jederzeit bis zu jedem vierten Einwohner der Region oder etwa 218 Millionen Menschen (3).

„Ich habe selbst im Gesundheitswesen gelitten und habe das Gefühl, dass ich anderen helfen könnte, ihre Rechte zu verteidigen... Als jemand, dem man das Etikett ‚verrückt‘ angehängt hatte, hatte ich Angst, meine Gefühle und Gedanken auszudrücken, ich dachte, ich hätte nichts zu bieten. Jetzt ist mir klar, dass ich so viel bieten kann.“

– Alkent Birko von der Alternativa Association in Albanien

NGO sind in ungefähr 90% bzw. in 46 der 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region aktiv (4). Das heißt allerdings nicht, dass örtliche NGO in der gesamten Bevölkerung arbeiten oder dass die Nutzer der Dienste und ihre Betreuer direkt vertreten sind. In Ländern, in denen die Zivilgesellschaft noch in den Anfängen ihrer Entwicklung steckt, helfen internationale NGO häufig den örtlichen Nutzer- und Betreuer-NGO, ihrer Selbstbefähigung eine Stimme zu verleihen und ihrer Fürsprache in eigener Sache Gehör zu verschaffen. Die NGO der Region sind dynamisch, spannen weit und arbeiten ganz unterschiedlich, aber immer für eine bessere psychische Gesundheit, für die partizipatorische Einbeziehung von Nutzern und Betreuern, für ihre Selbstbefähigung, für Menschenrechte und Wahlmöglichkeiten.

Menschenrechte, wirksame Dienste

Die von Nutzern der psychosozialen Dienste und ihren Betreuern ins Leben gerufene Fürsprachebewegung war eine Antwort auf die historische Marginalisierung von Menschen mit psychischen Störungen, die in Europa auch heute noch zuweilen eine unmenschliche und entwürdigende Behandlung wie Ausgrenzung, Einkerkelung, Spott und unangemessene, nicht freiwillige Behandlung bedeutet. Die Vertreter dieser Bewegung haben die Rechte von Bürgern gegenüber Ärzteschaft und staatlichen Behörden vertreten und werden dies auch weiterhin tun, wenn die Menschenrechte verletzt werden.

„Es ist wie ein Käfig im Zoo. Wie ein kleines Gefängnis. Ich war verwirrt und fühlte mich gefangen, durfte nicht zum Essen oder zur Toilette gehen. Einmal musste ich durch die Gitterstäbe pinkeln, weil ich es nicht mehr ausgehalten habe. Mein Mund war so trocken, dass ich sogar versucht habe, meinen eigenen Urin zu trinken.“

– Michel Celetka, in einem Käfigbett angebrachter Patient in einem psychiatrischen Krankenhaus in Europa, 2004

Hier einige wichtige Themen, für die man sich nach Ansicht von Nutzern und Betreuern als Fürsprecher stark machen muss:

- das Recht auf Unabhängigkeit und Selbstbestimmung,
- das Recht, keine Folter oder anderweitig unmenschliche oder entwürdigende Behandlung erdulden zu müssen,
- das Recht auf akzeptable und zugängliche Dienste,
- die Einbeziehung von nutzergesteuerten Forschungsvorhaben, einer Evaluierung der Dienste durch die Nutzer und der die Nutzer maßgeblich einbeziehenden Fortbildung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit,
- das für alle geltende Recht, vor dem Gesetz ohne Diskriminierung als Person anerkannt zu werden, wobei weder Recht noch Politik Schlupflöcher für die Diskriminierung bieten dürfen,
- die Entstigmatisierung von psychischen Störungen,
- Dienste, die weniger ausgrenzen, den Nutzern mit Achtung begegnen, ihnen zuhören und ihnen die Chance einer aktiven Mitsprache bieten.

Lösungen schaffen

Die WHO hat die Gesundheitsministerien der Mitgliedstaaten ermutigt, mit anderen Akteuren auf diesem Gebiet gleichberechtigt auf das gemeinsame Ziel der Einbeziehung von Menschen mit psychischen Störungen und auf eine verbesserte psychische Gesundheit hinzuarbeiten.

Die abschließende Erklärung nach einer 1999 in Brüssel gemeinsam von der WHO und der Europäischen Kommission abgehaltenen Tagung zum Thema „Gleichgewicht von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Bereich psychische Gesundheit“ lautete, dass es ein gemeinsames Ziel sei, „in Rücksprache mit allen Akteuren, einschließlich Nutzern und Betreuern, eine innovative und umfassende, ausdrücklich auf die psychische Gesundheit ausgerichtete Politik zu entwickeln und dabei den Beitrag von NGO und Bürgern zu respektieren.“

In einer der zehn Hauptempfehlungen des Weltgesundheitsberichts 2001, *Mental health: new understanding, new hope (3)* heißt es:

Gemeinschaften, Familien und Verbraucher sollten in die Erarbeitung von Konzepten, Programmen und Diensten und in die damit verbundene Entscheidungsfindung einbezogen werden. Dies sollte dazu führen, dass die Dienste besser auf die Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten und besser genutzt werden. Außerdem sind bei allen Maßnahmen Alter, Geschlecht, Kultur und soziale Verhältnisse zu berücksichtigen, damit man den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen und denen ihrer Familien gerecht werden kann.

Im Juni 2001 wurde bei einer WHO-Tagung für die süd- und südosteuropäischen Länder die Erklärung von Athen (5) unterzeichnet. Darin wurden alle Akteure, darunter auch die Nutzer der Dienste und ihre Betreuer, aufgefordert, auf dem Gebiet psychische Gesundheit, anthropogene Katastrophen, Stigmatisierung und Gemeindeversorgung zusammenzuarbeiten.

Im Jahr 2002 bildete die WHO den Global Council for Mental Health, die erste alle Akteure auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit umfassende globale Partnerschaft. Zu diesen Akteuren gehören auch die Nutzer von Diensten und die Betreuer. Der Rat soll:

- unterschiedliche Akteure, die ein echtes Interesse daran haben, psychische Gesundheit zu fördern und psychische Störungen zu verhindern und zu behandeln, zusammenbringen, damit sie ausgehend von unterschiedlichen Sichtweisen zu einem gemeinsamen Problemverständnis gelangen können;

- Maßnahmen anregen und unterstützen, die darauf abzielen, das Bewusstsein für die durch psychische Störungen bewirkte Belastung zu schärfen, deutlich zu machen, welche Möglichkeiten vorhanden sind, um diese Belastung zu verringern, und die allgegenwärtigen Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung zu verdeutlichen;
- die Umsetzung der zehn Empfehlungen aus dem *World health report 2001 (3)* in allen Regionen und die Annahme der vom Globalen Aktionsprogramm für psychische Gesundheit aufgestellten Strategien fördern.

Es scheint, dass der Informationsplan vorhanden ist und es nicht an guten Absichten fehlt, dass es aber noch bei der praktischen Umsetzung Mängel gibt.

Was bewirkt ein Aktionsplan?

Im WHO-Aktionsplan Psychische Gesundheit für die Europäische Region der WHO wird anerkannt, dass die fehlende Selbstbefähigung von Nutzern und Betreuern und unzureichende Fürsprache die konkrete Versorgung von Klienten behindern. Deshalb werden die Länder fest verpflichtet, in die Planung und Umsetzung der psychosozialen Dienste auch die Nutzer dieser Dienste und die Betreuer einzubeziehen. Auf dieser Grundlage regt der Plan Maßnahmen an zur Schaffung und Weiterentwicklung von nutzer- und betreuergesteuerten Organisationen, zur Festsetzung von Standards für die Vertretung der Nutzer und Betreuer in für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion zuständigen Ausschüssen und zur Einführung eines gesetzlich verankerten Rechts auf unabhängige Fürsprache für Menschen, die Maßnahmen unterworfen sind, denen sie nicht zugestimmt haben.

Strategien für Selbstbefähigung und Fürsprache

Mit den Selbstbefähigungs- und Fürsprachestrategien des Aktionsplans will man:

- in der Öffentlichkeit für mehr Bewusstsein und Fürsprache sorgen mit dem Ziel, Stigmatisierung zu beseitigen und den Zugang zu den Diensten zu verbessern,
- die breite Bevölkerung, vor allem aber schwache und marginalisierte Gruppen zum selbstbestimmten Handeln befähigen, und zwar durch zielgerichtete Informationen, die ihnen Wahlmöglichkeiten eröffnen und sie an ihrer Betreuung teilhaben lassen, wobei vor allem die Themen Stress, Depression, Alkohol- und Substanzenmissbrauch und Suizid aufzugreifen sind,
- die Errichtung und Betreibung von Stellen ermöglichen, die schwache Bevölkerungsgruppen zum selbstbestimmten Handeln befähigen und als deren Fürsprecher auftreten,
- die Aufstellung von Plänen fördern, die der Verbesserung von Elternverhalten, Aufklärung und Toleranz und der Bekämpfung des Alkohol- und Drogenmissbrauchs sowie von Gewalt und Verbrechen dienen,
- zum Aufbau örtlicher Dienste beitragen, die den Bedürfnissen von Minderheitengruppierungen entgegenkommen,
- Telefondienste und Internetberatung für Menschen in Krisensituationen, d. h. Menschen, die gewalt- oder suizidgefährdet sind, ermöglichen,
- zur Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für Behinderte beitragen,
- die Zusammenarbeit mit den Medien am Ort fördern.

Einige Beispiele

Multisektorale Partnerschaft zur Förderung der psychischen Gesundheit – ein horizontaler Ansatz

Gedrækt war ein isländisches Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit, das als partnerschaftliches Unternehmen der drei gesellschaftlichen Akteure Staat, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft geplant war (6,7). Das Gemeinschaftsprojekt wurde von der isländischen Gesundheitsdirektion, dem isländischen Bündnis für Psychische Gesundheit (einer nichtstaatlichen Organisation), der Psychiatrieabteilung des Universitätskrankenhauses und dem isländischen Gesundheitswesen betrieben. Das Projekt war so strukturiert, dass es sich seine Unabhängigkeit erhalten und damit seine Strategie verfolgen konnte, sich größtenteils durch den Privatsektor finanzieren zu lassen. Private Unternehmen finanzierten insgesamt 75%, die restlichen 25% des Finanzierungsbedarfs wurden durch Zuschüsse von Ministerien gedeckt.

Das Projektkonzept von Gedrækt lässt sich am besten als Verschmelzung der von oben nach unten und von unten nach oben arbeitenden Ansätze, d. h. der Grundsatzziele der ersteren mit der handlungsorientierten Perspektive der letzteren, darstellen. Das hat sich für die staatlichen Behörden als vielsprechende Methode erwiesen, bürgernah Grundsatzentscheidungen umzusetzen und die gesteckten Ziele zu erreichen.

Eine resultatorientierte Erhebung zu dem Projekt und zur Ermittlung des in der Bevölkerung dazu vorhandenen Wissens wurde zwei Jahre nach Beginn des Projekts von IMG-Gallup durchgeführt. Es zeigte sich, dass fast 50% der Bürger von Gedrækt gehört hatten und über 60% der darüber Informierten wussten, worum es bei dessen Tätigkeit ging.

Das persönliche Ombudsmannsystem für psychiatrische Patienten in Schweden

Das persönliche Ombudsmannsystem (PO) war ein Resultat der 1995 durchgeführten Reform des schwedischen Psychiatriesystems. Der PO ist eine hochqualifizierte Persönlichkeit, die nur im Namen des psychiatrischen Patienten arbeitet. Der PO ist völlig unabhängig vom psychiatrischen System, den sozialen Diensten oder irgendeiner anderen Behörde und hat auch keine Beziehungen zu den Angehörigen des Patienten oder zu anderen Kontaktpersonen. Der PO tut nur, was der Klient will. Es kann lange dauern, bevor der Klient weiß und den Mut hat zu sagen, welche Hilfe er möchte. Der PO baut eine langfristige Beziehung zum Klienten auf und steht damit im Gegensatz zu den meisten herkömmlichen Diensten, bei denen der psychiatrische Patient, oft mit nur geringer Unterstützung, vom einen zum anderen geschickt wird.

Der PO konzentriert sich insbesondere darauf, die Patienten zu unterstützen, an die am schwersten heranzukommen ist. POs werden entweder von der Gemeinde oder von NGO beschäftigt, wobei letztere Möglichkeit bevorzugt wird, um jeden Verdacht eines Interessenkonflikts auszuschließen.

In der von 1,1 Millionen Menschen bevölkerten südschwedischen Provinz Schonen sind etwa 25 POs bei einer unabhängigen Nutzer- und Familienorganisation angestellt, die ungefähr 400 psychisch schwer Kranke, darunter 75 Obdachlose, unterstützt (8).

Die POs arbeiten nach festen Richtlinien, u. a. nach folgenden:

- Der PO hat eine Vierzigstundenwoche, ist aber bereit, je nach den Bedürfnissen des Patienten, jederzeit zu arbeiten.

- Der PO hat kein Büro, weil „Büro gleich Macht“ ist.
- Der PO arbeitet, indem er eine Beziehung aufbaut. Da viele Klienten misstrauisch und nur schwer ansprechbar sind, muss der PO sie an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort aufsuchen, wobei er in den folgenden Schritten vorgeht: 1) Kontaktaufnahme, 2) Schaffung einer Verständigungsgrundlage, 3) Anknüpfung der Beziehung, 4) Beginn eines Dialogs und 5) Übernahme von Aufträgen für den Klienten.
- Um einen PO zu bekommen, braucht man keine bürokratischen oder offiziellen Verfahren einzuhalten.
- POs sollten unterschiedlicher ethnischer Herkunft sein, damit sichergestellt ist, dass die Bedürfnisse von psychiatrischen Patienten, die ethnischen Minderheiten angehören, berücksichtigt werden.
- Ein Klient sollte gegenüber den Behörden das Recht auf Anonymität haben. Das muss der PO respektieren.

Wege zur Politik

Der Hamlet Trust ist eine im Vereinigten Königreich ansässige internationale nicht-staatliche Organisation, die seit über drei Jahren in mittel- und osteuropäischen Ländern (Armenien, Bosnien-Herzegowina, Estland, Kirgisistan, Rumänien und Slowenien) das so genannte Pathways to Policy-Programm durchführt (9). Das Programm soll örtliche NGO dazu befähigen, mit anderen vor Ort im Bereich psychische Gesundheit tätigen Akteuren zusammenzuarbeiten, um so stärkeren Einfluss auf die einschlägige Politik, Praxis und Verfahrensweisen vor Ort nehmen zu können. Bei den anderen Akteuren handelt es sich um Fachkräfte wie Psychiater, Sozialarbeiter und Pflegende, aber auch um Familienangehörige und Betreuer, um Politiker, in der staatlichen Verwaltung Tätige, die Medien und Geschäftsleute am Ort. Örtliche Grundsatzforen ermöglichen diesen Gruppen, sich regelmäßig zu treffen und in gemeinsamer Strategiarbeit auf eine Beeinflussung der Politik hinzuwirken.

Bereits im ersten Jahr der Laufzeit des Programms konnten rund 400 Leute von 17 Veranstaltungen in sechs Ländern direkt profitieren. Im dritten Programmjahr arbeiten die örtlichen Grundsatzforen inzwischen in den jeweiligen Ländern für ein nationales Grundsatzforum, das sich auf die Prinzipien der bürgernahen vernetzten Zusammenarbeit, einer von der Basis ausgehenden Politikentwicklung und die aktive partizipatorische Einbeziehung der Nutzer von Diensten gründet. Langfristig verfolgen Nutzer und NGO mit dem Programm das Ziel, die psychosoziale Arbeit am Ort vom Konzept her zu beeinflussen, unmittelbar hat man sich (bis Ende 2004) jedoch konkretere Ziele gesteckt:

- Nutzer und NGO sollen stärkere und dauerhaftere Beziehungen zu anderen Akteuren (vor allem zu Beamten, Lokalpolitikern, Administratoren und zu den Medien) aufbauen.
- Die Foren sollen vor Ort tätig werden, um ihren Anliegen politisch Gehör zu verschaffen (z. B. durch Kampagnen, Lobby- und PR-Arbeit).
- Die Nutzer müssen sich stärker als aktiv an der Grundsatzarbeit Beteiligte profilieren (z. B. in den Medien).

Nach Dezember 2004 sollte(n):

- das Programm unabhängig ausgewertet und zusammengestellt werden, was man daraus gelernt hatte,

- neu gewonnenes Wissen und Fallstudien aus dem Programm veröffentlicht werden und in Form eines Politikinstrumentariums zur Verfügung stehen,
- der Hamlet Trust verschiedenen Gruppen bei Finanzierungsanträgen helfen, wenn vor Ort die Ansicht besteht, dass die Foren weitergeführt werden sollen.

Die Pandora-Stiftung in den Niederlanden

Die Pandora-Stiftung wurde 1964 ins Leben gerufen mit dem Zweck, Vorurteilen gegenüber (ehemaligen) psychiatrischen Patienten entgegenzutreten. Vierzig Jahre später arbeiten heute über hundert Freiwillige und bezahlte Mitarbeiter aktiv daran, die gesellschaftliche Stellung von Personen, die psychische Gesundheitsprobleme haben oder hatten, zu verbessern (10). Um die gesellschaftliche Stellung von Menschen mit psychischen Problemen wirklich verbessern und zu einer qualitativ besseren Betreuung und Hilfe beitragen zu können, betätigt sich die Pandora-Stiftung in unterschiedlichen Bereichen, z. B. in der psychosozialen Versorgung, auf dem Arbeitsmarkt und auf dem Gebiet der sozialen Absicherung und Sozialversicherung. Pandora denkt und handelt immer aus der Sicht der Klienten. Pandora liefert unabhängige Informationen und wird in keiner Weise von der Pharmaindustrie gesponsert.

Aktivitäten

In den Workshops ‚Schon mal einen normalen Menschen getroffen?‘ geht es um wichtige problematische Themen, beispielsweise um die Frage, wie man Stigmatisierung bekämpft, wie man erreicht, dass Menschen, die einmal psychische Probleme hatten, besser behandelt werden, und wie man psychische Probleme zum Gegenstand einer offenen Debatte machen kann. Diese Ziele erreicht man mit ‚Erfahrungsexperten‘, d. h. die Aufklärungsarbeit wird von Menschen wahrgenommen, die psychologische oder psychiatrische Probleme am eigenen Leib erfahren haben. Sie bringen die Erfahrungen, die Motivation und die Dilemmata von Menschen mit psychologischen und psychiatrischen Problemen ans Licht. Diese ‚Aufklärer‘ gehen u. a. in Schulen und in Einrichtungen, wo Gesundheitsfachkräfte unterrichtet werden, zu so genannten „Buddy“-Projekten, Klientengruppen und Frauengruppen, zu Polizei und Betreuern.

Wenn jemand überarbeitet oder ausgebrannt ist oder unter Depressionen leidet, dann ist das nicht nur das Problem des betreffenden Mitarbeiters, sondern geht auch die Unternehmensleitung und die Personalabteilung an. Ziel des Programms ist es, die Stellung und die Erfahrungen von Menschen mit psychischen Problemen zu klären und zum Dialog zwischen Arbeitnehmern und Management anzuregen.

Dreißig Freiwillige, die alle selbst psychische Gesundheitsprobleme gehabt haben, unterstützen, informieren und beraten Klienten, deren Angehörige und die Allgemeinheit telefonisch.

„Wesentlich ist, dass alle Akteure, d. h. Menschen mit psychischen Behinderungen, ihre Angehörigen, Politiker, Juristen und Ärzte sowie NGO konstruktiv in die Arbeit einbezogen werden. Diese Akteure sind Partner, keine Gegner, sie alle haben etwas beizutragen.“

– Schlussfolgerung 13 eines vom Kommissar für Menschenrechte des Europarats im Februar 2003 veranstalteten Seminars, bei dem das WHO-Regionalbüro für Europa Gastgeber war

Einbeziehung interessierter Akteure

Ein „horizontaler Ansatz“ auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit bedeutet, dass zwischenstaatliche Organisationen, Regierungen, Politiker, die Wirtschaft und die Zivilgesellschaft partnerschaftlich und kooperativ auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Psychische Gesundheit lässt sich durch Fürsprache eher verbessern, wenn man die Aufgabe auf mehrere Schultern verteilt, statt sie einem einzigen gesellschaftlichen Sektor, z. B. dem Staat, zu überlassen.

Wenn man es Nutzern und Betreuern erlauben würde, sich als aktive Partner an der Planung ihrer eigenen und der für ihre Angehörigen relevanten psychosozialen Dienste zu beteiligen, wäre das ein großer Schritt zu einer gleichberechtigteren und faireren Verständigung zwischen denen, die behandeln, und denen, die behandelt werden. In diese Richtung weisende Maßnahmen werden in Europa bereits umgesetzt, wodurch die vonseiten der Nutzer seit langem geäußerte Bitte um stärkere Einbeziehung in die sie betreffenden Entscheidungen in Erfüllung geht.

Literatur¹⁷

1. *Advocacy for mental health*, Geneva, World Health Organization, 2003 (Mental Health Policy and Service Guidance Package; http://www.who.int/mental_health/resources/en/Advocacy.pdf).
2. Kelley N. *The Mind guide to advocacy*. London, Mind, 2000 (<http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Mind+guide+to/advocacy.htm>).
3. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>).
4. *Atlas: mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
5. *Die Erklärung von Athen: Psychische Gesundheit und durch menschliche Einwirkung verursachte Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenaher Versorgung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/MNH/AthensDeclg.pdf>).
6. *Gedrákt. Mental health promotion*. Reykjavik, Public Health Institute of Iceland, 2005 (http://www.ged.is/media/gedraekt/efni//gedrakt_enska.PDF).
7. Saxena S, Garrison PJ, eds. *Mental health promotion. Case studies from countries. A joint publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 2004:57 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/case_studies_report.pdf).
8. PO-Skäne. Swedish user-run service with personal ombud (PO) for psychiatric patients [Website]. Malmö, PO-Skäne, 2005 (<http://www.po-skane.org>).
9. Hamlet Trust [Website]. London, Hamlet Trust, 2004 (<http://www.hamlet-trust.org.uk>).
10. Stichting Pandora [Website]. Amsterdam, Pandora Foundation, 2005 (<http://www.stichtingpandora.nl/>).

Weiterführende Literatur¹⁷

Armenian Mental Health Foundation [Website]. Yerevan, Armenian Mental Health Foundation, 2005 (<http://www.mentalhealth.am/index.htm>).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [Website]. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2005 (<http://www.bzga.de>).

EUFAMI [Website]. Louvain, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness, 2005 (<http://www.eufami.org/en/about/who.html>).

Mental Disability Advocacy Center [Website]. Budapest, Mental Disability Advocacy Center, 2005 (<http://www.mdac.info>).

Mental Health Europe [Website]. Brussels, Mental Health Europe, 2005 (<http://www.mhe-sme.org/>).

Mental Health Foundation [Website]. London, Mental Health Foundation, 2005 (<http://www.mentalhealth.org.uk>).

Mental Health Ireland [Website]. Dublin, Mental Health Ireland, 2005 (<http://www.mentalhealthireland.ie/default.asp>).

Mind [Website]. London, Mind, 2005 (<http://www.mind.org.uk>).

Support and Contact Centre [Website]. Copenhagen, Support and Contact Centre, 2005 (<http://www.skc.dk>).

Swedish Handicap Institute [Website]. Vällingby, Swedish Handicap Institute, 2005 (<http://www.hi.se/default.shtm>).

¹⁷ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

17. Ökonomie der psychischen Gesundheit in Europa

„Knappheit an Ressourcen liegt allen Hindernissen für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit zugrunde. Bei dem Versuch diese Hindernisse zu überwinden, ist ein ökonomischer Blickwinkel daher hilfreich.“
– Prof. Martin Knapp, Mental Health Economics and Policy in a Global Context Conference, London, Mai 2003

Die Herausforderungen annehmen

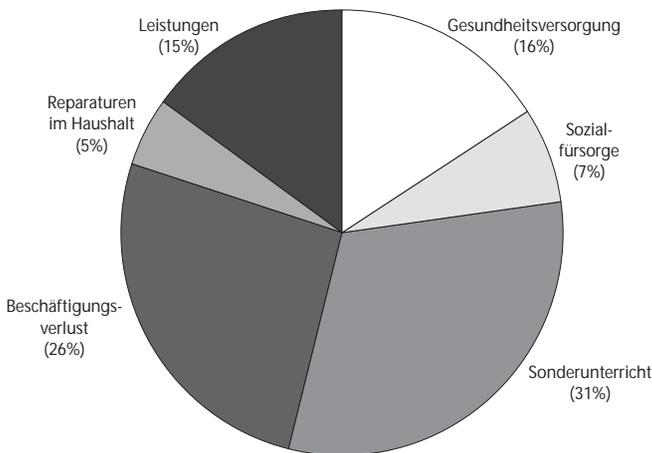
Wir können uns einen Verzicht auf Investitionen im Bereich psychische Gesundheit nicht leisten. Die der Gesellschaft durch psychische Gesundheitsprobleme entstehenden wirtschaftlichen Kosten sind enorm. Eine vorsichtige Schätzung der Internationalen Arbeitsorganisation veranschlagt sie für die Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf 3 bis 4 % des Bruttonationalprodukts (1).

Immer mehr nationale Kostenschätzungen liegen vor, dabei sind direkte Vergleiche aufgrund der unterschiedlichen verwendeten Methoden allerdings schwierig. Offizielle Schätzungen der Gesundheitskosten für alle psychischen und verhaltensbezogenen Störungen in Deutschland beliefen sich im Jahr 2002 auf 22,44 Mrd. €, wobei 62% auf Frauen entfielen. Darin enthalten waren Kosten für Depressionen (4 025 Mio. €), Schizophrenie und verwandte Störungen (2 756 Mio. €) und neurotische Störungen einschließlich Stress (2 825 Mio. €). Durchschnittlich beliefen sich die Kosten auf 270 € pro Einwohner. Eine andere neuere Untersuchung aus England, die auch die Kosten durch Produktionsausfall berücksichtigte, schätzte die Gesamtkosten für Depressionen im Jahr 2002 bei Erwachsenen auf 15,46 Mrd. € oder 309,2 € pro Einwohner. Dabei entfielen lediglich 636 Mio. € auf Behandlungskosten, der Großteil der Kosten erwuchs aus Beschäftigungsverlust durch Fehlzeiten und aus Frühsterblichkeit. Jedes Jahr gehen Millionen von Arbeitstagen aufgrund von Depressionen verloren, z. B. im Jahr 2000 in Frankreich 31,9 Mio. Eine Durchsicht der Untersuchungen zu durch Schizophrenie verursachte Kosten bestätigt, dass diese in absoluten Zahlen zwar viel weniger Menschen betrifft als Depressionen, aber dennoch substanzielle Kosten verursacht (2). Studien aus Ungarn und England zufolge stehen Gesundheits- und Sozialversorgung für ca. ein Drittel der Gesamtkosten, der Rest entfällt auf Beschäftigungsausfall. Verschiedene Studien haben die wirtschaftlichen Kosten von Schizophrenie in den Niederlanden und Belgien auf 2% der Kosten für die Gesundheitsversorgung insgesamt veranschlagt, diese Schätzungen schließen Produktivitätsverluste und andere wirtschaftliche Konsequenzen jedoch nicht mit ein (3).

Über andere wichtige Kosten liegen weniger Daten vor. Kosten durch verminderte Arbeitsleistung von Menschen, deren psychische Gesundheitsprobleme nicht behandelt werden, können fünfmal so hoch sein wie die durch Fehlzeiten verursachten (4). Finanzielle Folgen entstehen auch auf längere Sicht, da psychische Gesundheitsprobleme eine führende Ursache für Frühverrentung und Bewilligung von Behindertenrenten sind. Substanzielle Kosten für die Versorgung durch Familienangehörige werden leicht übersehen: Schizophreniefälle können für sich allein von den Familien zwischen sechs und neun Stunden an täglicher Unterstützung fordern. Bei Demenz und verwandten Störungen kann der Beitrag der Betreuer mehr als 70% der Gesamtkosten ausmachen, wobei einige Betreuer Unterstützung rund um die Uhr anbieten. Einige negative Folgen sind nur schwer in Geld auszudrücken, tragen aber dennoch zu den durch psychische Gesundheitsprobleme verursachten Kosten bei, z. B. sind die Ehe- und Lebensgemeinschaftsraten bei Menschen, die an Psychosen leiden, niedriger als in der Gesamtbevölkerung. Das mit psychischen Störungen verbundene Stigma trägt auch zur Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt bei.

Die wirtschaftlichen Kosten der psychischen Gesundheitsprobleme sind demnach erheblich. Anders als bei den übrigen Gesundheitsfragen fällt hierbei der größte Kostenanteil außerhalb des Gesundheitssystems an. Dies lässt sich gut an den Ergebnissen einer Studie über verhaltengestörte Kinder in England zeigen (Abb. 17.1), wonach lediglich 16% der Kosten im Gesundheitssystem entstehen, während andere Faktoren wie von den Eltern verpasste Beschäftigungsmöglichkeiten, Bedarf an Sonderunterricht, Sozialfürsorge und Reparaturen im Haushalt erheblich zu den Kosten beitragen. Üblicherweise verursachen Beschäftigungsverlust, Fehl- und Krankzeiten, verminderte Arbeitsleistung, verlorene Freizeitmöglichkeiten und Frühsterblichkeit zwischen 60 und 80% aller mit den wichtigsten psychischen Gesundheitsproblemen verbundenen Kosten.

Abb. 17.1: Durch Verhaltensstörungen bei Kindern in England verursachte Gesamtkosten



Quelle: Knapp et al. (5).

Der Beitrag der Wirtschaftswissenschaft

Es reicht natürlich nicht aus zu wissen, dass mit schlechter psychischer Gesundheit wesentliche Kosten verbunden sind und, auch nicht, dass wirksame Interventionen verfügbar sind, mit denen gute psychische Gesundheit und Wohlbefinden gefördert und zurückerlangt werden können. Da Knappheit ein andauerndes und durchgängiges Erscheinungsmerkmal aller Gesellschaften ist, werden die vorhandenen Ressourcen nie zur Erfüllung aller Bedürfnisse ausreichen. Angesichts solcher Knappheit müssen Entscheidungen getroffen werden. Wirtschaftliche Berechnungen wie Kostenwirksamkeits- oder Kosten-Nutzen-Analysen können durch die Kombination von Informationen über die Kosten und die Wirksamkeit verschiedener Konzepte und Interventionen den Entscheidungsträgern Daten liefern, die ihre Entscheidungen für eine optimale Anwendung der vorhandenen Ressourcen im Sinne einer Nutzenmaximierung stützen und begründen können. Somit kann ein wirkungsvolles Argument für verstärkte Investitionen in die psychische Gesundheit vorliegen.

Die Erkenntnisgrundlage über die Kostenwirksamkeit von Interventionen im Bereich psychische Gesundheit wächst zwar, doch stammen die meisten Untersuchungen aus Nordamerika, Westeuropa oder Australasien, so dass die Ergebnisse für andere Umfelder unmaßgeblich sein könnten. Eine beständige Herausforderung liegt in einer Verbesserung des Verständnisses der Kostenwirksamkeit unter den Bedingungen anderer Länder, insbesondere gilt dies für Mittel- und Osteuropa, wobei die lokalen Gegebenheiten, Ressourcen und Systemstrukturen berücksichtigt werden müssen. Die meisten Studien zur Kostenwirksamkeit haben sich mit pharmakologischen Behandlungen befasst, viel mehr ließe sich jedoch zur Bewertung anderer Interventionsformen tun, u. a. der Förderung eines guten psychischen Wohlbefindens. Kostenwirksamere Interventionen können in der Tat mehr Ressourcen erfordern als die bisherigen Angebote und bisweilen müssen dabei Haushaltsgrenzen überwunden werden. Dies kann der Fall sein, wenn psychosoziale Dienste durch mehrere Sektoren finanziert werden und bei der Einigung auf eine koordinierte Finanzierung nachgewiesene kostenwirksame Maßnahmen Spannungen und Schwierigkeiten auftreten. Zum Beispiel kann eine sehr kostenwirksame Maßnahme in dem einen Sektor (z. B. Gesundheit) erheblich höhere Kosten verursachen, in einem anderen Sektor (z. B. Sozialfürsorge) jedoch Nutzen bringen und Kosten senken.

Chancengleichheit thematisieren

Entscheidungen über den Einsatz von Ressourcen sollten nie allein auf der Grundlage von Kostenwirksamkeit fallen. Das Vorgehen gegen die grundsätzliche Missachtung der Menschenrechte ist ein entscheidender Teil der Entscheidungsfindung und ebenso wichtig ist es, gleichen Zugang zu den Diensten auf der Grundlage der Bedürftigkeit zu ermöglichen. Selbst wenn Dienste ohne finanzielle Hürden wie Zuzahlungen verfügbar sind, nehmen bis zu zwei Drittel derjenigen, die aus ihnen Nutzen ziehen könnten, sie nicht wahr. Dies liegt zum Teil an der Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, die Menschen erfahren, wenn sie mit dem Etikett „psychisch krank“ versehen werden. Bei Berücksichtigung ungleicher gesundheitlicher Ergebnisse kann auch ein zielgerichteter Einsatz für Gruppen angemessen sein, in denen eine starke Gefährdung für die Ausbildung psychischer Gesundheitsprobleme besteht, auch wenn solche Interventionen weniger kostenwirksam sind als auf die Gesamtbevölkerung zielende. Zu diesen Gruppen können in

Armut oder gesellschaftlicher Isolation lebende Menschen, Flüchtlinge und ethnische Minderheiten zählen.

Finanzierung für psychische Gesundheit in Europa

Eine weitere Herausforderung besteht darin sicherzustellen, dass der psychischen Gesundheit ein gerechter Anteil an den für Gesundheit zur Verfügung stehenden Mitteln zufällt. Das in vielen Systemen der Region historisch niedrige Finanzierungsniveau des Bereichs psychische Gesundheit ist kontraproduktiv, da Interventionen substanziellen Gewinn mit sich brächten, und ungerecht, weil psychische Gesundheitsprobleme fast 20% aller Gesundheitsprobleme in der Region ausmachen.

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 veröffentlichte Übersicht zu den Ressourcen im Bereich psychische Gesundheit (6) war der erste Versuch einer systematischen Informationsbeschaffung zu den Ausgaben für psychische Gesundheit in den Ländern der Europäischen Region der WHO. Insgesamt gaben nur 23 der 52 Mitgliedstaaten Auskünfte und dies vor allem, weil die Finanzierungssysteme stark zersplittert sind, insbesondere bei den Sozialversicherungssystemen. Eine weitere Komplikation besteht darin, dass viele Dienste außerhalb der Gesundheitsversorgung angeboten und unterschiedlich finanziert werden. Eine Kombination der Daten aus der Übersicht mit den neueren Erkenntnissen aus der Arbeit des European Mental Health Economics Network (7) hat es ermöglicht, Zahlen zu den Ausgaben für psychische Gesundheit in 28 Ländern zu generieren. Die Ausgaben reichen von etwas über 13% bis zu unter 2% der gesamten Gesundheitsausgaben, wobei nur vier Länder über 10%, sechzehn zwischen 5 und 10% und der Rest weniger als 5% ihres Gesundheitsbudgets für psychische Gesundheit aufwänden. Die mit unter 2% niedrigsten Budgets wurden aus Ländern der früheren Sowjetunion gemeldet, wo psychosoziale Dienste traditionell eine geringe Priorität genossen.

Obwohl die für psychische Gesundheit zur Verfügung stehenden Mittel in öffentlich finanzierten Gesundheitshaushalten beträchtlich variieren, sind die Finanzierungsmethoden für die psychosoziale Versorgung im Großen und Ganzen ausgewogen und weichen nur wenig von den Verfahren für die allgemeine Gesundheitsversorgung ab. Sie beruhen weitgehend auf Steuerfinanzierung und Sozialversicherung und folgen den Prinzipien der Solidarität und der Universalität. Private Versicherungen bieten wegen des chronischen Charakters psychischer Erkrankungen und der hohen Kosten von Therapien und Interventionen in Bezug auf psychosoziale Dienste nur einen Mindestschutz. Soweit Behandlungen vom Schutz erfasst sind, liegen die Versicherungsprämien in der Regel höher. Dennoch nimmt die Bedeutung privater Versicherungen in vielen Teilen der Europäischen Region zu und eine Herausforderung der Zukunft könnte darin liegen dafür zu sorgen, dass psychische Störungen in Ländern, die auf mehr private Versicherung umstellen, genauso umfassend abgedeckt sind wie andere Erkrankungen.

Finanzierung von psychosozialen Diensten außerhalb des Gesundheitssektors

Viele psychosoziale Dienste werden von außerhalb des Gesundheitssektors finanziert und erbracht. Nur wenige Länder erbringen die ganze Palette an psychosozialen Diensten im Rahmen des Gesundheitssystems. Zunehmend werden gemeindenahere Dienste von dem Gesundheits- auf das Sozialwesen verlagert, was sowohl in Bezug auf

Anspruchsberechtigung als auch die Zugänglichkeit der Dienste erhebliche Auswirkungen haben kann. Im Gegensatz zu der in Gesundheitssystemen anzutreffenden Universalität und Solidarität kann der Zugang innerhalb des Sozialsystems beschränkt werden und vielleicht von einer Überprüfung der Einkommensverhältnisse, erheblichen Zuzahlungen oder anderen Kriterien wie Einschätzung der Behinderung abhängen. Hier besteht die Herausforderung darin sicherzustellen, dass eine weitere Auslagerung der Finanzierung aus dem Gesundheitssektor nicht zu mehr Chancenungleichheit beim Zugang zu und Erhalt von Diensten führt.

Der Leistungsanspruch hängt bei Wohnung und Langzeitpflege insbesondere von der Bewertung der Einkommensverhältnisse ab. So wird erst die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen (oder manchmal der Familienmitglieder) bewertet und es kann von der Person erwartet werden, den Großteil ihres Einkommens beizusteuern und Ersparnisse und andere Guthaben aufzulösen, bevor sie zur Hilfe berechtigt ist. Bei psychosozialen Diensten außerhalb des Gesundheitssektors kann ein großer Teil der Gesamtkosten aus Zuzahlungen finanziert und dadurch die Zugänglichkeit der Dienste beeinträchtigt werden. Von den 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union vor 2004 finanziert gegenwärtig offenbar nur Schweden das gesamte Sozial- und Gesundheitswesen aus Steuern und bewertet nur den Bedarf und nicht das Einkommen.

Finanzielle Hürden für Enthospitalisierung

In manchen Mitgliedstaaten der Europäischen Region, insbesondere in den Neuen Unabhängigen Staaten, bildet der Übergang von der ausgeprägten Schwerpunktlegung auf Anstaltsversorgung in psychiatrischen Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen eine konkrete Herausforderung. Die Finanzierungssysteme vieler Länder knüpfen die Mittelvergabe an die Bettenbelegung und ermöglichen damit den Planern vor Ort keinerlei Flexibilität bei der Entwicklung alternativer Dienste. Selbst dort, wo eine Enthospitalisierung stattfindet, besteht weiterhin die Gefahr, dass Mittel nicht für die Erbringung gemeindenaher Dienste umgeschichtet werden. Schlimmer noch, das wirtschaftliche Klima hat in einigen Ländern dazu geführt, dass die Einrichtungen perversen Anreizen ausgesetzt sind, die teuersten Patienten zuerst zu entlassen, ohne die entsprechenden Mittel für die gemeindenahere Versorgung mitfolgen zu lassen, und gleichzeitig die billigsten (und am wenigsten bedürftigen) Patienten zu behalten, um so mehr Mittel verfügbar zu halten.

Lösungen schaffen

Wir müssen die Wissensgrundlage über die Finanzierung der psychosozialen Dienste weiter ausbauen, ihre Kosten genauer bestimmen und ihre Verfügbarkeit in Europa aufzeichnen, um den Entscheidungsträgern dabei zu helfen, die Ressourcen gezielt einzusetzen und Lücken im Zugang zu lebenswichtigen Diensten zu erkennen. Dabei sollte der Fokus nicht alleine auf die Gesundheitssysteme, sondern auch auf andere Bereiche wie das Sozialwesen gerichtet sein. Das zunehmende Informationsangebot über die Kostenwirksamkeit unterschiedlicher Interventionen kann an nationale Verhältnisse angepasst und in verschiedenen nationalen Zusammenhängen angewendet werden, wobei Organisationsstrukturen, Einkommensniveaus und Kosten der Gesundheitsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten.

Das European Mental Health Economics Network (7) sammelt gegenwärtig Daten über die Finanzierung und die Verfügbarkeit von Diensten aus verschiedenen Sektoren, analysiert die Verbindungen zwischen Beschäftigung und psychischer

Gesundheit und die Kostenwirksamkeit der Förderung der psychischen Gesundheit sowie von Beschäftigungsinterventionen in 31 Ländern. Damit soll Fachwissen vor Ort aufgebaut werden, das zur Bewältigung der vielen Herausforderungen im Bereich psychische Gesundheit und für die Untersuchung wirtschaftlicher Anreize zur Umstellung von Anstaltsversorgung auf angemessen ausgestattete gemeindenahe Dienste genutzt werden kann. Dadurch kann die Ökonomie der psychischen Gesundheit im Entscheidungsprozess vielleicht zu einer größeren Rolle verhelfen.

Darüber hinaus hat das WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost Effective)-Programm (8) eine Datenbank über die Kostenwirksamkeit vieler Maßnahmen für psychische Gesundheit in der Europäischen Region zusammengestellt. Die Information ist nicht für einzelne Länder, doch für drei Teilregionen so transparent verfügbar, dass die Daten in Bezug auf die Kosten und die Verfügbarkeit von Mitteln vor Ort angepasst werden können. Die Datenbank liefert bereits Belege dafür, dass in der ganzen Europäischen Region kostenwirksame Behandlungen zur Verfügung stehen, auch dort, wo die Ressourcen für Gesundheit sehr begrenzt sind (9). Und das gilt sogar ohne Berücksichtigung des Zusatzgewinns aus geringeren Produktivitätseinbußen und der Begrenzung anderer durch psychische Gesundheitsprobleme bedingter Folgen.

Finanzielle Anreize und andere Mechanismen für einen besseren Mitteleinsatz innerhalb der Systeme für psychische Gesundheit sind ebenfalls vorhanden. Die Schließung von Verwahrungsanstalten und anderen Einrichtungen kann durch geänderte finanzielle Anreize in Systemen gefördert werden, bei denen das Geld dem Bedürftigen unabhängig davon folgt, wo die Dienste in Anspruch genommen werden. Ein solcher Wandel erfordert politischen Willen. Bei jedem Übergang ist die Finanzierung sowohl der neuen gemeindenahen Dienste als auch der bestehenden Einrichtungen zu sichern, bis letztere tatsächlich geschlossen werden.

Wo Informationen über den Bedarf an psychiatrischer Versorgung zur Verfügung stehen, z. B. durch regelmäßige Surveys der psychiatrischen Morbidität, können wie in England Mittel von der zentralen an die lokale Ebene übertragen werden und lokale Einkäufer auf Grundlage der Bevölkerungszusammensetzung nach Alter und Geschlecht und der zusätzlich gemessenen Bedürftigkeit im Bereich psychische Gesundheit einen Anteil am nationalen Gesundheitsbudget erhalten. Dabei werden sowohl die psychiatrische Morbidität als auch die Wohnsituation und das Armutsniveau der betreffenden Gegend berücksichtigt. Diese Gelder sind zwar nicht völlig zweckgebunden, doch müssen die Planer vor Ort die Vorgaben des National Service Framework for Mental Health erfüllen, so dass eine Verwendung für psychische Gesundheit gesichert ist.

Ein Weg zur fairen und bedarfsgerechten Mittelverwendung, insbesondere in der Gemeinde, sind die so genannten Direktzahlungen an die psychischen Kranken, die so dazu befähigt werden, Dienste zu kaufen, die ihren Bedürfnissen am besten gerecht werden. Dieses System ist in einigen Ländern als Option eingeführt worden, z. B. im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden, und obwohl es noch nicht vollkommen ausgewertet ist, spricht Einiges dafür, dass Schwierigkeiten einer koordinierten Finanzierung von Diensten aus verschiedenen Sektoren vermieden werden, da die Zahlungen für den Kauf von Angeboten aus jedem Sektor benutzt werden können.

Grundlegend sollten Ökonomen im Bereich psychische Gesundheit jedoch zusammen mit anderen Akteuren deutlich machen, dass Ökonomie als ein wirkungsvolles Argument für Investitionen in die psychische Gesundheit genutzt werden kann, und außerdem, dass die ökonomische Analyse zur Diskussion über die

finanziellen Anreize zur Unterstützung der Reform beitragen kann. Ökonomen und andere müssen außerdem stärker auf die Bedürfnisse von Entscheidungsträgern eingehen und Forschungsmaßnahmen vorantreiben, die deren Grundsatzfragen beantworten können.

Literatur¹⁸

1. Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental health in the workplace*. Geneva, International Labour Office, 2000 (<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/execsums.pdf>).
2. Knapp M, McDaid D, Curran C. Identifying and tackling the economic impacts of mental health problems. In: Azueta I, Katila-Nurkka U, Lehtinen V, eds. *Mental health in Europe – new challenges, new opportunities. Report from a European conference, 9–11 October 2003, Bilbao, Spain*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2004 (Themes from Finland Series, No. 3).
3. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 2:279–293.
4. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, 27(4):861–873.
5. Knapp et al. The costs of anti-social behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1999, 4(4):457–473.
6. *Atlas. Mental health resources in the world 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (http://www.who.int/mental_health/media/en/244.pdf).
7. European Mental Health Economics Network [Website]. Brussels, Mental Health Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).
8. WHO-CHOICE. CHOosing Interventions that are Cost Effective [Website]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/evidence/cea>).
9. Chisholm D et al. Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:393–403.

Weiterführende Literatur¹⁸

Project Atlas. Database [Online-Datenbank]. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/).

¹⁸ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

18. Information und Forschung im Bereich psychische Gesundheit

„Gute Informationen sind eine Voraussetzung für gute Entscheidungen.“
– *Mental health Global Action Programme (1)*

Die Herausforderungen annehmen

Informationssysteme

Der Bereich psychische Gesundheit wird von den bestehenden Gesundheitsmonitoringsystemen nur unzureichend erfasst. Von vielen internationalen und nationalen Gesundheitsinformationssystemen werden in erster Linie krankheitsbezogene Daten erhoben. Das vollständige Bild vom psychischen Gesundheitszustand einer Bevölkerung erfordert zudem Daten über die sozialen, kulturellen, demografischen und wirtschaftlichen Determinanten der psychischen Gesundheit sowie über die Infrastruktur und die Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Verhütung psychischer Erkrankungen. Diese Daten sind jedoch fast nie erhältlich. Außerdem lässt sich im allgemeinen nicht feststellen, welche Ressourcen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens für die psychische Gesundheit zur Verfügung stehen.

International vereinbarte Messgrößen für die psychische Gesundheit von Bevölkerungen (Indikatoren der psychischen Gesundheit) sind oft unzulänglich, liegen gar nicht vor oder sind für die Politik nicht relevant. Zu den wichtigsten Herausforderungen zählt die Tatsache, dass die für Indikatoren der psychischen Gesundheit notwendigen Daten oft fehlen oder sich international und sogar innerhalb des einzelnen Landes häufig nicht vergleichen lassen. Deshalb müssen unterschiedene Anstrengungen unternommen werden, die bestehenden nationalen und internationalen Indikatoren zur psychischen Gesundheit zu harmonisieren.

Nicht ausreichende und schlecht koordinierte Informationen zur psychischen Gesundheit begrenzen die wirksame, evidenzbasierte Entwicklung, praktische Umsetzung und Verlaufsbeobachtung von Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. Die zurzeit vorhandenen Informationen sind keine Hilfe für die angemessene Planung von Konzepten und Diensten zur Förderung von psychischer Gesundheit, zur Prävention psychischer Störungen, für Behandlung und Rehabilitation. Die fehlenden Daten gefährden eine dem Bedarf angepasste Verteilung der Ressourcen und führen zu Lücken im Angebot an Diensten.

Forschung

Der europäischen Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit fehlt zurzeit noch eine internationale Strategie. Benötigt wird eine gemeinsame Forschungspolitik

für den Bereich psychische Gesundheit, damit die Ressourcen wirksam eingesetzt und in der gesamten Europäischen Region sachkundige, evidenzbasierte politische Entscheidungen unterstützt werden können. Die Forschung muss sich allerdings stark am Informationsbedarf von Politik und Praxis ausrichten. Fehlende relevante Forschung hat zur Folge, dass auch die Politik nicht wirksam ist.

Die meisten gesicherten Erkenntnisse beziehen sich auf die Behandlung von psychischen Störungen. In einem internationalen europäischen Register wurden 19 000 kontrollierte prospektive Versuche zu psychosozialen und psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen erfasst (2). Das vorhandene Wissen wird jedoch nicht immer in die Praxis umgesetzt. Unwirksame oder sogar schädliche Interventionen werden beibehalten, während Entscheidungsträger und psychosoziale Dienste neue, evidenzbasierte und wirksame Behandlungsmaßnahmen möglicherweise nicht übernehmen.

Im allgemeinen gibt es auch keine Follow-up-Untersuchungen zur Langzeitwirkung von Maßnahmen. Bei vielen vorliegenden Studien handelt es sich um Forschungsversuche, die unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt wurden und sich deshalb nicht allgemein auf die „wirkliche Welt“ übertragen lassen.

Viele plausible Grundsatzmaßnahmen würden die psychische Gesundheit voraussichtlich direkt oder indirekt beeinflussen, doch diese Annahme wird nicht ausreichend durch gesicherte Erkenntnisse gestützt. Die Forschung muss sich mit den Zusammenhängen zwischen der psychischen Gesundheit einer Bevölkerung und der Sozial- und Wirtschaftspolitik des Landes befassen. Grundsatzanalysen und Untersuchungen zu der Frage, inwieweit die geführte Politik mit der psychischen Gesundheit der Bevölkerung vereinbar ist, sind weitgehend nicht vorhanden (3).

Die Fakten sprechen für einige Grundsatzmaßnahmen und Leistungsprogramme wie z. B. die Auslagerung der Dienste aus Institutionen, andere finden dagegen keine faktuelle Unterstützung. Weil keine Evaluationsforschung betrieben wird, ist die Faktengrundlage, die für einige einschlägige Strategien, Programme und Grundsatzmaßnahmen spricht, begrenzt. Wirtschaftliche Primärdaten über die relativen Kosten und den relativen Nutzen von Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit sind wie in vielen anderen Bereichen der Gesundheitsförderung nur spärlich vorhanden (4).

Die Entwicklung schreitet zwar schnell voran, die Evidenzgrundlage für Präventivmaßnahmen ist aber immer noch schmal und muss erweitert werden. Es liegen jedoch genügend gesicherte Erkenntnisse vor, die Präventivmaßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen und für unterschiedliche Zielgruppen in Bereichen wie Substanzenmissbrauch und Suizid stützen. Zur Kostenwirksamkeit von Präventivmaßnahmen gibt es allerdings praktisch keine europäischen Untersuchungen (5).

Lösungen schaffen

Die Erklärung und der Aktionsplan, die auf der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit im Januar 2005 in Helsinki abgesprochen werden sollen, betonen, dass die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO verpflichtet sind, Informationen und Forschungsaufgaben zu ermitteln und weiterzuentwickeln, die eine Hilfe für die Politik- und Maßnahmenplanung darstellen können.

Die Wissenschaftler der Region müssen zusammenarbeiten und gemeinsam die Grundlagen für evidenzbasierte Forschungsarbeiten im Bereich psychische Gesundheit schaffen. Zu den wichtigen Aufgaben zählen die Analyse der im Bereich psychische Gesundheit durchgeführten Politik und des Einflusses, den andere

Politikbereiche auf die psychische Gesundheit haben, die Evaluierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in diesem Bereich, die Stärkung der Evidenzgrundlage für Präventionsprogramme und die Anregung von Forschungsarbeiten zu einschlägigen gesundheitsökonomischen Fragestellungen. Zusammenarbeit und Partnerschaft zwischen Forschung, Politik und Praxis müssen erleichtert werden, um die Kluft zwischen Forschung und Praxis zu überbrücken. Für die Umsetzung und Auswertung neuer oder bereits bestehender Maßnahmen sollte man nachhaltige Partnerschaften etablieren.

Die zurzeit noch unzulängliche Erkenntnisgrundlage für gesundheitsförderliche Maßnahmen im Bereich psychische Gesundheit muss durch Evaluationsforschung ausgeweitet und gesichert werden. Die mit dieser Art von Forschung verbundenen methodischen Schwierigkeiten bewirken, dass bisher auf diesem Gebiet nur begrenzte wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse vorliegen. Man sollte sich bemühen, jeden Politikwechsel, der Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben könnte (z. B. in der Wohnungs- und Beschäftigungspolitik), mit Methoden der Evaluationsforschung zu untersuchen. Sehr nützlich können hier beobachtende Langzeitstudien sein, die Monitoringdaten für den Bereich psychische Gesundheit liefern und damit die Politik auf diesem Gebiet beeinflussen können. Die wissenschaftliche Abschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen anderer Politikbereiche muss gefördert werden, da eindeutige Möglichkeiten bestehen, die psychische Gesundheit auch durch nicht auf die Gesundheit bezogene Maßnahmen in anderen Politikbereichen zu fördern (3).

Die Präventionsforschung im Bereich psychische Gesundheit muss ebenfalls gestärkt werden (5), weshalb die einschlägige europäische Forschungszusammenarbeit ausgebaut werden muss. Dazu gehört die vernetzte Zusammenarbeit zwischen WHO-Kooperationszentren in der Region und anderen Forschungseinrichtungen, die sich mit Präventionsforschung befassen.

Vorrang hat in diesem Zusammenhang der Ausbau der Wissensgrundlage, die wirksame Präventionsmaßnahmen in allen Ländern und Kulturen erfasst. Besondere Aufmerksamkeit sollte man dabei der Aufgabe widmen, durch an mehreren Orten und parallel durchgeführte Untersuchungen das Wissen über die Robustheit und Kultursensibilität der Resultate von Programmen und Grundsatzmaßnahmen auszuweiten. Für die Ermittlung der Langzeitwirkungen früh eingesetzter Präventionsmaßnahmen braucht man Langzeitstudien. Gebraucht werden zudem Forschungsvorhaben, die es leichter machen, Präventionsprogramme für Risikopopulationen aufzustellen. Auch die Konsequenzen der wechselseitigen Zusammenhänge vieler psychischer, physischer und sozial bedingter Gesundheitsprobleme für wirksame Präventionsprogramme und -konzepte müssen genauer erforscht werden. Man sollte sich in diesen Untersuchungen darum bemühen, Voraussageindikatoren für die Wirksamkeit zu ermitteln (5).

Um Investitionen in die psychische Gesundheit nachdrücklich vertreten zu können, braucht man Daten über den relativen Kosten-Nutzeneffekt und die Kostenwirksamkeit bestimmter Maßnahmen. Es gibt bereits Daten zur Kostenwirksamkeit von Leistungs- und Behandlungsmodellen, die ökonomische Faktengrundlage für einschlägige gesundheitsförderliche Maßnahmen und Präventionsprogramme ist dagegen begrenzter. Gesundheitsökonomische Forschungsaufgaben wären beispielsweise die Evaluierung der Kostenwirksamkeit von Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit in den unterschiedlichsten Umgebungen, u. a. am Arbeitsplatz und in der Schule. Diese Forschung müsste sich außerdem mit der Frage befassen, welche positiven wirtschaftlichen Auswirkungen ganz allgemein die Erhaltung einer guten

psychischen Gesundheit haben würde, z. B. durch verbesserte Arbeitsproduktivität, welche langfristigen Vorteile ein besseres schulisches Abschneiden von Schülern hätte und inwieweit sich solche Konzepte positiv auf den Ressourcenbedarf im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen (wie z. B. im sozialen Sektor) auswirken würden.

Einige Probleme beschränken sich auf einzelne Länder oder Bevölkerungsgruppen. Deshalb müssen neue Forschungsvorhaben zuweilen auf konkrete nationale oder örtliche Fragen oder Leistungsevaluierungen abheben.

Informationssysteme

Informationssysteme müssen so eingerichtet sein, dass sie relevante und wichtige Daten für den Bereich psychische Gesundheit liefern. Es sollte ermittelt werden, welche Informationen man für die Erreichung nationaler und örtlicher Ziele braucht, und danach sollte festgestellt werden, inwieweit bereits erhobene Daten diesem Bedarf entsprechen. Für die Erhebung noch nicht vorliegender Daten über die Determinanten und die Epidemiologie von psychischer Gesundheit und für die Planung und Erbringung von Diensten braucht man neue sozialpsychologische Indikatoren. Vorrang hat die Erarbeitung von Indikatoren zur Messung von positiver psychischer Gesundheit und zur Erfassung der Determinanten von psychischer Gesundheit. Deshalb sollten Forschungsaufträge für die Erarbeitung und Validierung fehlender Indikatoren vergeben werden (6).

Für die begleitende Beobachtung von psychischer Gesundheit braucht man zwei Arten von Daten, nämlich Routinestatistiken und Daten aus Gesundheitssurveys. Deshalb sollte man nach Möglichkeit versuchen, in alle Gesundheitserhebungen Indikatoren der psychischen Gesundheit aufzunehmen.

Die Datenerhebung muss innerhalb der Europäischen Region standardisiert erfolgen, damit die Informationen zur psychischen Gesundheit besser vergleichbar werden. Interessierte Akteure und internationale Organisationen müssen zu einer gemeinsamen Haltung finden, die es ermöglicht, kultursensible und auf bestimmte wirtschaftliche Gegebenheiten zugeschnittene, zugleich aber für die gesamte Region relevante Standards zu erarbeiten. Ein für die gesamte Region gültiges System zur Erhebung und Analyse vergleichbarer Daten ermöglicht ein internationales Benchmarking. Durch die umfassende Überprüfung von für die psychische Gesundheit relevanten Indikatoren (7) kam ein europäischer Mindestdatensatz zustande. Wichtig ist, dass die Daten immer wieder erhoben werden, was die Beobachtung von Trends und Entwicklungen erlaubt.

Die bereits vorhandenen europäischen Datenbanken für gute Praxismodelle und die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit müssen weitergeführt und effektiv weiter verbreitet werden. Beispiele solcher Datenbanken sind das Health Evidence Network der WHO (HEN) (8), die von der Europäischen Kommission unterstützte Datenbank über die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Verhütung psychischer Störungen (IMHPA) (9) und die PsiTri-Datenbank über Versuche zur Behandlungswirksamkeit (10), die vom Staatlichen finnischen Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES) unterhalten wird. Im Rahmen des European Mental Health Economics Network (11) findet ein Austausch von Informationen und gesicherten Erkenntnissen über die Kostenwirksamkeit von Strategien und Maßnahmen statt. Die knappen Ressourcen lassen sich am besten nutzen, wenn man gegebenenfalls internationales Wissen ermittelt und nutzt.

Der sinnvolle und wirksame Ressourceneinsatz sollte durch internationale, evidenzbasierte Leitlinien abgestützt werden, um die Umsetzung und Wirksamkeit von Präventionsprogrammen und -konzepten wie auch der Behandlungspraxis zu verbessern. Dabei sollte man es vermeiden, die bereits laufenden Bemühungen um die Zusammenstellung und Verbreitung gesicherter Erkenntnisse, wie z. B. die Cochrane Collaboration, zu kopieren.

Es müssen umfassende Metadaten über die im Bereich psychische Gesundheit auf regionaler, nationaler und europäischer Ebene vorhandene Infrastruktur erhoben und Definitionen von Indikatoren zur psychischen Gesundheit zusammengestellt und leicht zugänglich gemacht werden.

Ein Beispiel

Das von der Europäischen Kommission unterstützte IMHPA-Projekt bietet ein gutes Beispiel für die Kombination aus politikrelevanter Prioritätensetzung und Verbreitung evidenzbasierten Wissens. Im Rahmen dieses von der Universität Nimwegen, Niederlande, koordinierten multinationalen Projekts wird ein europäischer Grundsatzplan für Maßnahmen zur Verhütung psychischer Störungen und zur Förderung von psychischer Gesundheit (12) erarbeitet und zugleich ein Webregister evidenzbasierter Maßnahmen in diesen Bereichen erstellt. Die nationalen Ansprechpartner des Projekts bilden Länderbündnisse, um die Verbreitung und Umsetzung der IMHPA-Maßnahmen auf nationaler Ebene zu unterstützen.

Literatur¹⁹

1. *Mental health Global Action Programme. Close the gap, dare to care.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf).
2. Wahlbeck K. PsiTri – A trial registry for evidence-based mental health. *Dialogi*, 2004 (<http://www.stakes.fi/dialogi/english/2004/16.htm>).
3. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.* Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
4. Contributors to the Cochrane Collaboration and the Campbell Collaboration. *Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda.* York, Centre for Reviews and Dissemination, 2000 (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm>).
5. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
6. Korkeila JJA. *Measuring aspects of mental health.* Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2000 (Themes 6/2000; <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/measuring%20aspects%20of%20mh.pdf>).
7. Korkeila J et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31:451–459 (<http://journalonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1080/14034940210165208>).
8. Health Evidence Network [Website]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/HEN>).

9. Implementing Mental Health Promotion Action network [Website]. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net>).
10. PsiTri [Online-Datenbank]. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (<http://psitri.stakes.fi>).
11. European Mental Health Economics Network [Website]. Brussels, Mental Health Europe, 2003 (<http://mentalhealth-econ.org>).
12. *A policy for MHP and MDP*. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).

¹⁹ Alle Websites am 18. Juli 2005 eingesehen.

19. Der weitere Weg

Die Herausforderung ist angenommen, allseits unterstützte Lösungsvorschläge liegen auf dem Tisch. Die Aufgabe des Programms Psychische Gesundheit beim WHO-Regionalbüro für Europa besteht jetzt in der Unterstützung der Länder bei der Umsetzung von Erklärung und Aktionsplan im Sinne des Auftrags durch die Ministerkonferenz in Helsinki.

Die Prioritäten für die Arbeit im Rahmen des Programms von 2005 bis 2010 sind in der Erklärung festgehalten. Alle darin vorgesehenen Aktivitäten in der Europäischen Region werden in Übereinstimmung mit der WHO-Satzung und dem Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ die Werte Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität achten und fördern. Auf ihrer Grundlage werden die Länder danach streben:

- allen Bürgerinnen und Bürgern gleiche Chancen in Bezug auf Wohlbefinden, Kenntnis und Auswahl von Angeboten sowie Zugang zu hochwertiger Versorgung und Integration in die Gesellschaft zu bieten,
- den Bedürftigsten, hierunter gefährdete Gruppen und Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen, besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und die Mittel im Verhältnis zu den Erfordernissen einzusetzen und
- Einzelne, Gruppen und Länder zur gegenseitigen Unterstützung und zum Austausch von Wissen, Sachkenntnis und Ressourcen zu ermutigen.

Das Programm Psychische Gesundheit wird seine gesamte Arbeit auf folgende Prinzipien aufbauen, all seine Tätigkeit wird:

- von den Bedürfnissen und Erfahrungen der Menschen, der Gemeinschaften und der Gesellschaft insgesamt angetrieben,
- auf dem neuesten Erkenntnisstand beruhen, welcher sowohl wissenschaftliche Evaluierungen als auch Erfahrungen vor Ort berücksichtigt, und
- sensibel für örtliche kulturelle und materielle Gegebenheiten sein und Diversität respektieren.

Programm Psychische Gesundheit in der Europäischen Region

Vor diesem Hintergrund wird das Programm Psychische Gesundheit vier zentrale Ziele verfolgen, für die auch entsprechende Indikatoren vorhanden sind (Tabelle 19.1), und dabei die von den Mitgliedstaaten und dem Regionalbüro beschlossenen Zuständigkeiten berücksichtigen.

Tabelle 19.1: Vier zentrale Ziele und Indikatoren

Ziel	Indikatoren
Abbau von Stigmatisierung, Förderung des psychischen Wohlbefindens und Verhütung psychischer Gesundheitsprobleme	<p>Koordinierung, Umsetzung und Verbreitung wirksamer Aktivitäten gegen Stigmatisierung und Diskriminierung in der Europäischen Region</p> <p>Entwurf von Programmen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens in Schulen und am Arbeitsplatz und Verbreitung und Umsetzung von Modellprojekten</p> <p>Untersuchung der Auswirkungen der Politik in den Ländern der Europäischen Region auf die psychische Gesundheit</p> <p>Veröffentlichung von Erkenntnissen über wirksame Strategien zur Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen und von Suizid, die in nationale Konzepte einbezogen werden</p>
Umsetzung der Konzepte und Angebote durch kompetente Mitarbeitende	<p>Entwurf von Konzepten für gemeindenahere Angebote</p> <p>Entwicklung spezialisierter Angebote für junge und ältere Menschen und geschlechtsspezifische Angebote</p> <p>Schaffung von Angebotsverbänden und -übergängen unter Einbezug der primären Gesundheitsversorgung und der Sozialdienste</p> <p>Ausgestaltung der Dienste für bessere Genesungserfolge in marginalisierten und anfälligen Gruppen</p> <p>Erkennen von kontraproduktiven Negativanreizen</p> <p>Unterstützung von partnerschaftsförderlichen Konzepten</p> <p>Gleichrangigkeit der psychischen Gesundheit in Gesundheits- und Finanzierungssystemen der Region</p> <p>Aufbau eines hinreichenden, kompetenten Personalangebots in der Region</p>
Beschaffung und Verbreitung von Informationen und Forschungsergebnissen	<p>Von der WHO in Partnerschaft mit den Mitgliedstaaten und Partnerorganisationen entwickelte Indikatoren zur Messung der Determinanten und der Epidemiologie von psychischer Gesundheit sowie der Umsetzung und der Dienstleistung</p> <p>Ein wirksames System zur Verbreitung von Informationen</p>
Eintreten für die Menschenrechte und für die Übertragung von Verantwortung an Betroffene	<p>Beendigung von unmenschlicher und entwürdigender Behandlung und Versorgung und Umsetzung der Gesetzgebung für Menschenrechte und psychische Gesundheit in der Region</p> <p>Erhöhung des Ausbildungsniveaus und der Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen</p> <p>Zunahme der Anzahl aktiver nichtstaatlicher Organisationen auf Graswurzelebene</p> <p>Vertretung von Betroffenen und Betreuenden in Ausschüssen und Gruppen, welche für die Planung, Erbringung, Überprüfung und Inspektion von psychosozialen Angeboten verantwortlich sind.</p>

Partnerschaften

Diese vier Ziele sind sehr umfassend und erfordern ein erhebliches Fachwissen. Zur effizienten Nutzung der verfügbaren Ressourcen für eine möglichst große Wirkung werden in der ganzen Europäischen Region Partnerschaften mit zuverlässigen und angesehenen Organisationen und Einzelpersonen angeregt. Das Regionalbüro hat seine Kooperationszentren dazu aufgefordert, die Verantwortung für die Koordination einiger Arbeitsbereiche zu übernehmen. Nichtstaatliche Organisationen werden im Rahmen ihrer Erfahrungen und Schwerpunkte mit einbezogen. Die Europäische Kommission und der Europarat werden sich ebenfalls an Aktivitäten von gemeinsamem Interesse beteiligen und das Wissen und die Infrastruktur des Hauptbüros werden genutzt.

Umsetzung vor Ort in den Mitgliedstaaten

Der Erfolg auf Länderebene entscheidet über die Wirksamkeit des Programms Psychische Gesundheit. Seine Aktivitäten müssen von der Planung über die Umsetzung bis zur Auswertung unter Beteiligung und Trägerschaft der Mitgliedstaaten stattfinden.

Das Programm Psychische Gesundheit schlägt zwei Vorgehensweisen vor. Erstens soll jeder Mitgliedstaat eine nationale Ansprechperson nominieren, die führende Fachkontakte in dem Land benennen kann. Die WHO wird diese Ansprechpartner zu Tagungen einladen, auf denen Prioritäten vereinbart werden und über Befunde und Fortschritte in den Ländern berichtet werden soll. Je nach Thematik werden sich einige Tagungen vornehmlich auf eine Auswahl von Mitgliedstaaten beschränken.

Zweitens wird das Programm Psychische Gesundheit die WHO-Länderbüros in der Region über Fortschritte der Aktivitäten in Bezug auf ihre Länder unterrichten. Die Länderreferenten werden gebeten, sich mit ihren lokalen Netzwerken über den Informationsbedarf und die Machbarkeit der Umsetzung zu verständigen. Der Inhalt der Länderprogramme wird von Erklärung und Aktionsplan beeinflusst und zur Messung von Fortschritten werden Ziele aufgestellt.

WHO-Hauptbüro

Das WHO-Hauptbüro ist eine wichtige Quelle für vergleichende Grundsatzforschung und zur Erforschung der Angebote in den Mitgliedstaaten. Es hat für eine Reihe wichtiger Gebiete Module für gute Praxis entwickelt und Mitgliedstaaten bei der Ausgestaltung ihrer Konzepte unterstützt. Es kann auch Fachwissen im Bereich Gesundheitsökonomie und Gesundheitssysteme beisteuern. Das Regionalbüro fühlt sich zum Ausbau der Partnerschaft mit dem Hauptbüro in diesen Bereichen verpflichtet. Dazu gehören auch die Finanzierung gemeinsamer Projekte und ein koordinierter Personaleinsatz. Das Hauptbüro wird in viele Bereiche intensiv einbezogen werden, einige wird es anleiten, zu anderen beitragen. Doppelarbeit und Ineffizienz werden dabei vermieden.

Europäische Kommission und Europarat

Die Ministerkonferenz wurde in Partnerschaft mit der Europäischen Kommission und dem Europarat organisiert. Beide bekannten sich innerhalb ihrer Kompetenzen selbst zu den entsprechenden Teilen der Erklärung und des Aktionsplans. Die Organisationen und die WHO teilen viele Zielvorstellungen. Die Europäische Kommission ist in den Bereichen Förderung der psychischen Gesundheit, Verhütung psychischer Gesundheitsprobleme (einschließlich Suizid) sowie Sammlung und

Verbreitung von Informationen zur psychischen Gesundheit aktiv. Der Europarat spielt für die Unterstützung der Menschenrechte, die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung und die Förderung einer guten Psychiatriegesetzgebung eine sehr aktive Rolle. Die Mitglieder der drei Organisationen sind zum Teil identisch und haben den Wunsch nach partnerschaftlicher Zusammenarbeit geäußert.

Das Regionalbüro wird Möglichkeiten zur Entwicklung gemeinsamer Programme mit diesen Organisationen in deren jeweiligen Fach- und Zuständigkeitsbereichen prüfen.

Kooperationszentren und nichtstaatliche Organisationen

Aktives Handeln in den zwölf in Erklärung und Aktionsplan genannten Arbeitsbereichen wird zum Erreichen der vier zentralen Ziele führen. In jedem Bereich werden die WHO und die Länder ihre Maßnahmen in Partnerschaft mit den Kooperationszentren und den einschlägigen nichtstaatlichen Organisationen und Experten aus der ganzen Region vorantreiben.

Die Koordinierung und Leitung einiger Arbeitsbereiche wird in die Hände eines führenden, dem Regionalbüro gegenüber verantwortlichen Kooperationszentrums gelegt. In jedem Bereich werden die WHO und das Zentrum einen Plan für die partnerschaftliche Arbeit auf Grundlage der im Aktionsplan genannten Maßnahmen vereinbaren, welcher Zielsetzung, Finanzierung, Ziele und Ergebnisse umfasst. Die Zielsetzung für den Bereich bestimmt die zu ergreifenden Maßnahmen, wozu auch Tagungen und Veröffentlichungen gehören.

Von jedem führenden Kooperationszentrum wird erwartet, dass es für die Koordinierung seines Programms hinreichende Ressourcen bereitstellt. Das Regionalbüro wird zweimal jährlich zur Koordinierung der Tätigkeiten und zum Austausch wesentlicher Befunde gemeinsame Tagungen dieser Zentren einberufen. In Tabelle 19.2 sind die Arbeitsbereiche, die koordinierenden Einrichtungen und die vereinbarten Aktivitäten aufgeführt.

Die Befähigung der Betroffenen und der Betreuenden zur Selbsthilfe ist ein wichtiger Bereich für Maßnahmen. Das Programm Psychische Gesundheit ist im Begriff mit Unterstützung des Regionalbüros und von Gebern eine Partnerschaft mit den nichtstaatlichen Organisationen der Betroffenen und Betreuenden in der ganzen Region zu errichten.

Schlussfolgerung

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat ein ehrgeiziges Umsetzungsprogramm mit dem Potenzial zu wirksamen Änderungen in allen Prioritätsbereichen der Erklärung vorgeschlagen. Es wird ein Modell für Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit entwerfen, das Förderung, Vorsorge, Behandlung, Versorgung und gesellschaftliche Einbeziehung umfasst und dessen zentrales Anliegen die Lebensqualität und das Wirken der Bevölkerung, der gefährdeten Gruppen und der Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ist.

Die Wirkung des Programms wird ausgewertet und die Mitgliedstaaten werden voraussichtlich 2010 über die Ergebnisse unterrichtet. Psychische Gesundheit geht heute jeden in der Europäischen Region der WHO etwas an und jeder wird für den Erfolg und die Durchschlagskraft von Erklärung und Aktionsplan verantwortlich sein.

Tabelle 19.2: Arbeitsbereich gemäß Erklärung und Aktionsplan, koordinierende Einrichtung und Aktivitäten

Arbeitsbereich	Koordinierende Einrichtung und Aktivitäten
1. Psychisches Wohlbefinden für alle fördern	Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland
2. Die zentrale Position der psychischen Gesundheit aufzeigen	Programm Psychische Gesundheit beim WHO-Regionalbüro für Europa in Partnerschaft mit den nationalen Ansprechpersonen: Monitoring
3. Gegen Stigmatisierung und Diskriminierung vorgehen	Scottish Health Office, Vereinigtes Königreich
4. Geeignete Angebote für anfällige Lebensphasen fördern	Programm Psychische Gesundheit des Regionalbüros zusammen mit dem Hauptbüro: <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Modulen für junge und ältere Menschen zur Weitergabe an Mitgliedstaaten • Förderung der Entwicklung spezialisierter Angebote
5. Psychische Gesundheitsprobleme und Suizid verhüten	Karolinska-Institut, Schweden
6. Zugang zu guter Primärversorgung sichern	Psychosoziale Einrichtung Triest (gefördert von der Regionalregierung), Italien
7. Wirksame Versorgung in gemeindenahen Diensten anbieten	Programm Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO: Aktivitäten in jedes Gebiet lenken
8. Partnerschaften über Sektoren hinweg errichten	Regionalbüro für Europa und Hauptbüro zusammen mit den Länderbüros: Handhabung von Psychiatriepolitik, -gesetzgebung und -systemgestaltung
9. Ein ausreichendes und kompetentes Arbeitskräfteangebot schaffen	WHO-Regionalbüro für Europa in Partnerschaft mit Organisationen aus der ganzen Region, u. a. NGO wie der World Psychiatric Association und der Europäischen Vereinigung der Fachärzte
10. Verlässliche Informationen sichern	Trimbos-Institut, die Niederlande, in Partnerschaft mit dem Regionalbüro und dem Hauptbüro (das mehrere wichtige Projekte betreibt, z. B. das Bewertungsinstrument der WHO für Psychiatriesysteme (WHO-AIMS), Atlas Project)
11. Faire und angemessene Finanzierung bereitstellen	Regionalbüro für Europa zusammen mit dem Hauptbüro: Analyse von Mittelzuwendung, Chancengleichheit und kontraproduktiven Negativanreizen in der Region
12. Wirksamkeit auswerten und neue Erkenntnisse gewinnen	Trimbos-Institut, die Niederlande, im Namen der WHO: Einberufen von Expertenseminaren und -gruppen und Verbreitung der Ergebnisse.

Anhang 1. Konferenzteilnehmer

Repräsentanten der Mitgliedstaaten

Albanien

Dr. Leonard Solis
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Sokol Dedja
Generalsekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Petro Mersini
Leiter des Ministerbüros, Gesundheitsministerium

Saemira Pino
Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Andorra

Mònica Codina Tort
Ministre de la santé et du bien-être, Ministère de la santé et du bien-être

Conxita Heras Colell
Présidente, L'Association des Familles de malades mentaux

Dr. Joan Obiols Llandrich
Directeur des Services de Santé Mentale, Servei Andorra d'Atencio Sanitaria

Dr. Angelina Santolaria Rossell
Chef de service en toxicomanie, Servei Andorrà d'Atencio Sanitària

Armenien

Dr. Alexander Ghukasyan
Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Gagik Karapetyan
Leiter, Sevan Psychiatrisches Krankenhaus

Dr. Samvel Torosyan
Leitender Psychiater, Gesundheitsministerium

Belgien

Rudy Demotte
Ministre, Service public fédéral de la Santé publique

Patricia Bernaert

Cabinet du Ministre Rudy Demotte, Service public fédéral de la Santé publique

Annick Dedobbeleer

Cabinet du Ministre Rudy Demotte, Service public fédéral de la Santé publique

Dr. Pol Gerits

Chef du Service des Soins Psychosociaux, Service public fédéral de la Santé publique

Leen Meulenbergs

Coordination Relations internationales, Service public fédéral de la Santé publique

Prof. Isidore Pelc

Chef du service, Institut de Psychiatrie et Psychologie Médicale

Bosnien und Herzegowina

Dr. Marin Kvaternik

Minister für Gesundheit und Soziales, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Tomo Lucic

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium, Föderation Bosnien und Herzegowina

Milos Candic

Ministerium für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Dr. Goran Cerkez

Assistierender Minister für Internationale Beziehungen, Gesundheitsministerium, Föderation Bosnien und Herzegowina

Dr. Milan Latinovic

Stellvertretender , Minister für Gesundheit und Soziales, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Dr. Joka Blagovcanin-Simic

Nationaler Koordinator für Psychische Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Republik Srpska

Halida Vejzagic

Repräsentantin der nichtstaatlichen Organisationen für Psychische Gesundheit

Bulgarien

Slavcho Bogoev

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Hristo Hinkov

Leitender Sachverständige, Hygiene-Center, Nationales Zentrum für Öffentliche Gesundheit

Prof. Lubomir Ivanov

Direktor, Nationales Zentrum für Öffentliche Gesundheit

- Valeria Ivanova
Leiterin des Büros des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium
- Shereen Mestan
Vorstand, Staatliche Agentur für Kinderschutz
- Dr. Petko Salchev
Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium
- Dr. Galina Veshova
Direktorin, Regionales Büro der Psychiatrie-Initiative in Genf

Dänemark

- Dr. Jens Kristian Gøtrik
Generaldirektor und Leitender Medizinaldirektor, Nationale Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen)
- Frede Budolfson
SIND – Dänische Föderation für Psychische Gesundheit
- Sven Erik Bukholt
Ministerium für Inneres und Gesundheit
- Dr. Marianne Jespersen
Beraterin, Nationale Gesundheitsbehörde
- Dr. Dorte Sestoft
Präsidentin, Dänische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychiatrische Abteilung, Frederiksberg Krankenhaus

Deutschland

- Dr. Klaus-Theo Schröder
Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Dr. Anna Brockmann
Reform der Psychiatrie, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Beate Lisofsky
Pressebüro, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker
- Dr. Peter Pompe
Leiter des Referates Protokoll, Internationaler Besucherdienst, Verbindung zu den Botschaften Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Dr. Thomas Stracke
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
- Lilli Wilding
Dolmetscherin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Ehemalige Jugoslawische Republik Makedonien

- Prof. Dr. Vladimir Dimov
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Snezana Cicevalieva

Leiterin, Abteilung für Europäische Integration und Internationale
Zusammenarbeit, Gesundheitsministerium

Gordana Majnova

Leiterin, Büro des Ministers, Gesundheitsministerium

Dr. Vladimir Ortakov

Länderprojektkoordinator für den Stabilitätspakt, Psychische Gesundheit -
Projekt für Südosteuropa

Estland

Marko Pomerants

Minister für Soziales, Ministerium für Soziales

Dr. Külvar Mand

Stellvertretender Minister für Soziales, Ministerium für Soziales

Dr. Katrin Saluvere

Stellvertretende Generalsekretärin für Gesundheitspolitik, Ministerium für
Soziales

Merike Vedru

Vorstandsmitglied, Estonische Gesellschaft der Helfenden für Psychische Kranke

Finnland

Liisa Hyssälä

Ministerin für Soziales und Gesundheit, Ministerium für Soziales und
Gesundheit (Vorsitzende)

Dr. Eero Lahtinen

Leitender Medizinalrat, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und
Gesundheit

Sakari Lankinen

Ministerieller Berater für gesundheitliche/medizinische Angelegenheiten,
Ministerium für Soziales und Gesundheit

Prof. Jouko Lönnqvist

Abteilung Psychische Gesundheit und Alkoholforschung, Nationale
Gesundheitsbehörde

Tapani Melkas

Amtierender Generaldirektor, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Dr. Markku Salo

Forschungsleiter, Zentralverband für Psychisch Kranke in Finnland

Terttu Savolainen

Staatssekretärin, Ministerium für Soziales und Gesundheit

Prof. Vappu Taipale

Generaldirektor, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales
und Gesundheit (STAKES)

Prof. Harri Vainio
Generaldirektor, Finnisches Institut für Arbeitsmedizin (FIOH)

Frankreich

Dr. Fabienne Debaux
Chef du bureau de la santé mentale, Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

Evelyne Bonnafous
Adjoint au chef du bureau des populations spécifiques à la direction de l'hospitalisation, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Prof. Viviane Kovess
Directeur, Fondation MGEN pour la Santé publique

Pierre Larcher
Chargé de mission, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Dr. Alain Lefebvre
Conseiller, des affaires sociales et la santé, l'Ambassade de France

Georgien

Dr. Vladimir Chipashvili
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Koba Khabazi
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Dr. Andro Kandelaki
Nationaler Koordinator für Psychische Gesundheit, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Manana Sharashidze
Verantwortliche Direktorin, Georgische Gesellschaft für Psychische Gesundheit

Griechenland

G. Constantopoulos
Unterstaatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

Dr. Adamantios Avgoustidis
„Diakonia“ Griechische Kirche

Prof. George Christodoulou
Psychiater, Hellenische Psychiatrische Gesellschaft, Universität Athen

Filomila Raidou
Direktorin, Ministerium für Gesundheit und Soziale Solidarität

Dimitrios Vartzopoulos
Präsident, Zweites Regionales Gesundheits- und Wohlfahrtssystem (PESYD) in Zentral-Makedonien

Irland

Bairbre Nic Aongusa

Mental Health Services, Department of Health and Children

Brian Howard

Mental Health Association of Ireland

Dr. John Owens

Chairman, Mental Health Commission

John Saunders

Director, Schizophrenia Ireland

Island

Jón Kristjánsson

Minister für Gesundheit und Soziale Sicherheit, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Elín Ebba Ásmundsdóttir

Lektorin, Universitätsklinik

Ingimar Einarsson

Direktor, Abteilung Planung und Entwicklung, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Gudrún Guðmundsdóttir

Projektleiterin, Institut für Öffentliche Gesundheit

Sigurður Guðmundsson

Medizinaldirektor für Gesundheit, Gesundheitsdirektion

Sigursteinn Másson

Vorsitzender, Gedhjálp

Thor Thorarinnsson

Direktor, Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit

Israel

Alla Gershenson

Beraterin des Ministers, Gesundheitsministerium und Leitende Sachverständige, Psychiatrie, Gesundheitsministerium

Dr. Alexander Grinshpoon

Amtierender Direktor, Dienst für Psychische Gesundheit, Gesundheitsministerium

Prof. Avi Israeli

Generaldirektor, Gesundheitsministerium

Italien

Prof. Antonio Guidi

Stellvertretender Staatssekretär für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. Maria Stella Aloisi

Psychologin, Gesundheitsministerium

Dr. Renata Bastiani
Wissenschaftliche Koordinatorin, Frauenkommission, Gesundheitsministerium

Dr. Teresa Di Fiandra
Wissenschaftliche Koordinatorin, Kommission für Psychische Gesundheit,
Gesundheitsministerium

Prof. Fabrizio Starace
Wissenschaftlicher Koordinator, Kommission für Psychische Gesundheit,
Gesundheitsministerium

Kasachstan

Prof. Aikan Akanov
Erster Stellvertretender Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Nickolay Negay
Abteilungsleiter, Staatliches Forschungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie
und Drogenkunde, Gesundheitsministerium

Saltanat A. Nurmagambetova
Leiter, Abteilung für Psychiatrie, Narcology und Psychotherapie, Staatliche
Medizinische Universität Kasachstans

Kirgisistan

Prof. Mitalip Mamytovich Mamytov
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Toktogazy Kutukeev
Leiter, Abteilung Organisation der Medizinischen Leistungen und
Lizenzvergabe, Gesundheitsministerium

Dr. Suiutbek Nazarkulov
Generaldirektor, Staatliches Zentrum für Psychische Gesundheit

Kroatien

Dr. Velimir Bozиков
Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Dr. Marin Andrijasevic
Botschafter, Botschaft der Republik Kroatien in Finnland

Claude Grbesa
Leiter, Abteilung Internationale Zusammenarbeit, Ministerium für Gesundheit
und Gemeinwohl

Dr. Neven Henigsberg
Psychiatrische Universitätsfakultät

Vlasta Hrabak Zerjavic
Medizinische Inspektorin, Leiterin, Dienst für chronische Krankheiten

Lettland

Rinalds Mucins
Stellvertretender Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Ieva Leimane-Veldmeijere
Programmdirektorin, Überzeugungsarbeit für Psychische Behinderungen

Dr. Daina Murmane-Umbrasko
Stellvertretende Direktorin, Abteilung Öffentliche Gesundheit,
Gesundheitsministerium

Dr. Maris Taube
Leitender Sachverständige, Psychiatriezentrum

Litauen

Prof. Zilvinas Padaiga
Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Ona Davidoniene
Direktorin, Staatliches Zentrum für Psychische Gesundheit

Danute Kasubiene
Vorsitzende, Litauische Wohlfahrtsgesellschaft für Psychisch Kranke

Viktoras Meizis
Gesundheitsministerium

Anzela Slusniene
Leitende Beamtin, Abteilung Individuelle Gesundheit, Gesundheitsministerium

Luxemburg

Mars di Bartolomeo
Ministre de la santé, Ministère de la santé

Dr. Yolande Wagener
Médecin-chef de service, Division de la médecine preventive, Direction de la
santé

Malta

Dr. Louis Deguara
Gesundheitsminister, Ministerium für Gesundheit, Senioren und
Gemeindeversorgung

Louis Bonnici
Verwaltungsratsvorsitzender, Mount Carmel Krankenhaus

Saviour Gambin
Persönlicher Assistent des Ministers, Ministerium für Gesundheit, Senioren und
Gemeindeversorgung

Dr. Ray Xerri
Direktor, Abteilung Politik und Planing, Ministerium für Gesundheit, Senioren
und Gemeindeversorgung

Monaco

Peter Furstenborg
Consul Général de Monaco, Gouvernement de Son Altesse Sérénissime,
le Prince de Monaco

Niederlande

Annemiek van Bolhuis

Direktorin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Frans Clabbers

Leitender Politischer Berater, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Paul Groenewegen

Leitender Politischer Berater, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport

Clemens Huitink

Büro für Grundsatzfragen, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Niederländische Gesellschaft für Psychische Gesundheit

Prof. Ad. J.M.F. Kerkhof

Abteilung Klinische Psychologie, Freie Universität Amsterdam

Dr. Milou Leunissen

Zentrum für Vorbeugungsforschung im Bereich Förderung der Psychischen Gesundheit und Prävention von Psychischen Störungen, Abteilung Klinische Psychologie, Radboud-Universität Nijmegen

Dr. Franz Trautmann

Leiter, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Trimbos-Institut

Prof. J. A. Walburg

Leitender Verantwortlicher Angestellter, Trimbos-Institut

Norwegen

Jan Otto Risebrobakken

Staatssekretär, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Dr. John Glad

Leitender Medizinischer Berater, Direktion für Gesundheit und Soziales

Erling Jahn

Leiter, Psychische Gesundheit Norwegen

Bjørg Njaa

Leiterin, Norwegische Staatliche Gesellschaft für die Familien Psychisch Kranker

Thor Rogan

Stellvertretender Generaldirektor, Abteilung Gesundheitsdienste, Ministerium für Gesundheit und Soziales

Dr. Torleif Ruud

Forschungsleiter, SINTEF Gesundheitsforschung

Österreich

Maria Rauch-Kallat

Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Maria Antonia Croy

Präsidentin, Alzheimer Angehörige Austria

Dr. Verena Gregorich-Schega

Direktorin, Internationale Angelegenheiten, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Prof. Heinz Katschnig

Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Fakultät der Universität Wien

Florian Pressl

Kabinett der Bundesministerin, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Prof. Werner Schöny

Pro Mente Österreich

Polen

Pawel Sztwiertnia

Unterstaatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Jan Czeslaw Czabala

Stellvertretender Forschungsleiter, Institut für Psychiatrie and Neurologie, WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Schulung im Bereich Psychische Gesundheit

Dr. Wojciech Klosinski

Leiter, Referat Psychiatrie und Neurologie, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsministerium

Prof. Irena Namyslowska

Leiterin, Abteilung Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Institut für Psychiatrie und Neurologie

Portugal

Dr. Maria João Heitor dos Santos

Direktorat für Psychiatrischen Gesundheitsdiens, Generaldirektorat für Gesundheit

Prof. José Pereira-Miguel

Generaldirektor und Hochkommissar für Gesundheit, Gesundheitsministerium

Dr. António Mocho

Berater des Ministers, Gesundheitsministerium

Dr. Fernando G.P. Soares

Leitender Beamter des Ministers, Gesundheitsministerium

Republik Moldau

Dr. Andrei Gherman

Gesundheitsminister, Ministerium für Gesundheit und Sozialen Schutz

Dr. Iuliana Samburschi

Leitende Beraterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Sozialen Schutz

Rumänien

Prof. Dr. Mircea Cinteza

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Prof. Petre Boisteanu

Präsident des Ausschusses für Psychische Gesundheit und Psychiatrische Unterstützung, Gesundheitsministerium

Dr. Ioan Buraga

Generaldirektor, Generaldirektion für Medizinische Unterstützung, Gesundheitsministerium

Dr. Dana Farcasanu

Beraterin des Gesundheitsministers, Gesundheitsministerium

Liviu Jicman

Sekretär, Büro des Ministers

Prof. Dr. Tudor Udristoiu

Präsident, Rumänische Gesellschaft für Psychiatrie

Russische Föderation

Prof. Boris A. Kazakovtsev

Leitender Psychiater, Ministerium für Gesundheit und Soziale Entwicklung

Prof. Valery N. Krasnov

Direktor, Forschungsinstitut für Psychiatrie Moskau

Dr. N.B. Levina

Vorstandsvorsitzender, gesamtrossische nichtstaatliche Organisation der Psychiatrienutzer und ihren Familien „Neue Gelegenheiten“

San Marino

Dr. Sebastiano Bastianelli

Neuropsychiatrischer Dienst, Staatliches Krankenhaus

Schweden

Morgan Johansson

Minister Gesundheit und Gemeinwohl, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Carl Älfvag

Stellvertretender Delegationsleiter, Direktor, Vorsitzender, Komitee der Leitenden Repräsentanten der Partnerschaft des Nordens in den Bereichen Psychische Gesundheit und Soziales Wohl Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Jan-Olof Forsén

Vorsitzender, Staatliche Gesellschaft für Soziale und Psychische Gesundheit in Schweden

Bengt Linder

Leitender Berater, Verband der Schwedischen Landkreisverwaltungen

Anders Milton

Koordination der Nationalen Psychiatrischen Dienste

Bengt Rönngren

Referent, Abteilung Öffentliche Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und
Gemeinwohl

Stefan Sjöquist

Politischer Berater, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Daniel Zetterberg

Referent, Ministerium für Gesundheit und Gemeinwohl

Schweiz

Landamman Alice Scherrer-Baumann

Delegierte für Internationales der Schweiz, Gesundheitsdirektorinnen –
Konferenz (GDK), Gesundheitsdirektion Kanton Appenzell

Stephanie Zobrist

Stellvertretende Leiterin, Abteilung Internationales, Bundesamt für Gesundheit

Dr. Regula Ricka-Heidelberger

Referat Nationale Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit

Dr. Herbert Heise

Stellvertretender Direktor, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD)

Juerg Gassmann

Zentralsekretär, Pro Mente Sana

Serbien und Montenegro

Prof. Tomica Milosavljevic

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium Serbien

Prof. Miodrag Pavlicic

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium Montenegro

Prof. Dusica Lecic Tosevski

Direktor, Institut für Psychische Gesundheit

Dr. Mirko Pekovic

Leiter, Klinik für Psychische Gesundheit, Klinisches Zentrum Montenegro

Slowakei

Dr. Ján Gajdos

Staatssekretär, Gesundheitsministerium

Dr. Marcela Barova

Open the Doors – Open Your Hearts [dt.: Öffnet die Türen – Öffnet eure
Herzen]

Dr. Peter Breier

Leiter, Abteilung Psychiatrie, Ruzinov Allgemeines Krankenhaus

Klara Frecerova

Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Slowenien

Andrej Brucan

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Lidija Kristancic

Beraterin, Gesundheitsministerium

Dr. Andrej Marusic

Direktor, Staatliches Institut für Öffentliche Gesundheit

Dr. Vesna-Kerstin Petric

Untersekretärin, Gesundheitsministerium

Spanien

Dr. Fernando Lamata Cotanda

Generalsekretär für Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

José Perez Lazaro

Stellvertretender Generaldirektor, Abteilung Internationale Beziehungen, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Prof. Manuel Gómez Beneyto

Berater des Ministers, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Dr. Paloma Soria

Fachliche Beraterin, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherangelegenheiten

Tadschikistan

Dr. Khurshed Kunguratov

Leitender Arzt, Staatliches Psychiatrisches Krankenhaus N1, Gesundheitsministerium

Tschechische Republik

Dr. Milada Emmerova

Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Dr. Miroslava Ourednikova

Stellvertretende Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Sabina Pope

Dolmetscherin, Gesundheitsministerium

Radovan Urban Kocak

Stellvertretender Leiter, Büro des Ministers, Gesundheitsministerium

Türkei

Prof. Necdet Ünüvar

Untersekretär, Gesundheitsministerium

Sevim Tezel Aydin

Stellvertretende Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Dr. Oguz Karamustafalioglu

Leiter, Sisi-Etfal-Krankenhaus Istanbul für Psychische Gesundheit und Krankheiten

Prof. Rüstem Askin

Psychiatrische Abteilung, Selcuk-Universität

Prof. Dr. Can Cimilli

Sekretär für Auswärtige Angelegenheiten, Zentraler Verwaltungsvorstand der Türkischen Psychiatrischen Gesellschaft, Psychiatrische Abteilung, Eylül-Universität

Prof. Bülent Coskun

Direktor, Gemeinschaftliches Forschungs- und Trainingszentrum für Psychische Gesundheit, Fakultätsmitglied, Abteilung Psychiatrie, Medizinische Fakultät der Kocaeli-Universität

Turkmenistan

Dr. Byashim Sopyev

Stellvertretender Gesundheitsminister, Ministerium für Gesundheit und Medizin

Dr. Jumageldy Meredov

Leitender Arzt, Prophylaxe-Zentrum für Drogenabhängigkeit und Psychische Krankheiten der Stadt Ashgabat

Ukraine

Prof. Andriy Pidayev

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Valentyna Dombrovska

Leitende Sachverständige, Psychischer Gesundheitsdienst, Gesundheitsministerium

Dr. Raisa Kravchenko

Verantwortliche Direktorin, gesamtukrainische öffentliche Organisation Bündnis zum Schutz der Rechte von Behinderten und Menschen mit psychischer Mangelfunktion

Dr. Borys Mykhaylov

Leiter, Abteilung Psychotherapie, Gesundheitsministerium

Prof. Alexandr Napriyenko

Leitender Psychiater, Gesundheitsministerium

Prof. Stanislav Tabachnikov

Direktor, Ukrainisches Forschungsinstitut für Soziale und Gerichtsmedizinische Psychiatrie und Drogenkunde

Zhanna Tsenilova

Leiterin, Abteilung Auswärtige Beziehungen, Gesundheitsministerium

Ungarn

Prof. Dr. László Tringer

Direktor, Abteilung Psychiatrie

Usbekistan

Prof. A.M. Khadzhibaev

Stellvertretender Minister, Gesundheitsminister

Dr. Farukhtdin B. Abdulkasimov

Staatliches Klinisches Psychiatrisches Krankenhaus des Gesundheitsministeriums

Dr. Vasila S. Alimova

Sachverständige, Abteilung Heilung und Prävention, Gesundheitsministerium

Dr. Nargiza Khodjaeva

Leitende Sachverständige, Abteilung Psychiatrie, Gesundheitsministerium

Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland

Rosie Winterton

Minister of State for Health, Department of Health

Craig Alexander

Personal Secretary to Ms Brankin, Scottish Executive

Rhona Brankin

Deputy Minister for Health and Community Care, Scottish Executive

Anne Clarke

Director, National Children and Young People's Mental Health Project, Glasgow
Centre of Population Health

Caroline Farquhar

Head of Implementation, Choose Life

Gregor Henderson

Director, Mental Health Division, National Programme for Improving Mental
Health and Wellbeing

Dr. Nicola Hilton

Private Secretary to the Minister of State for Health, Department of Health

Anthony Kingham

Head, International Division, Global Health Team, Department of Health

Anne Richardson

Head, Mental Health Programme

Weißrussland

Dr. Liudmila Andreevna Postoyalko

Gesundheitsministerin, Gesundheitsministerium

Dr. Alexander Konovalenko

Leitender Arzt, Grodno Medizinisch-klinische Vereinigung „Psychiatrie-
Narkotika“

Dr. Svetlana A. Moroz

Stellvertretende Leitende Ärztin, Psycho-Neurologisches Dispensatorium für
Kinder und Jugendliche der Stadt Minsk

Prof. Pavel Rynkov

Leitender Psychiater, Gesundheitsministerium

Zypern

Andreas Christou

Gesundheitsminister, Gesundheitsministerium

Dr. Evangelos Anastasiou

Athalassa Psychiatrisches Krankenhaus

Elli Kanari-Morpaki

Verwaltungsangestellte, Gesundheitsministerium

Florentina Petridou

Wissenschaftliche Beraterin, Fürsprachegruppe der Psychisch Kranken

Repräsentanten von zwischenstaatlichen Organisationen**Europäische Kommission**

Markos Kyprianou

Europäischer Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz

Jean-Bernard Blatrier

Primo-Somadec (Belgien), Generaldirektorat Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat C2 „Gesundheitsinformation“

Erdem Erginel

Mitglied in Kommissar Kyprianou's Kabinett

Marjatta Hautala

Pressereferentin, Vertretung der Europäischen Kommission in Finnland

Rejo Kemppinen

Leiter der Abteilung Repräsentation, Vertretung der Europäischen Kommission in Finnland

Robert Madelin

Generaldirektor Gesundheit und Verbraucherschutz

A. Saturno Mallia

Generaldirektorat Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat C2 „Gesundheitsinformation“

Kevin McCarthy

Generaldirektorat Forschung; Direktion F – Gesundheit; Referat Politische und strategische Aspekte

Juergen Scheftlein

Generaldirektorat Gesundheit und Verbraucherschutz, Referat C2 „Gesundheitsinformation“

Philippe Todd

Pressesprecher (für Kommissar Kyprianou)

Europarat

Alexander Vladychenko

Amtierender Generaldirektor, Abteilung Soziales und Gesundheit, Generaldirektorat Sozialer Zusammenhalt

Vera Boltho

Leiterin der Abteilung für Gesundheitspolitik und für Teilabkommen im Sozial- und Gesundheitsbereich, Generaldirektorat Sozialer Zusammenhalt

Piotr Mierzewski

Verwaltungsangestellter, Generaldirektorat Sozialer Zusammenhalt

Parlamentarische Versammlung des Europarats

Paul Flynn

Parlamentsmitglied, Vereinigtes Königreich

Andrea Rigoni

Senator, Italien

Repräsentanten von nichtstaatlichen Organisationen, die offizielle Beziehungen zur WHO unterhalten

Internationale Vereinigung für Kinder und Jugendpsychiatrie und verwandte Berufe

Prof. Per-Anders Rydelius

Generalsekretär

Weltverband der ErgotherapeutInnen

Prof. E. Sharon Brintnell

Abteilung Ergotherapie, Fakultät für Rehabilitierungsmedizin, Universität Alberta, Kanada

Julie Piergrossi

Weltverband für Psychiatrie

Prof. John Cox

Generalsekretär

Weltverband für Psychische Gesundheit

Pirkko Lahti

Direktorin, Finnische Gesellschaft für Psychische Gesundheit

Mary van Dievel

Direktorin, Mental Health Europe

World Association for Psychosocial Rehabilitation

Prof. Edvard Hauff

Stellvertretender Präsident für Europa

Repräsentanten von anderen nichtstaatlichen Organisationen

Amnesty International

Ivan Fiser

Forschung, Regionales Programm für Europa, Internationales Sekretariat

Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker

Begoña Ariño Jackson

Janet McCrae

Stellvertretende Präsidentin

Inger Nilsson

Präsidentin

Council of Occupational Therapists for European Countries

Maria Skourosiakos

Präsident

Dänische Organisation der Pflegenden

Merete Thorsén

Leitende Verantwortliche

Europäische Föderation der Psychologengebände

Vesa Nevalainen

Leiterin, Berufsmäßige Angelegenheiten, Finnischer Psychologengebände

Europäische Psychiatrische Vereinigung

Prof. Mario Maj

Präsident

Europäische Vereinigung der Fachärzte

Dr. R.J.A. ten Doesschate

Kassier, Abteilung Psychiatrie

Dr. Anne Lindhardt

Präsident

Europäisches Forum der nationalen Pflege- und Hebammengebände und der WHO

Lis Wagner

Managerin und Fachreferentin, Pflege und Hebammenwesen, WHO-Regionalbüro für Europa

Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen

Wilma Boevink

Trimbos-Institut, Niederlande

Olli Stalström

European Federation of Psychiatric Trainees

Dr. Defne Eraslan

Hamlet Centre Trust

Jane Shears

International Federation of Social Workers

Maaria Numminen

Mental Disability Advocacy Centre

Diana Hoover

Verantwortliche Direktorin

Oliver Lewis

Mental Health Europe

Claude Deutsch

Präsident

Dr. Mojca Z. Dernovsek

Assistierende Professorin, Universität Ljubljana Psychiatrisches Krankenhaus,
Slowenien

Mary van Dievel

Direktorin

Open Society Mental Health Initiative

Judith Klein

Direktorin

Camilla Parker

Beraterin für Juristische und Politische Angelegenheiten, Open Society Institute

The Mental Health Foundation

Andrew McCulloch

Leitender Verantwortlicher

The Sainsbury Centre for Mental Health

Angela Greatley

Amtierende Leitende Verantwortliche

World Association for Infant Mental Health

Prof. Tuula Tamminen

Präsident

Berater auf Zeit

Prof. Alan Apter

Vorsitzender, Abteilung Psychiatrie, Schneider Children's Medical Centre of
Israel

Dr. Diana Brahims Muço

Direktorin, Psychiatrisches Krankenhaus Valona, Albanien

Prof. Athanassios Constantopoulos

Direktor, Zentrum für Psychische Gesundheit, Regionales Allgemeines
Krankenhaus Athen, Griechenland

- Prof. Thomas Cox
Director, Occupational Health, Institute of Work, Health and Organisations,
University of Nottingham, United Kingdom
- Dr. Michael von Cranach
Medizinaldirektor, Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Deutschland
- Nicolas Daumerie
Centre Médico-Psychologique, Centre Collaborateur de l'OMS pour la
Recherche et Formation en Santé mentale, Faches-Thumesnil, France
- Dr. Giuseppe Dell'Acqua
Leiter, Abteilung Psychische Gesundheit, Italien
- Linda Dunion
Campaign Director, See Me Scotland, United Kingdom
- Helja Eomois
Leitende Sachverständige, Abteilung Öffentliche Gesundheit,
Gesundheitsministerium, Estland
- Bjorn Erikson
Sachverständiger für Industriehygiene, Dachverband der Norwegischen
Gewerkschaften
- Prof. Berthold P.R. Gersons
Psychiatrisches Zentrum, Niederlande
- Gabor Gombos
Fürsprachekoordinator, Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen,
Ungarn
- Prof. Ulrich Hegerl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der
Universität München, Deutschland
- Dr. Riitta-Liisa Heikkinen
Leitende Wissenschaftliche Sachverständige, Dozentin, Finnisches Zentrum für
Interdisziplinäre Gerontologie, Universität Jyväskylä, Finnland
- Dr. John H. Henderson
Senior Policy Adviser, Mental Health Europe, United Kingdom
- Prof. Marija Holmila
Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit
(STAKES), Finnland
- Prof. David Hunter
Health Policy and Management, Wolfson Research Institute, University of
Durham, United Kingdom (Rapporteur)
- Dr. Ainagul Isakova
Leiter, Verband der Hausärzte, Kirgisistan
- Dr. Eva Jané-Llopis
Leiterin, Abteilung Wissenschaft und Politik, Forschungszentrum für
Prävention, Universität Nijmegen, Niederlande

- John Brian Jenkins
Consultant in Mental Health, National Institute for Mental Health, United Kingdom
- Prof. Matti Joukamaa
Professor für Gesellschaftliche Psychiatrie, Medizinisches Institut, Finnland
- Dr. Marianne C. Kastrup
Chefärztin, Rigshospitalet, Dänemark
- Dr. Reinhold Killian
Abteilung Psychiatrie II, Am Bezirkskrankenhaus Gunzburg, Deutschland
- Prof. Martin Knapp
Director, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, United Kingdom
- Dr. Juha Lavikainen
Projektmanager, Abteilung Gesundheit und Soziales, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland
- Dr. Stavroula Leka
Lecturer in Occupational Health, Institute of Work, Health and Organisations, University of Nottingham, United Kingdom
- Gagik Makaryan
Verantwortlicher Direktor, UMBA und HAI CONSULT Beratungsfonds, Armenien
- David McDaid
Research Fellow, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, United Kingdom
- Dr. Roberto Mezzina
Referatsleiter, Zentrum für Psychische Gesundheit, Italien
- Dr. Aleksandra Milicevic Kalasic
Städtisches Institut für Gerontologie und häusliche Pflege, Serbien und Montenegro
- Prof. Maurice B. Mittelmark
Professor für Gesundheitsförderung, Forschungszentrum für Gesundheitsförderung, Universität Bergen, WHO-Kooperationszentrum für Forschung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung Norwegen
- Melita Murko
Assistentin, Regionale Projektmanagerin, Regionales Projektbüro, Psychische Gesundheit – Projekt für Südosteuropa, Bosnien und Herzegowina
- Dr. Petr Nawka
Vorsitzender, Gesellschaft für Psychische Gesundheit, und Leiter des Pilotprogramms, Gemeindedienst für Psychische Gesundheit, Psychiatrisches Krankenhaus Michalovce, Slowakei

Dr. Alexander V. Nemtsov

Leiter, Abteilung Informatik und Systemforschung, Forschungsinstitut für
Psychiatrie des Russischen Ministeriums für Gesundheit und Soziale
Entwicklung Moskau, Russische Föderation

Mary Nettle

Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen, Vereinigtes Königreich

Margareta Nilson

Europäisches Monitoring Zentrum für Drogen und Drogenabhängigkeit,
Portugal

Tim Pfeiffer-Gerschel

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der
Universität München, Deutschland

Prof. Dainius Puras

Leiter und außerordentlicher Professor, Zentrum für Kinderpsychiatrie und
soziale Pädiatrie, Universität Vilnius, Litauen

Vesna Puratic

Regionale Projektmanager, Psychische Gesundheit - Projekt für Südosteuropa,
Bosnia and Herzegowina

Prof. Jorma H. Rantanen

Präsident, Finnisches Institut für Ergotherapie (FIOH), Finnland

Dr. Mario Reali

Gesundheitsdistriktleiter, Italien

Prof. Henk Rigter

Niederlande

Dr. Jean-Luc Roelandt

Centre Médico-Psychologique, Centre Collaborateur de l'OMS pour la
Recherche et Formation en Santé mentale, France

Dr. Robin G.W. Room

Sozialforschungszentrum für Alkohol und Drogen, Universität Stockholm,
Schweden

Prof. Sir Michael L. Rutter

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, United
Kingdom

Prof. Wolfgang Rutz

Referatleiter, Abteilung Psychiatrie, Akademisches Universitätskrankenhaus,
Schweden

Prof. Armin Schmidtke

Abteilung klinische Psychologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Deutschland

Prof. Paul Schnabel

Direktor, Sozial- und Kulturplanungsbüro der Niederlande

- Dr. Tytti Solantaus
Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland
- Prof. Tores Theorell
Direktor, Institut für Psychosoziale Medizin, Schweden
- Prof. Graham Thornicroft
Director, Health Services Research Department, Section of Community Psychiatry, Institute of Psychiatry, United Kingdom
- Dr. Toma Tomov
Leiter, Abteilung Psychiatrie, Alexandrovska-Krankenhaus, Medizinische Hochschule Sofia, Bulgarien
- Prof. Richard Velleman
Director, Mental Health Research and Development Unit, University of Bath, United Kingdom
- Robert van Voren
Generalsekretär, Psychiatrie-Initiative Genf, Niederlande
- Prof. Airi Värnik
Estonisch-Schwedisches Institut für Suizidologie, Estland
- Dr. Mladenka Vrcic-Keglevic
Direktorin, Andrija-Stampar-Fakultät für Öffentliche Gesundheit, Universität Zagreb, WHO-Kooperationszentrum für Primäre Gesundheitsversorgung, Kroatien
- Prof. Danuta Wasserman
Nationales Zentrum für Suizidforschung und Prävention Psychischer Krankheiten, Schweden
- Prof. Katherine Weare
School of Education, University of Southampton, United Kingdom
- Prof. Lilia E. Zikanshina
Leiterin, Abteilung für klinische Pharmakologie und Arzneimitteltherapie, Russische Föderation

Beobachter

- Vuokko Ahti
Verantwortliche Managerin, Nutzerverband für Psychische Gesundheit (HELMi), Finnland
- Kristina Aminoff
Verantwortliche Managerin, Nationaler Familienverband, Förderung der Psychischen Gesundheit in Finnland
- Chris Bale
Director, Partnership for Children, United Kingdom

Prof. Franz Baro

Centre Interuniversitaire Belge de Recherche et d'action, Santé et Facteurs psychosociaux et psychobiologiques", WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Schulung im Bereich Psychosoziale und Psychobiologische Faktoren, Belgique

Cajsa Björkman

Projektsekretärin, Schwedischsprachiger Nationaler Psychosozialer Zentralverband in Finnland

Per Bøge

Projektmanager, „Omsorg“ [dt.: Fürsorge], und Ausbildungsberater, Dänische Krebsgesellschaft

Maria Grazia Cogliati

Italien

Bob Cools

Berater, Kabinett Flandern, Belgien

Claire Curran

Research Officer, LSE Health and Social Care, London School of Economics, United Kingdom

Jan van Dessel

Belgische Botschaft, Finnland

Jes Dige

Dänische Krebsgesellschaft

Jonathan Gordon

Scottish Executive, United Kingdom

Anne-Marie Grouev

Projektmanagerin, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland

Martine van Hecke

Ministerium von Flandern - Abteilung Gesundheit, Belgien

Emma Hogg

Public Health Advisor (Mental Health Improvement), NHS Health Scotland, United Kingdom

Jeff Huggins

Head of Mental Health Division, Directorate of Service Policy and Planning, Scottish Executive, United Kingdom

Seija Järvinen

Vorstandsvorsitzende, Beraterin für Soziale Angelegenheiten (HON), Finnland

Dr. Jorma O. Järvisalo

Forschungsprofessor und Stellvertretender Direktor, Abteilung Gesundheitspolitik und Internationale Entwicklung, Finnisches Sozialversicherungsamt

- Pirkko Karjalainen
Verantwortliche Direktorin, Zentrale Vereinigung für das Wohlergehen Älterer Menschen, Finnland
- Hilkka Kärkkäinen
Stellvertretende Präsidentin, GAMIAN-Europe, Finnland
- Outi Karvonen
Projektmanagerin, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland
- Tuula Kauppinen
Leiterin des Pflegewesens, Finnland
- Taru Koivisto
Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland
- Anne Koskela
Leitende Beamtin, Abteilung Juristische Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland
- Katrin Lange
UNOPS/PASARP-Vlore, Albanien
- Prof. Ville Lehtinen
Finnland
- Dr. Kari Lindström
Direktorin, Institut für Arbeitsmedizin, Finnland
- Tessa Lush
Bristol-Myers Squibb Corporate Affairs, United Kingdom
- Taina Mäntyranta
Direktorin, ROHTO-Zentrum für Arzneimitteltherapieentwicklung, Finnland
- Martti Mäki
Verantwortlicher Direktor, Finnland
- Dr. Simo Mannila
Leitender Berater, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland
- Dr. Ernesto Muggia
Präsident, Nationale Gesellschaft für Psychische Gesundheit, Italien
- Liisa Ollila
Ministerielle Beraterin, Abteilung Internationale Angelegenheiten, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland
- Marja-Liisa Partanen
Stellvertretende Generaldirektorin, Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland
- Helena Partinen
Verantwortliche Direktorin, Nyytiry, Finnland
- Elena Georgina Pascu
Programmmanagerin, Fürsprache für Würde, Zentrum für Juristische Ressourcen, Rumänien

Dr. Marjaana Pelkonen

Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland

Teuvo Peltoniemi

Informationschef, A-Klinik Fonds, Helsinki, Finnland

Tarja Reponen

Direktorin, Ministerium für Auswärtige Angelegenheiten, Finnland

Susanna Rix

Acting Regional Director/Programme Director, National Institute for Mental Health in England (NIMHE Eastern), United Kingdom

Dr Pietro Roselli

Director, Italian Institute of Culture, Finland

Pilar Saiz

Universität Oveido, Spanien

Dr. Mike Shooter

President, Royal College of Psychiatrists, United Kingdom

Giorgio Tabori

Embassy of Italy, Finland

Hannele Tanhua

Leitende Beamtin, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Finnland

Skerdilajd Truja

UNOPS/PASARP-Vlore, Albanien

Ritva Varamäki

Entwicklungsmanagerin, Zentrum für Gesundheitsförderung, Finnland

Liliana Verdha

Honorarkonsulin für Albanien, Finnland

Dr. Kristian Wahlbeck

Forschungsprofessor, Abteilung Psychische Gesundheit, Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES), Finnland

Kirsten Zenzinger

Centre Interuniversitaire Belge de Recherche et d'Action, „Santé et Facteurs psychosociaux and psychobiologiques“, WHO-Kooperationszentrum für Forschung und Schulung im Bereich Psychosoziale und Psychobiologische Faktoren, Belgique

Prof. Lilia Eugenevna Ziganshina

Klinische Pharmacologie, Staatliche Medizinische Akademie Kazan, Russische Föderation

Weltgesundheitsorganisation

Regionalbüro für Europa

Dmitriy Konstantinovich Botcheliouk

Übersetzer/Überprüfer (R), Sprachen

Dr. Yves Charpak

Berater (Gesundheitspolitik), EURO Repräsentation bei der EU

- Oluf Christoffersen
Aufsichtsführender, Druck- und Konferenzdienste
- Dr. Marc Danzon
WHO-Regionaldirektor für Europa
- Sasa Delic
Assistent, Druck- und Konferenzdienste
- Dr. Anca Dumitrescu
Direktorin, Abteilung Information, Evidenz und Kommunikation
- Dr. Leena Eklund
Fachreferentin, Health Evidence Network
- Dr. Jill Farrington
Koordinatorin, Nichtübertragbare Krankheiten
- Frank George
Regionalbeauftragter, Externe Zusammenarbeit und Partnerschaften
- Dr. Maria Haralanova
Projektmanagerin, Strategische Länderunterstützung
- Birgit Heesemann-Nielsen
Dokumentationsassistentin (D), Sprachen
- Svenja Herrmann
Beigeordnete Fachreferentin, Externe Zusammenarbeit und Partnerschaften
- Dr. Ivan Dimov Ivanov
Fachreferent, Arbeitsmedizin
- Dr. Kees de Joncheere
Regionalbeauftragter, Technologien für Gesundheit und Arzneimittel
- Bent Jørgensen
Verantwortlicher für Büroausstattung, Druck- und Konferenzdienste
- Johanna Kehler
Programmassistentin, Psychische Gesundheit
- Tina Kiaer
Kommunikationsreferentin für die Konferenz, Psychische Gesundheit
- Dr. Simo Kokko
Koordinator für die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Psychische Gesundheit
- Bruce Leech
Verwaltungsdienste, Beschaffungs- und Konferenzverantwortlicher, Verwaltung, Beschaffung und Konferenzen
- Dr. Gudjón Magnússon
Direktor, Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast
- Dr. Nata Menabde
Direktorin, Abteilung Länderunterstützung
- Kay Miller
Dokumentationsassistentin (E), Sprachen

- Dr. Matthijs Muijen
Amtierender Regionalbeauftragter für Psychische Gesundheit (Sekretär)
- Anna Müller
Programmassistentin, Psychische Gesundheit
- Liuba Negru
Referentin, Presse und Medienbeziehungen
- Jens Nielsen
Amtierender Netzwerk-Administrator, Arbeitsablauf (Produktion und Betreuung), Informationstechnik
- Debbie Offen
Sekretärin, Psychische Gesundheit
- Ionela Petrea
Fachreferentin, Konferenzkoordinierung, Psychische Gesundheit
- Kristel M. Bronwen Player
Dokumentationsassistentin (F), Sprachen
- Dag Rekve
Programmmanager, Alkohol und Drogen
- Charles Robson
Leiter, Übersetzung und Redaktion, Sprachen
- Dr. Gerald Rockenschaub
Regionalbeauftragter, Katastrophenschutz
- Anna Roepstorff
Programmassistentin, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit
- Christine Rosenberg
Sekretariatsassistentin, Büro des Direktors, Abteilung Fachunterstützung, Minderung der Krankheitslast
- Michal Rustanowicz
Regionalbeauftragter, Informatik und Telematik, Informationstechnik
- Liz Shrapnel
Persönliche Assistentin und Sekretärin, Büro des Regionaldirektors
- Larisa Stepanova
Dokumentationsassistentin (R), Sprachen
- Natalia Sterlikova-Løhr
Sekretärin, Psychische Gesundheit
- Vivienne Taylor Gee
Kommunikationsreferentin, Psychische Gesundheit
- Eric Tordeur
Übersetzer/Überprüfer (F), Sprachen
- Dr. Hédinn Unnsteinsson
Fachreferent, Psychische Gesundheit
- Dr. Liliana Urbina
Referentin für Aktivitäten im Bereich Psychische Gesundheit

Rainer Verhoeven
Übersetzer/Überprüfer (D), Sprachen

Hauptbüro

- Dr. José M. Bertolote
Koordinator, Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit,
Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch, HandhabungS von
Störungen der Psyche und des Gehirns
- Dr. Daniel Chisholm
Gesundheitsökonom, Abteilung Finanzierung von Gesundheitssystemen,
Ausgaben und Verteilung der Ressourcen, Evidenz und Information für
Gesundheitspolitik
- Dr. Michelle Funk
Koordinatorin, Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit,
Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch, Politik für Psychische
Gesundheit und Entwicklung der Dienste
- Dr. Benedetto Saraceno
Direktor, Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit,
Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch
- Dr. Shekhar Saxena
Koordinator, Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit,
Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch

WHO-Länderbüros

WHO-Länderbüro, Albanien

- Dr. Santino Severoni
Büroleiter
- Dévora Kestel
Fachreferentin, Angestellte für Betreuung im Bereich Psychische Gesundheit
- Dr. Ledia Lazeri
Nationaler Fachreferent, Psychische Gesundheit, Katastrophenschutz

WHO-Länderbüro, Estland

- Dr. Jarno Habicht
WHO-Länderreferent

WHO-Länderbüro, Ehemalige Jugoslawische Republik Makedonien

- Dr. Stojan Bajraktarov
Projektmanager, Psychische Gesundheit
- Dimitrinka Jordanova-Pesevska
Nationaler Fachreferent, Psychische Gesundheit
- Dr. Jukka Pukkila
Büroleiter

WHO-Länderbüro, Pristina

Dr. Skender Sylja

Nationaler Beamter für Gesundheitspolitik und -systeme

Assistierende Mitarbeiter aus Finnland**Ministerium für Soziales und Gesundheit**

Marjatta Anttila

Sekretärin

Anna Ehrnrooth

Sekretärin

Marjatta Fyhr

Sekretärin

Noora Heinonen

Leitende Angestellte

Jarmo Hämäläinen

Sicherheitsbeauftragter

Monika Kankaanrinta

Abteilungssekretärin

Petri Kauppi

Informationstechnologiebeauftragter

Tiina Neal

Tuija Perälä

Sekretärin, Abteilung Internationale Angelegenheiten

Nina Palin

Sekretärin, Information und Kommunikation

Pirjo Pietilä

Satu Renko

Tarja Tamminen

Stellvertretende Kommunikationsreferentin

Lassi Tammi

Ilari Wickström

Staatliches Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES)

Paivi Erbrech

Sekretärin

Virpi Honkanen

Projektsekretärin

Ulla Katila-Nurkka

Projektsekretärin

Elina Lembinen

Büroangestellte

Niko Metso

Büroleiter

Mari Miekkala

Forschungsassistentin

Merja Paimensaari

Konferenzkoordinatorin vor Ort

Tanja Potepenko

Konferenzassistentin

Pekka Salakka

Transportverantwortlicher

Aimo Silvenius

Übergeordneter Büroleiter

Marianne Sipilä

Projektkoordinatorin

Britta Sohlman

Sachverständige für Planung

Päivi Tapiovaara

Projektsekretärin

Laila Turkia

Sekretärin

Finnisches Sozialversicherungsamt

Tanja Blomqvist

Koordinatorin, Internationale Angelegenheiten

Tampere Hochschule für Öffentliche Gesundheit

Pia Solin

Forschungsstipendiatin

Universität Turku

Reeta Kangas

Das WHO-Regionalbüro für Europa

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine 1948 gegründete Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die sich in erster Linie mit internationalen Gesundheitsfragen und der öffentlichen Gesundheit befasst. Das WHO-Regionalbüro für Europa ist eines von sechs Regionalbüros, die überall in der Welt eigene, auf die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Mitgliedsländer abgestimmte Programme durchführen.

Mitgliedstaaten

Albanien
Andorra
Armenien
Aserbaidschan
Belgien
Bosnien-Herzegowina
Bulgarien
Dänemark
Deutschland
Ehemalige Jugoslawische Republik Mazedonien
Estland
Finnland
Frankreich
Georgien
Griechenland
Irland
Island
Israel
Italien
Kasachstan
Kirgisistan
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Monaco
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Republik Moldau
Rumänien
Russische Föderation
San Marino
Schweden
Schweiz
Serbien und Montenegro
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tadschikistan
Tschechische Republik
Türkei
Turkmenistan
Ukraine
Ungarn
Usbekistan
Vereinigtes Königreich
Weißrussland
Zypern

Im Januar 2005 kamen Vertreterinnen und Vertreter der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO in Helsinki zu dieser Konferenz über psychische Gesundheit zusammen, um sich mit einer der größten Bedrohungen für das Wohlbefinden der Menschen in der Region zu befassen: der Epidemie psychosozialer Notlagen und psychischer Erkrankungen. Die Länder holten psychische Gesundheit aus dem Schatten von Stigma und Diskriminierung und stellten sie in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte. Durch die Annahme einer Erklärung und eines Aktionsplans zum Thema psychische Gesundheit steckten sie den politischen Kurs im Bereich psychische Gesundheit für die kommenden fünf bis zehn Jahre ab.

Jetzt sind Mitgliedstaaten herausgefordert, die Prinzipien aus der Erklärung zu verwirklichen und die Ziele für die zwölf im Aktionsplan genannten Arbeitsbereiche zu erreichen. Das Buch trägt zur Erfüllung dieser Aufgabe bei, indem es die aktuelle Lage in der Region beschreibt, Erklärung und Aktionsplan im Wortlaut vorstellt, kurz die Arbeitsbereiche umreißt (mit Beispielen bereits bestehender Initiativen) und die Pläne der WHO zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region darstellt.

Die in Erklärung und Aktionsplan enthaltenen Verpflichtungen gründen sich auf Informationen und Erkenntnisse aus der gesamten Europäischen Region der WHO. Zusammen bilden sie ein solides und zugleich anregendes Fundament, auf das Regierungen, Politiker und nichtstaatliche Organisationen sowie die WHO Lösungen zur Verbesserung der Lebensqualität aller Bürger bauen können.

ISBN 92-890-3377-0



Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa

Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17, Fax: +45 39 17 18 18, E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int