



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Dreiundfünfzigste Tagung**

Wien, 8.–11. September 2003

Punkt 6 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC53/7
+ EUR/RC53/Conf.Doc./2
27. Juni 2003
30863
ORIGINAL: ENGLISCH

Psychische Gesundheit in der Europäischen Region der WHO

In den vergangenen fünf Jahren wurden mehrere wichtige Initiativen ergriffen, um bei Entscheidungsträgern in der Europäischen Region ein größeres Bewusstsein für durch psychische Störungen verursachte Belastungen zu schaffen. Psychische Gesundheit steht darum heute in der gesamten Region höher auf der politischen Tagesordnung. Dennoch gibt es immer noch große Unterschiede in den Angeboten der Gesundheitsversorgung und der Prävalenz und Mortalität psychischer Erkrankungen ebenso wie Defizite der konzeptionellen Entwicklung und einzelstaatlichen Planung in diesem Bereich.

Dieser Bericht beleuchtet die Ausgangslage und hebt dabei das Erreichte hervor, aber er unterstreicht auch den Handlungsbedarf. Er beschreibt die Herausforderungen und Probleme, die in jüngster Zeit zutage getreten sind, und er erläutert, welche Zielvorstellungen und Erwartungen sich mit der für das Jahr 2005 geplanten Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit verbinden.

Dem Papier liegt ein Resolutionsentwurf zur Behandlung durch das Regionalkomitee bei.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Jüngste Trends und Handlungsbedarf im Bereich psychische Gesundheit	1
Eine Region der Unterschiede.....	1
Stressbedingte Sterblichkeit	1
Soziale Ausgrenzung.....	2
Das Programm Psychische Gesundheit der Europäischen WHO-Region.....	3
Taskforces	3
Netze	3
Partnerschaften.....	4
Konzepte entwickeln und Bewusstsein schaffen.....	4
Hintergrunddokumente und Arbeitspapiere.....	4
Leitlinien	5
Resolutionen und Erklärungen	6
Wichtige Strategien und Arbeitsschwerpunkte	7
Länderarbeit	7
Mehrländeraktivitäten	7
Erfolge.....	8
Die Herausforderung: ohne psychische Gesundheit keine öffentliche Gesundheit.....	8
Neue Themen	9
Katastrophen und Gefahren.....	9
Armut	9
Gewalt	10
Beweislage	10
Ethik.....	10
Ministerielle WHO-Konferenz 2005: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen	11

Jüngste Trends und Handlungsbedarf im Bereich psychische Gesundheit

Eine Region der Unterschiede

1. Nach Statistiken, die sich auf den Index für menschliche Entwicklung des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) beziehen, sind einige der reichsten und der ärmsten Länder der Welt Mitglieder der Europäischen Region. Das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist von großen Unterschieden geprägt und schwankt zwischen 500 und 30 000 US-\$ im Jahr. Der Anteil des BIP, der für Gesundheitsversorgung verwendet wird, variiert ebenfalls stark und liegt zwischen 2% und 11%, wobei die ärmsten Länder die niedrigsten Raten aufweisen. Der für psychische Gesundheit bereitgestellte Anteil an den Gesundheitsetats schwankt ähnlich extrem: von null bis über 20%. Auch in diesem Bereich geben die ärmsten Länder am wenigsten Geld aus.
2. In einigen Ländern im Osten der Europäischen Region überwiegt die stationäre Behandlung, 60% aller Patienten werden dort in großen Einrichtungen (500 und mehr Betten) behandelt. Auf Grund von inakzeptablen Pflegebedingungen und mangelnder Achtung vor Menschenrechten und persönlicher Integrität weisen einige dieser Krankenhäuser hohe Sterberaten auf (bis zu 40% im Jahresdurchschnitt). Umgekehrt werden in einigen Ländern im Westen der Region psychisch schwer kranke Menschen auf inakzeptable Weise vernachlässigt und aufgegeben. In einigen Großstädten leiden bis zu 50% aller Obdachlosen an Psychosen.
3. Hohe Suizidraten einzelner Gruppen oder Regionen geben ebenfalls zunehmend Anlass zur Sorge. In der Europäischen Region schwanken die Suizidraten bei jungen Frauen um das Zehnfache, bei jungen Männern sogar um den Faktor 40. Dabei sind die Tendenzen in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich: Sie reichen über einen Zeitraum von 15 Jahren von einem 40%igen Rückgang bis zu einem 80%igen Anstieg.
4. Allgemein lässt sich sagen, dass für psychische Kranke nicht genug getan wird. Die Angebote müssen auch von ihrer fachlichen Qualität her akzeptabel sein und weitere Stigmatisierung, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung verhindern können. Letztere ist tatsächlich eine Gefahr in Ländern, in denen die Registrierung als psychisch krank andauernde und umfassende negative gesetzliche Konsequenzen für die Ausbildungsmöglichkeiten und die Ausübung bestimmter Berufe, den Erwerb eines Führerscheins, den Anspruch auf Sozialhilfe, das Stimmrecht usw. hat. Diese Konsequenzen lassen sich oft nur durch teure, private Angebote umgehen, die sich nur wenige leisten können.

Stressbedingte Sterblichkeit

5. In der Europäischen Region bestehen auch große Unterschiede (<30%) in der Lebenserwartung, die zu einem großen Teil etwas mit gesellschaftlich bedingtem Stress, psychischen Störungen und gesundheitsschädlichen Lebensweisen zu tun haben. Insbesondere in Gesellschaften und unter Bevölkerungsgruppen, die gesellschaftliche Veränderungen durchmachen, lassen sich diese Unterschiede einer Anhäufung von stressrelatierten Faktoren zuschreiben: z. B. Depression und Suizid, Sucht, Gewalt, risikoträchtigen Verhalten und riskanten Lebensweisen und kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität.
6. Gleichzeitig mit der Erfahrung von Hilflosigkeit und dem Verlust an Identität und sozialem Zusammenhalt wuchs in diesen Ländern die Zahl vermeidbarer Sterbefälle so an, dass die gesellschaftlichen Grundstrukturen hiervon berührt sind. Aufgrund der Zunahme der stressbedingten Morbidität und Mortalität ist in einigen Mitgliedstaaten innerhalb eines Jahrzehnts die durchschnittliche Lebenserwartung um zehn Jahre gesunken, die der Männer sogar um dreizehn Jahre. In einigen Ländern haben sich die Suizidraten verneunfacht und sind damit auch neunmal so hoch wie in der Europäischen Union (EU). Die Zahl der Alkoholpsychosen hat sich in einigen Ländern vervierfacht. Die Zahl der Sterbefälle aufgrund äußerer Ursachen (u. a. Unfälle) stieg vom Zweifachen auf das Sechsfache, die kardiovaskuläre Mortalität vom Zweieinhalbfachen- auf das Fünffache des EU-Durchschnitts.

7. In einigen neuen unabhängigen Staaten (NUS) schnellte die Jugendkriminalität um 350% in die Höhe, die Suchttraten Jugendlicher haben sich versiebenfacht. Selbst bei Tötungsdelikten (Kinder eingeschlossen) ist ein Anstieg vom zweifachen auf den neunfachen EU-Durchschnitt festzustellen. Allerdings führt die Rückkehr stabilerer gesellschaftlicher Verhältnisse jetzt zu einer beginnenden Normalisierung dieser Zahlen. So ist die Lebenserwartung in einigen baltischen Ländern gestiegen und spiegelt damit die wirtschaftliche und soziale Stabilisierung seit 1998 wider.

8. Auch in Ländern im Westen der Region fordern psychische Störungen, Depressionen und Hilflosigkeit in Verbindung mit gesellschaftlichen Veränderungen, drohendem Arbeitsplatzverlust und einer Schwächung des sozialen Zusammenhalts ihren Zoll. 41 Millionen Erwachsene trinken übermäßig oder sind Alkoholiker, 66% von ihnen werden nicht behandelt. Die Kosten des Alkoholismus werden in einigen Ländern der Region auf ca. 3% des BIP geschätzt. Bei 25% aller Menschen tritt im Laufe des Lebens eine psychische Störung auf. Von 1000 Erwachsenen leiden 58 an einer schweren Depression, in der gesamten Europäischen Region entspricht das 33,4 Millionen Menschen. Zwischen 10% und 20% aller Kinder leiden an einer oder mehreren Verhaltensstörungen. Mehr als 25% haben psychische oder verhaltensbezogene Probleme.

9. Der Anteil behinderungsfreier Jahre an einem Leben, oft ausgedrückt in DALYs (disability-adjusted life-years), wird vor allem durch depressive Störungen geschmälert. Dabei wird erwartet, dass sich die Belastung bis zum Jahr 2020 noch einmal verdoppelt. In vielen Ländern übersteigt die Suizidrate heute die Anzahl der Verkehrstoten. Eine mittlere bis hohe Suizidrate belastet ein Land mit bis zu 1,5% seines BIP.

Soziale Ausgrenzung

10. Überall in der Europäischen Region werden unterschiedliche Gruppen psychisch Leidender durch Tabuisierung, Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung in unterschiedlichem Ausmaß belastet. Jugendliche sind oft stark gefährdet. Das Gleiche gilt für ihre Familien, wenn sie von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Männer leiden ebenfalls sehr, insbesondere bei arbeitsbedingtem Stress und bei Beschäftigungsunsicherheit, die in traditionellen Gesellschaften ihren Status und ihre Identität als Ernährer der Familie bedroht.

11. Hinter der Marginalisierung psychisch verwundbarer Menschen verbergen sich psychologische und soziale Einstellungen, die fest in der Gesellschaft verwurzelt sind und durch Misstrauen und Vorurteile verstärkt werden. Gesetzgebung und Verwaltungsabläufe behindern Wiedereingliederung, Normalisierung und Humanisierung oft erheblich.

12. Eine von einer WHO-Taskforce zum Thema Entstigmatisierung durchgeführte Untersuchung zeigt, dass Schizophrenie in weiten Teilen der Europäischen Region stark stigmatisiert ist. Die generelle Wahrnehmung psychischer Krankheiten ist recht negativ, obwohl Depression, psychische Entwicklungsstörungen und Demenz heutzutage von der Allgemeinheit etwas besser verstanden werden. Trotzdem werden psychisch Kranke immer noch und zusehends als gewalttätig und aggressiv wahrgenommen. Depression, Sucht, senile Demenz und Epilepsie führen auch weiterhin in vielen Ländern zu Ausschluss oder Verweigerung von Menschenrechten, anständigen Lebensbedingungen, einem Platz in der Gesellschaft und einer angemessenen Ausbildung. Die Lage ist für Jugendliche und Kinder nicht besser, weder im Ausmaß der Stigmatisierung noch in der Qualität der Versorgung. Eine positive Veränderung besteht allerdings im wachsenden Engagement von Patienten- und Angehörigenorganisationen.

13. In einigen west- und nordeuropäischen Ländern haben angesehene Personen des öffentlichen Lebens öffentlich erklärt, dass sie insbesondere aufgrund von Depressionen zeitweise psychologischer oder psychiatrischer Hilfe bedurften, und haben so in den Augen vieler zur Entstigmatisierung des Themas beigetragen. Dennoch behindern Stigmata und Tabus in der Region immer noch häufig frühzeitige Intervention und Wiedereingliederung, die für die Prognose psychisch verwundbarer Menschen so entscheidend sind.

14. Es gibt noch erhebliche Behandlungslücken. In einigen Ländern der Region werden mehr als 60% aller Epileptiker und bis zu 45% aller Fälle von Schizophrenie nicht behandelt. 50% aller Depressionen bleiben in der primären Gesundheitsversorgung unerkannt, obwohl es bei 30% aller Hausarzttermine um psychische Probleme geht.

Das Programm Psychische Gesundheit der Europäischen WHO-Region

Taskforces

15. Das Programm Psychische Gesundheit wurde im Jahr 1998 wieder aufgenommen, wobei bestehende Vernetzungen durch WHO-Kooperationszentren und die von mehreren Zentren durchgeführte WHO-Studie zu parasuizidalem Verhalten dafür genutzt wurden, Mitstreiter für die Zusammenarbeit zu finden und zu verpflichten.

16. Zu vier Schwerpunktbereichen wurden mit Unterstützung der WHO-Kooperationszentren Taskforces gebildet:

- 1) **Frühsterblichkeit und überhöhte Morbidität** in Verbindung mit Stress und psychischen Störungen: Das Schwergewicht liegt hierbei auf Mitgliedstaaten, die dramatischen Veränderungen unterworfen sind.
- 2) **Entstigmatisierung:** Das Schwergewicht liegt auf Menschenrechten und Ausgrenzung einerseits und der Entwicklung von Strategien zur Wiedereingliederung psychisch verwundbarer Menschen in die Gesellschaft andererseits.
- 3) **Analyse:** Den Mitgliedstaaten werden Audits, nationale Bestandsaufnahmen und auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Analysen angeboten. Außerdem Hilfe bei den erforderlichen Verfahren zur Formulierung, Ratifizierung, Umsetzung und Überwachung einer nationalen Politik für psychische Gesundheit.
- 4) **Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen:** Die jüngste Taskforce wurde aufgrund wachsender Nachfrage geschaffen. Sie analysiert spezifische Probleme und formuliert Leitlinien für den Umgang mit verschiedenen Aspekten des Leidens von Kindern und Jugendlichen, von Psychopathie und krankhaften Verhaltensstörungen.

Netze

WHO-Verbund Psychische Gesundheit in der Europäischen Region

17. Zur Unterstützung der Arbeit des Programms wurde ein Netz aus ministeriell ernannten nationalen Ansprechpartnern geschaffen. Es umfasst jetzt alle Mitgliedstaaten der Region. Dieser Verbund hat sich als ein äußerst wertvolles Medium für die Vermittlung von Informationen, Vorschlägen und Rückmeldungen an das Programm erwiesen. Er empfängt auch selbst Informationen und vermittelt fachliche Unterstützung an landesspezifische Strukturen im Bereich psychische Gesundheit. Er war insbesondere ein wichtiger Informationsträger und Initiator des Weltgesundheitsberichts 2001¹ und hat auch Daten an das mit ihm verbundene WHO-Projekt für einen Atlas über Ressourcen im Bereich psychische Gesundheit geliefert und wichtige Handlungsfelder vorgeschlagen. Gleichzeitig bietet der Verbund Unterstützung und Kritik durch Fachkollegen, wobei er das einschlägige Fachwissen in einem der gesamten Europäischen Region offen stehenden Forum zusammenführt. Der Verbund tagt zweimal jährlich.

¹ *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization, 2001.

WHO-Verbund Suizidprävention und -forschung in der Europäischen Region

18. In den 80er und 90er Jahren waren Suizidforschungsstellen aus mehreren Mitgliedstaaten der Europäischen Region an der damaligen WHO-Studie zu Suizidversuchen beteiligt. Dieses Netz wurde in den Jahren 2001 und 2002 reorganisiert und ausgebaut und umfasst heute auch eine steigende Anzahl Mitglieder aus den Ländern Mittel- und Osteuropas, in denen ein dringender (und wachsender) Bedarf an Suizidprävention besteht. Der Verbund tagt einmal jährlich. Er hat in den zurückliegenden drei Jahren in zehn Ländern bei der Aufstellung von nationalen Strategien zur Suizidprävention mitgewirkt.

Partnerschaften

Innerhalb der WHO

19. Im Regionalbüro arbeitet das Programm Psychische Gesundheit aktiv mit den Programmen zu Alkoholismus und Drogenmissbrauch, Katastrophenschutz, nichtübertragbaren Krankheiten, Regionen für Gesundheit, Ernährung und evidenzbasierte Strategien zusammen.

20. Die Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro erfasst die Felder Suizidprävention und Depressionen und schließt im Rahmen des Globalen Aktionsprogramms Beiträge zur Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien und Strategien ein, hauptsächlich für Konzepte, Gesetzgebung und Überzeugungsarbeit. Bei der Abfassung, Vorstellung und Verbreitung des Weltgesundheitsberichts 2001 wurde intensiv zusammengearbeitet.

21. Allgemein hat es sich gezeigt, dass sich die globalen und normativen Aufgaben des Programms Psychische Gesundheit beim WHO-Hauptbüro und die auf die Länder ausgerichtete Arbeit des Regionalbüros gegenseitig dabei ergänzen, benötigen und voraussetzen, vorbildliche Praxismodelle für interaktive globale, regionale und nationale Strategien zu entwickeln und zu verbreiten.

Außerhalb der WHO

22. Die Zusammenarbeit mit anderen zwischenstaatlichen Organisationen und Organisationen der europäischen Integration war hauptsächlich auf die Entwicklung gemeinsamer Strategien und die Veranstaltung gemeinsamer Tagungen konzentriert. Dazu zählte auch ein Austausch von Wissen und Ressourcen mit der Europäischen Kommission, der sich an eine Erklärung von WHO und EU zur kontinuierlichen Förderung der psychischen Gesundheit und der Versorgungsangebote in diesem Bereich anschloss. Insbesondere die EU-Beitrittsländer sind hier als Schwerpunkt gegenseitiger Unterstützung eine Brücke zwischen dem Westen und dem Osten der Region und zwischen der EU und der Europäischen Region der WHO. Mit dem Europarat zusammen wird ein auf Stabilität, sozialen Zusammenhalt und psychische Gesundheit ausgerichtetes Programm durchgeführt, das den von den bewaffneten Konflikten der 90er Jahre betroffenen Länder Südosteuropas zugute kommt.

23. Nichtstaatliche Organisationen sind wichtige Partner für die WHO, zum Beispiel bei der Entwicklung wissenschaftlich haltbarer Indikatoren und nationaler Strategien der Suizidprävention (Mental Health Europe), der Umstrukturierung und Humanisierung der Psychiatrie im Osten der Region (Geneva Initiative on Psychiatry), der Einrichtung gemeindenaher psychologischer und psychiatrischer Dienste in den baltischen Staaten und den Balkanländern (Swedish East Europe Committee) und bei der Entwicklung von Finanzierungssystemen, die geeignet sind, dezentralisierte und menschliche psychologische und psychiatrische Angebote zu fördern (European Network for Mental Health Service Evaluation – ENMESH).

Konzepte entwickeln und Bewusstsein schaffen

Hintergrunddokumente und Arbeitspapiere

24. Mehrere Papiere zur Entwicklung nationaler Strategien der psychischen Gesundheitsförderung und für ein geschärftes Bewusstsein von der Last psychischer Störungen in der Europäischen Region sind

erstellt worden. Sie spiegeln nicht nur die Vielschichtigkeit der Problematik und die Notwendigkeit individueller, länderspezifischer Strategien wider, sondern auch die Gemeinsamkeiten zwischen den Ländern, ihre neue Problemlösungskompetenz und die Umsetzbarkeit von Lösungen.

25. Bei diesen Dokumenten handelt es sich um:

- eine Situationsanalyse für die Region und der Aktivitäten, die vom Programm als Antwort auf die Anforderungen² durchgeführt wurden,
- regionale und nationale Situationsanalysen bezogen auf Suizid³, die Hintergründe und den Entwicklungsstand nationaler Strategien der Suizidprävention in den Ländern⁴,
- eine Übersicht über das Thema psychische Gesundheit in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten, die auf einer Erhebung unter allen nationalen Ansprechpartnern⁵ beruht.

26. Die eingeholten Informationen und das erworbene Wissen waren für die Erarbeitung des Weltgesundheitsberichts 2001 und für das Atlas-Projekt wichtig.

27. Die abschließenden Empfehlungen des Weltgesundheitsberichts 2001 in Bezug auf zu überwindende Hindernisse und die Notwendigkeit, die Forschung zu unterstützen, Überzeugungsarbeit zu leisten und gemeindenahе psychologische und psychiatrische Dienste anzubieten, wurden vorgestellt und ihre Umsetzung auf Länderebene wurden durch ministerielle Tagungen in vielen Mitgliedstaaten erörtert und geprüft.

Leitlinien

28. Der WHO-Verbund Suizidprävention und -forschung in der Europäischen Region und verfolgt jetzt die Lage hinsichtlich Suizidprävention in der Region und plant, Leitlinien für die Entwicklung und Umsetzung umfassender, sektorübergreifender und interdisziplinärer Programme auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene herauszugeben. Dadurch schafft er die Voraussetzungen für eine verstärkte Umsetzung im Anschluss an die Ministerielle Konferenz im Jahr 2005.

29. Die WHO-Taskforce für nationale Audits hat ebenfalls Leitlinien dazu erstellt, wie die psychische Gesundheit in einem Land bewertet werden kann. Diese Leitlinien wurden nach Prüfung und Annahme erstmalig in den Ländern Südosteuropas angewendet, die am Stabilitätspakt teilnehmen.

30. Normative Leitlinien, vor allem zu Grundsatzangelegenheiten, Gesetzgebung, Menschenrechten, Überzeugungsarbeit und Finanzierungsmechanismen, werden auch vom WHO-Hauptbüro im Zusammenhang mit dem Globalen Aktionsprogramm für Psychische Gesundheit (mental health Global Action Programme, mhGAP) herausgegeben. Die verschiedenen Modelle wurden vorgestellt und erörtert und bei Schulungsprogrammen für Fachleute aus dem Osten und dem Westen der Region und insbesondere aus den Ländern des Stabilitätspakts und dem Netz der Ansprechpartner zugrunde gelegt.

² *Mental health in Europe: stop exclusion – dare to care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/e72161.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2003).

³ *WHO/EURO multicentre study on parasuicide: facts and figures*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/HPSA 01 06 03, <http://www.euro.who.int/document/e68262.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2003).

⁴ *Suicide prevention in Europe: the WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (document EUR/02/5034834, <http://www.euro.who.int/document/e77922.pdf>, eingesehen am 25. Juni 2003).

⁵ *Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (document EUR/01/5017227, <http://www.euro.who.int/document/e76230.pdf>, eingesehen am 26. Juni 2003).

Resolutionen und Erklärungen

31. Im Anschluss an die Europäische Konferenz zur Förderung von Psychischer Gesundheit und Sozialer Teilhabe, die im Oktober 1999 in Finnland stattfand, war ein zunehmendes Interesse an psychischer Gesundheit zu verzeichnen, das durch globale und regionale Aktivitäten in Verbindung mit dem Weltgesundheitstag und dem WHO-Jahr 2001 zum gleichen Thema weiter bestärkt wurde. Eine wachsende Anzahl von Regierungen der Region hat die psychische Gesundheit auf ihre politische Tagesordnung gesetzt und ihr Engagement in einer Reihe von Erklärungen und Resolutionen zum Ausdruck gebracht:

- **Erklärung von Athen** im Juni 2001 im Anschluss an eine WHO-Tagung über psychische Gesundheit und anthropogene Katastrophen, Stigmata und gemeindenahe Versorgung. Das griechische Gesundheitsministerium war der Gastgeber, die Teilnehmer kamen aus Süd- und Südosteuropa.
- **Resolution EUR/RC51/R5** des Regionalkomitees für Europa, angenommen bei seiner 51. Tagung (September 2001), die an die Mitgliedstaaten appellierte, die in der Erklärung von Athen dargelegte Politik umzusetzen, und den Regionaldirektor darum bat, das Thema psychische Gesundheit als Fachthema auf die Tagesordnung der 53. Tagung des Regionalkomitees zu setzen.
- **Schlussfolgerungen** der Konferenz der belgischen Regierung, der Europäischen Kommission, des Regionalbüros und des Hauptbüros der WHO zum Thema „Bewältigung von Stress und depressionsbedingten Problemen in Europa“ im Jahr 2001, die zu den **Schlussfolgerungen** des Europäischen Rates der Gesundheitsminister (2001) führte und außerdem zu **Resolution EB109.R8** des Exekutivrats und zu **Resolution WHA55.10** der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2002.

32. Ein Notenwechsel zwischen der Generaldirektorin der WHO und der Europäischen Kommission im Jahr 2001 hat ebenfalls zur intensiveren Zusammenarbeit im Bereich psychische Gesundheit beigetragen und gemeinsame Aktivitäten zur Entwicklung von Konzepten für die Förderung der psychischen Gesundheit, zur Verhütung von Stress, Depressionen, und Frühsterblichkeit in den Beitrittsländern der EU gestärkt. Das jüngste Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit, das vom Europäischen Parlament und vom Europäischen Rat im September 2002 angenommen wurde, sieht ebenfalls Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit vor und fordert zu einer intensiveren Zusammenarbeit mit der WHO auf.

33. Im Jahr 2001 unterzeichneten Gesundheitsminister aus Südosteuropa die **Verpflichtung von Dubrovnik** und brachten damit eine noch nie da gewesene politische Einigkeit zum Ausdruck, den Gesundheitsbedürfnissen schwacher Bevölkerungsgruppen, insbesondere im Gefolge bewaffneter Konflikte, gerecht zu werden. Eines der Gesundheitsthemen, denen höchste Dringlichkeit zuerkannt wurde, war psychische Gesundheit. Die Minister vereinbarten, den sozialen Zusammenhalt in Südosteuropa durch eine Stärkung gemeindenaher psychologischer und psychiatrischer Versorgung zu fördern.

34. Im Anschluss an eine im Jahr 2003 gemeinsam von der WHO und dem Europarat durchgeführte Tagung von Experten im Bereich psychische Gesundheit und Menschenrechte wurden **Schlussfolgerungen** erarbeitet, die grundlegende Prinzipien zum Schutze der Menschenrechte von psychisch gefährdeten Personen enthielten.

35. Diese Erklärungen und Schlussfolgerungen waren wichtige Schritte der Bewusstseinsbildung und legten das Fundament für die Entwicklung von Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit in den Mitgliedstaaten. Sie haben die Länder zum politischen Handeln motiviert, sowohl in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa als auch weltweit.

Wichtige Strategien und Arbeitsschwerpunkte

Länderarbeit

36. Ministerielle Tagungen zu den Empfehlungen der WHO und den Möglichkeiten ihrer Umsetzung im nationalen Rahmen sollten dazu dienen, das Bewusstsein für die mit Stress und psychischen Störungen verbundenen Belastungen zu schärfen, die sich aus den neuesten Fortschritten bei Gesundheitsförderung, Vorsorge und Behandlung ergebenden Möglichkeiten zu erkunden und die in mehreren Mitgliedstaaten vorhandenen Hindernisse zu erkennen. In den meisten Ländern sind sektorübergreifende und multidisziplinäre nationale Gremien eingerichtet worden, die bereits ihre Arbeit aufgenommen haben.

37. Auf Bitten von Mitgliedstaaten hat das Programm Psychische Gesundheit mit Sachkenntnis zu Einschätzungen beigetragen, Regierungen beraten und ihnen geholfen, die Umsetzung der nationalen Strategien zu überwachen. In den meisten Ländern sind Prozesse in Bewegung gebracht worden, die umfassende nationale Programme für psychische Gesundheit mit Schwerpunkt auf gemeindenaher psychiatrischer und psychologischer Versorgung schaffen sollen. Diese beziehen die primäre oder familienbezogene Gesundheitsversorgung mit ein und umfassen auch Handlungsstrategien zu Suizidprävention, Sucht, Gesetzgebung und Menschenrechten, Epilepsie und neurologischen Erkrankungen. Die meisten dieser Tätigkeiten werden durch zweijährige Kooperationsvereinbarungen (BCAs) finanziert.

38. In den meisten Ländern führte die – oft bei geringem Ressourceneinsatz oder sogar gesellschaftlichen Krisen – angebotene Hilfe zu anhaltenden Bemühungen, eine Politik und Strategie im Bereich psychische Gesundheit zu entwickeln und umzusetzen. Die kontinuierliche Überwachung und Auswertung dieser Prozesse bedeuten allerdings eine zusätzliche Aufgabe. Dabei ist die Nachhaltigkeit als entscheidender Faktor zu berücksichtigen.

Mehrländeraktivitäten

39. Die künftigen Mitgliedsländer der Europäischen Union sind für das Regionalbüro und die Europäische Union von besonderem Interesse. Das Programm Psychische Gesundheit der Region hilft diesen Ländern, an den Aktivitäten und Strukturen der EU im Bereich psychische Gesundheit teilzunehmen, und bezieht sie in vom Regionalbüro und bzw. oder Hauptbüro der WHO unterstützte internationale Aktivitäten ein. Dadurch haben diese Länder Erfahrungen mit den Folgen der Erweiterung und des damit einhergehenden gesellschaftlichen Wandels für die psychische Gesundheit gewonnen. Das Interesse war hierbei besonders auf geschlechtsspezifische Fragen und besondere Risikogruppen gerichtet (z. B. Landarbeiter).

40. In den Ländern des Stabilitätspakts hat die Entwicklung einer Politik zur Förderung der psychischen Gesundheit begonnen, die die laufenden Aktivitäten zum Aufbau einer gemeindenahen Versorgung und, in einigen Ländern, zur Versöhnung und Bewältigung von Nachkriegstraumata und zum Wiederaufbau der Gesellschaft weiterführt. Die hierfür geschaffene Plattform bezieht bereits begonnene Bemühungen mit ein und respektiert dabei die Unterschiede zwischen den Ländern, nutzt aber gemeinsame kulturelle Faktoren und erfüllt gemeinschaftliche Bedürfnisse.

41. Ein Hauptaspekt der Mehrländeraktivitäten des Programms war die Unterstützung und Förderung internationaler ministerieller Tagungen und Fachkonferenzen. Zu den erörterten Themen zählten: Stigmata (Athen, 2003, in Zusammenarbeit mit der griechischen Regierung), bürgernahe Psychiatrie (Athen, 2001, in Zusammenarbeit mit dem griechischen Gesundheitsministerium), Entwicklung einer Politik zur Förderung der psychischen Gesundheit (Tunis, 2002, in Zusammenarbeit mit dem WHO-Hauptbüro), Stress, Suizid und Frühsterblichkeit (Brüssel, 2001, in Zusammenarbeit mit der belgischen Regierung, und Luxemburg, 2002, in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission) und Menschenrechte und psychische Gesundheit (Kopenhagen, 2003, in Zusammenarbeit mit dem Europarat). Außerdem wurde psychische Gesundheit als Public-Health-Thema erörtert („Mental health impact assessment“, Brüssel, 2001, in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission, und „Mental health as public health“, Ljubljana, 2003, in Zusammenarbeit mit dem slowenischen Gesundheitsministerium). Ein wichtiger,

unterstützender Faktor bei diesen Tätigkeiten war die Arbeitskraft, die die Taskforces und Netze der Region zur Verfügung stellten.

Erfolge

42. Bis 2001 war in 35% aller Mitgliedstaaten die Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit entweder nicht vorhanden oder veraltet. 25% der Länder hatten noch keine Reformen eingeleitet und in nur 50% der Länder waren Teilreformen auf dem Weg.

43. Folgende Zahlen spiegeln die jüngsten politischen Entwicklungen und die im Vergleich zu 2001 erhöhte Aufmerksamkeit wider:

- Acht Mitgliedstaaten haben mit Unterstützung durch WHO-Experten eine Bestandsaufnahme zum Thema psychische Gesundheit in ihrem Lande gemacht, vier weitere planen dies in naher Zukunft zu tun.
- In zehn Ländern wurden nationale ministerielle Tagungen zum Thema psychische Gesundheit durchgeführt. In sieben der Länder wurden Gremien zur Politikentwicklung in diesem Bereich eingerichtet.
- Vier weitere Länder haben ihre Gesetzgebung im Bereich psychische Gesundheit aktualisiert, modernisiert und menschlicher gestaltet. Alle Länder sind jetzt dem Verbund der nationalen Ansprechpartner in der Europäischen Region beigetreten.
- Zehn Mitgliedstaaten haben nationale Strategien zur Suizidprävention aufgestellt und vierzehn weitere Länder, vor allem im Osten der Region, sind dem WHO-Verbund Suizidprävention in der Europäischen Region beigetreten.
- Im Zusammenhang mit der EU-Präsidentschaft waren fünf Mitgliedstaaten Gastgeber für ministerielle Tagungen zum Thema psychische Gesundheit und sechs Regierungen luden zu regionalen Tagungen mit nationalen Ansprechpartnern ein.
- In zehn Mitgliedstaaten wurden der Weltgesundheitsbericht 2001 oder Auszüge daraus (zu Epilepsie, Suizid, Politik für psychische Gesundheit oder Public Health) auf nationalen Tagungen vorgestellt.

Die Herausforderung: ohne psychische Gesundheit keine öffentliche Gesundheit

44. Statistiken aus der Datenbank „Gesundheit für alle“ zeigen wie ein Seismograf anhand von Morbidität und Mortalität die Stressbelastung in den Gesellschaften der Europäischen Region, soweit diese mit Stress, psychischen Störungen und gesundheitsschädlichen Lebensweisen in Verbindung stehen. Als wichtigste Determinanten psychischer Gesundheit erscheinen demnach ein selbstbestimmtes Leben, Identität und Würde, soziale Eingebundenheit und das Gefühl von Zusammenhalt und Sinn⁶. Häufig werden diese Determinanten durch gesellschaftlichen Wandel und ein widriges gesellschaftliches Umfeld negativ beeinflusst, sie können durch Gegenmaßnahmen und die Eindämmung von gesellschaftlich bedingtem Stress jedoch auch positiv verändert werden.

45. Die Belastung durch psychische Störungen bezieht sich nicht nur auf Störungen im engeren Sinne, sondern auch auf Stressfolgen wie stressbedingte Morbiditäts- und Mortalitätsmuster. Während psychische Störungen an sich gegenwärtig 15% der Gesundheitskosten eines Landes verursachen, beträgt der

⁶ Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health – the solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/CHVD 030901, <http://www.euro.who.int/document/e59555.pdf>, eingesehen am 26. Juni 2003).

Gesamtanteil der für Krankheit und Tod aufgrund von Stress und psychischen Leiden wie Burn-out, psychosomatischem Stress und Depressionen in Verbindung mit Gewalt und Sucht anfallenden Kosten 30–50%.

46. Auch Gesetze und Vorschriften in Bereichen wie Wohnungspolitik, Steuern, öffentliche Dienstleistungen, Beschäftigungspolitik, Straßenbau und Verkehrspolitik usw. können sich leicht auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Politik und politische Entscheidungen können finanziell und menschlich für die psychische Gesundheit ebenso folgenreich sein wie für die Umwelt.

47. Darum muss das Konzept der Public Health überdacht werden und es muss anerkannt werden, dass die psychische Gesundheit der wichtigste Teil der öffentlichen Gesundheit ist. Strategien zu Umwelt und Gesundheit müssen daher aus einer Public-Health-Perspektive heraus auch die möglichen Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Psyche in Rechnung stellen. Strategien für eine Investition in Gesundheit müssen auch Investitionen in die psychische Gesundheit als wertvollstes Kapital der menschlichen Gesellschaft einschließen. Programme, die sich hauptsächlich mit den gesundheitlichen Folgen politischer Entscheidungen und sozialen Wandels beschäftigen, müssen auch deutlich das Bewusstsein für die psychischen Folgen schärfen und zu der Forderung führen, die Konsequenzen derartiger Entscheidungen sorgfältig zu analysieren.

48. Beratungs- und Analysedienste für lokale, regionale und nationale Behörden, wie es sie bereits für die Umweltverträglichkeitsprüfung gibt, müssen in naher Zukunft auch für eine Verträglichkeitsprüfung im Bereich psychische Gesundheit errichtet werden. Keine Regierung, ob arm oder reich, kann es sich angesichts der vermeidbaren Frühsterblichkeit und Morbidität in der Europäischen Region erlauben, nicht in die psychische Gesundheit ihrer Bevölkerung zu investieren, sie zu fördern und zu beschützen.

Neue Themen

49. In den zurückliegenden Jahren haben einige Bereiche der psychischen Gesundheit aufgrund der sich wandelnden Ansprüche der Mitgliedstaaten und der sich ändernden Lage in der Region größeres Interesse gefunden.

Katastrophen und Gefahren

50. Wegen ihres Umfangs und der Besonderheiten ihrer Wirkungen auf die psychische Gesundheit verdienen anthropogene und natürliche Katastrophen eine genauere Analyse. Untersuchungen in den Gesellschaften Südosteuropas nach der Beendigung der bewaffneten Auseinandersetzungen haben lang anhaltende Konsequenzen für die psychische Gesundheit der Menschen in Form von posttraumatischen Reaktionen auf Gewalt und Erniedrigung nachgewiesen. Dazu zählen Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, die sich in Aggression, Risikoverhalten, Sucht und Suizid niederschlagen. Außerdem können die gesellschaftlichen Folgen von Bürgerkrieg und bewaffnetem Konflikt eine Wiederherstellung des gegenseitigen Vertrauens behindern.

51. Weitere Forschung ist nötig, um die wachsende Nachfrage der Mitgliedstaaten nach Unterstützung und Beratung bei der Bewältigung dieser Fragen decken zu können.

Armut

52. Armut und psychisches Leiden bilden einen Teufelskreis: Armut ist sowohl eine wesentliche Ursache für psychische Störungen als auch ihre mögliche Folge. Zunehmende Ungleichheiten in der Gesellschaft oder wirtschaftliche Änderungen im Leben des Einzelnen scheinen hierbei von besonderer Wichtigkeit zu sein. Ob sie durch Einkommen, sozioökonomischen Status, Lebensbedingungen oder Ausbildungsstand definiert wird: Armut ist eine wichtige Determinante für psychische Behinderung und ist mit geringerer Lebenserwartung und erhöhter Prävalenz von Alkohol- und Drogenmissbrauch, Depressionen,

dissozialem Verhalten und Gewalt verbunden. Arbeitslosigkeit ist als eine der Ursachen von Armut, Statusverlust und psychischem Stress in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Region ein wichtiges Thema. Eine der vordringlichsten Aufgaben des WHO-Programms psychische Gesundheit ist es, das Bewusstsein für den Einfluss von politischen Entscheidungen und politischen Kurswechseln auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu schärfen, dies gilt insbesondere für Arbeitslosigkeit und Armut und damit in Verbindung stehende Depressionen, Suizide und den Drogenmissbrauch.

Gewalt

53. Der Weltbericht Gewalt und Gesundheit⁷ bietet ein zusammenhängendes Bild destruktiver Verhaltens- und Lebensweisen, von Aggression und von Gewalt, einschließlich solcher gegen die eigene Person und Suizid. Er stellt Verbindungen her zwischen depressiven Zuständen, Alkoholmissbrauch und anderen Suchtformen einerseits und Gewalt in der Gesellschaft und in Familien andererseits. Eine jüngst durchgeführte Untersuchung in einem der Mitgliedstaaten im Osten der Region, der einem radikalen gesellschaftlichen Wandel unterliegt und in dem eine hohe Prävalenz an durch Stress und psychische Störungen bedingte Morbidität und Mortalität vorliegt, deutet darauf hin, dass einer der Wege zur Verminderung der Gewalt in einem Land über die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung führt, insbesondere wenn gegen Hilflosigkeit und destruktive Risikobereitschaft in Verhalten und Lebensweise vorgegangen wird.

Beweislage

54. Die Forderung von Mitgliedstaaten und auch innerhalb der Organisation nach einer soliden Untermauerung der Empfehlungen und Ratschläge der WHO wird immer lauter. Dies steht jedoch manchmal im Widerspruch zu anderen Rufen nach einem aktiven und raschen Eingreifen der WHO im Notfall oder zu der Verantwortung, im Falle einer Krise Warnungen ausgeben und unmittelbar Rat erteilen zu müssen. Außerdem ist das Konzept der so genannten „Evidence“ auf dem umfassenden und komplexen Gebiet der psychischen Gesundheit noch nicht völlig ausdiskutiert. Die ausschließliche Validität randomisierter, kontrollierter Versuche und empirischer Beweisführung wird hinterfragt und ein breiteres Konzept vorgeschlagen, das qualitative Faktoren und individuelle Erfahrung mit einschließt. Verbraucher- und Angehörigenverbände sind besonders daran interessiert, die Anerkennung ihrer Erfahrungen als relevante Fakten einzufordern.

55. Das Projekt Netzwerk Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen (Health Evidence Network) des Regionalbüros hat versucht, Kriterien dafür aufzustellen, was unter abgesicherten Fakten zu verstehen ist, und dabei die psychische Gesundheit aufmerksam mit einbezogen. Als eines der ersten gemeinsamen Projekte wird in einem Expertenpapier die Faktenlage zu gemeindenahen Modellen der psychischen Gesundheitsversorgung dargelegt und bewertet. Es empfiehlt ausdrücklich einen ausgewogenen Zugang, bei dem die erforderliche institutionelle und spezialisierte Betreuung auf einem Fundament aus gemeindenaher psychologischer und psychiatrischer Versorgung und Primärversorgung aufbaut und an die im Land gegebenen Ressourcen angepasst wird.

Ethik

56. Die Erfahrung lehrt, dass die Gesundheit betreffende politische Entscheidungen oft eher auf Wertvorstellungen denn auf Fakten beruhen. Selbst wissenschaftlich betrachtet wird das Konzept der „Evidence“, d. h. der theoretisch oder empirisch belegten Fakten, durch Wertvorstellungen ergänzt, da letztere die Beschlüsse von Privatpersonen und politisch Verantwortlichen entscheidend prägen und damit beeinflussen. Eine werteorientierte Medizin scheint daher in zunehmendem Maße die notwendige Ergänzung zur evidenzbasierten Medizin zu sein. Dies ist besonders dann wichtig, wenn auf philosophische und religiöse Werte Bezug nehmende ethische Erwägungen eine wachsende Bedeutung erhalten.

⁷ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.

57. Die zur Erörterung anstehenden Themen umfassen Lebensqualität und Menschenrechte psychisch verwundbarer Menschen, Euthanasie und Beihilfe zum Suizid. Hiermit verwandt ist die Frage der Kosten-Nutzenrechnung für psychologische und psychiatrische Angebote, die nur allzu oft ohne Rücksicht auf Mindeststandards für Menschenrechte und die Unantastbarkeit der Persönlichkeit aufgestellt wird.

58. Weitere Aspekte der ethischen Dimensionen von psychischer Gesundheit betreffen genetische Beratung sowie Gesetze und Vorschriften, die gesellschaftliche Sicherheit und Risikovermeidung über die Förderung der Lebensqualität von psychisch Kranken stellen.

Ministerielle WHO-Konferenz 2005: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen

59. Als Reaktion auf die oben beschriebenen Probleme und Herausforderungen trugen die im WHO-Jahr zur psychischen Gesundheit durchgeführten Events und das Erscheinen des Weltgesundheitsberichts 2001 dazu bei, dass die psychische Gesundheit auf der Werteskala der Gesellschaft aufrückte, der Enthusiasmus der Menschen entfacht, ihr Engagement gestärkt und die Errichtung strategischer Partnerschaften bewirkt wurde, was sich seitdem in vielen konkreten Aktivitäten niedergeschlagen hat. Fachkräften, Verbrauchern, Angehörigen und anderen Beteiligten wurde der Rücken gestärkt, das Bewusstsein ist in allen Teilen der Gesellschaft geschärft und es wurden Leitlinien zum Handeln aufgestellt.

60. Vor diesem Hintergrund ist geplant, im Jahr 2005 eine Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit durchzuführen, die sich mit den in diesem Papier hervorgehobenen Themen befasst. Die Konferenz wird einen Meilenstein für die Entwicklung einer Politik für psychische Gesundheit in der Europäischen Region darstellen.

61. Die Regierungen der Region oder zwischenstaatliche Partner werden eine Reihe von vorbereitenden Tagungen veranstalten. Diese werden psychische Gesundheit schwerpunktmäßig unter den Aspekten stressbelastete Gesellschaften und Gesellschaften im Umbruch, Kinder und Jugendliche, Suizid und Stigmata und ihre Konsequenzen beleuchten. Fallstudien sind in Vorbereitung, Material wird gesammelt und bewertet und Hintergrundpapiere werden vorbereitet. Die Ergebnisse all dieser Tätigkeiten werden in die Konferenz einfließen.

62. Zur Vorbereitung der Konferenz wurde ein Lenkungsausschuss gebildet, der sich aus Vertretern der Gastgeber der Hauptkonferenz und der Vorbereitungstreffen und der Tagungspartner wie der Europäischen Kommission und des Europarats zusammensetzt. Gleichzeitig wird im Gastgeberland ein Organisationskomitee eingerichtet.

63. Die Konferenz zielt darauf ab:

- die Politik in der Europäischen Region zur Förderung psychischer Gesundheit, zu psychischen Störungen und psychologischer und psychiatrischer Betreuung zu untersuchen,
- zu untersuchen, unter welchen Rahmenbedingungen und in welchen Altersgruppen man psychische Gesundheit und die integrative Einbeziehung von psychisch Kranken fördern und gegen psychische Störungen angehen könnte, beispielsweise in Schulen, an Arbeitsplätzen und im Gesundheitswesen,
- die Hindernisse für Bürgernähe bei der Förderung von psychischer Gesundheit und der Prävention und Behandlung von psychischen Störungen zu benennen,
- auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse Lösungen vorzuschlagen, die in allgemeine und nachhaltige Konzepte umgesetzt werden können, und mit den Mitgliedstaaten der Region eine Dringlichkeitsliste an die Hand zu geben und
- Prioritäten aufzuzeigen und Zukunftsstrategien für die weitere Umsetzung oder Neuausrichtung der Politik in der Europäischen Region zu entwickeln.

64. Die ministerielle Konferenz wird Kernfragen der psychischen Gesundheitsversorgung, der Prävention von psychischen Störungen und der Förderung von psychischer Gesundheit ansprechen. Das Programm wird sich mit dem Lebensphasen- und dem Setting-Ansatz beschäftigen. Erfahrungen einzelner Länder bei der Entwicklung von Konzepten zur psychischen Gesundheit werden ebenso vorgestellt wie beispielhaft verbesserte Dienste und weiter verallgemeinerbare Erfahrungen. Die mit psychischen Störungen und der Inanspruchnahme von Diensten der psychischen Gesundheitsversorgung verbundenen Probleme der Stigmatisierung und der Verletzung von Menschenrechten werden auf der Konferenz durchgängig berücksichtigt.

65. Die Konferenzteilnehmer werden nach Vorrangigkeit geordnete Grundsatzempfehlungen und konkrete Zeitvorgaben aufstellen und zu Initiativen aufrufen, die vom Regionalbüro in den folgenden Jahren unterstützt werden sollen.

66. Die Ministerielle Konferenz wird dazu beitragen, den in den vergangenen Jahren entstandenen einzigartigen Schwung aufrecht zu erhalten und weiter zu verbreiten. Außerdem wird erwartet, dass der doppelte Zweck der Konferenz, nämlich die Anerkennung für die bereits in den politischen, wissenschaftlichen, fachlichen und soziokulturellen Foren geleistete Arbeit und die Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten, wirklich geeignet sind, die gemeinsam von den Mitgliedstaaten der Europäischen Region aufgestellten Ziele und Strategien zu verfolgen.