



**EUROPA**

**Faktenblatt  
Kopenhagen, London, 10. Oktober 2008**

## **Neuer WHO-Bericht Psychiatriepolitik und -praxis in der Europäischen Region – Den Herausforderungen begegnen**

In einem vom WHO-Regionalbüro für Europa veröffentlichten und von der EU-Kommission mitfinanzierten Bericht werden bisher nicht verfügbare Daten über die Psychiatriepolitik und -praxis in den Ländern der Europäischen Region der WHO präsentiert. Der Bericht zeigt auch wesentliche Informationslücken auf. Die nachstehenden Auszüge vermitteln einen Eindruck von der Art der in dem Bericht vorgelegten Daten aus insgesamt 42 Mitgliedstaaten der Region.

- In den vergangenen Jahren sind eine Vielzahl von politischen und gesetzgeberischen Maßnahmen ergriffen worden. Seit 2005 haben 57% der untersuchten Länder neue Handlungskonzepte in der Psychiatriepolitik eingeführt oder die bestehenden modernisiert und 47% haben neue Gesetze eingeführt bzw. bestehende novelliert. Lediglich vier Länder verfügen noch über keine Strategie auf diesem Gebiet. In fünf der Länder sind die geltenden Rechtsvorschriften schon über zehn Jahre alt.
- Die Zahl der Psychiater pro 100 000 Einwohner unterscheidet sich von Land zu Land erheblich: Sie liegt bei 30 pro 100 000 Einwohner in der Schweiz und bei 26 in Finnland, dagegen nur bei 3 in Albanien und 1 in der Türkei. Der Median der Psychiaterdichte pro 100 000 Einwohner in den 41 Ländern, die an der Untersuchung teilnahmen, lag bei 9.
- Nur wenige Länder haben zahlenmäßige Angaben dazu gemacht, wie viel sie für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen ausgeben, doch sind die wenigen verfügbaren Zahlen durchgängig niedrig und liegen bei höchstens 1% des Etats für psychische Gesundheit.
- Daten über den Anteil der Behinderten, die infolge ihrer psychischen Probleme Sozialleistungen oder eine Behindertenrente beziehen, liegen aus insgesamt 17 der 42 Länder vor. Dieser Anteil liegt in den Ländern, aus denen Daten verfügbar sind, zwischen 44% (Dänemark) und 8% (Russische Föderation).
- Die größten Unterschiede hinsichtlich der Versorgung finden sich im Bereich der sozialen Einrichtungen: Soziale Einrichtungen für Kinder und Jugendliche existieren in 31 der 42 untersuchten Länder (74%) und sind in sämtlichen Gruppen von Ländern in einer ähnlichen Größenordnung angesiedelt. Dies ist der Bereich mit den größten Schwankungen in Bezug auf die Versorgung. In den Ländern Westeuropas werden Kinder häufig in Kinderheimen oder kleinen Wohneinrichtungen untergebracht. In vielen Ländern in Südosteuropa und der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten dagegen werden Kinder mit jeglicher Form von Behinderung in teilweise großen und häufig unterfinanzierten sozialpädagogischen Einrichtungen untergebracht.
- In Bezug auf die Verschreibung von Antidepressiva liegen nur spärliche Informationen und sehr uneinheitliche Ergebnisse vor. In der Untersuchung wurde nach dem Anteil der Bevölkerung

gefragt, der im letzten Jahr, für das Zahlen vorliegen, Antidepressiva verschrieben bekommen hatte. 26 der 42 Länder gaben an, über keine derartigen Informationen zu verfügen. Generell wurden Daten über die Verschreibung von Antidepressiva nicht konsequent erhoben.

- Bei den Ländern, die die gesuchten Informationen liefern konnten, betrug der Anteil der Bevölkerung, der Antidepressiva verschrieben bekommen hatte, 12% in Moldau und 10% in Spanien (Katalonien), jedoch nur 3% in Litauen und 1% in Bosnien und Herzegowina (Republika Srpska).
- Beim Anteil der Bevölkerung, der mit psychiatrischen Einrichtungen in Kontakt kam, waren erhebliche Unterschiede festzustellen (zwischen 1% und 28%).
- Bei der Einweisungsrates in stationäre Einrichtungen wurden Unterschiede um den Faktor 13 ermittelt. Am oberen Ende lagen Länder wie Rumänien, Ungarn und Estland, aber auch z. B. Deutschland und Schweden. In manchen Fällen waren die hohen Einweisungsrates auf widersinnige finanzielle Anreize innerhalb des Gesundheitssystems zurückzuführen, etwa Zahlung pro Einweisung oder Zahlung nur für eine begrenzte Verweildauer, was die Praxis von Entlassung und erneuter Einweisung begünstigt. In anderen Ländern kann ein Überangebot an Betten eine Rolle spielen.
- Interessanterweise sind in den ambulanten Einrichtungen deutlich mehr Frauen zu finden, während in stationären Einrichtungen das Geschlechterverhältnis annähernd ausgeglichen ist.
- Chancen für die Befähigung und Repräsentanz von Betroffenen und Betreuern: Der Bericht zeigt eine starke Assoziation zwischen Trends bei den Ausgaben für psychische Gesundheit, der Entwicklung von wohnortnahen Angeboten im Bereich psychische Gesundheit und der Einbeziehung von Patienten und Betreuern. Am deutlichsten zeigen sich diese Phänomene in den 15 Ländern, die vor 2004 Mitgliedstaaten der Europäischen Union waren (EU-15).<sup>1</sup> In vielen Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO sind immer noch überwiegend stationäre Einrichtungen zu finden, während Patientenbewegungen und Betreuerinitiativen sind noch im Anfangsstadium befinden.
- Die Erwartungen an Allgemeinärzte sind sehr unterschiedlich und nicht immer mit deren konkreter Ausbildung vereinbar. So spielen beispielsweise in Norwegen psychologische und psychiatrische Themen keine allzu wichtige Rolle bei der Ausbildung von Allgemeinärzten; dennoch wird von diesen erwartet, dass sie Leistungen für Menschen mit weit verbreiteten psychischen Gesundheitsproblemen erbringen.
- Teilweise ineffiziente Verwendung von Forschungsmitteln: Innerhalb der Europäischen Region herrscht eine tiefe Kluft zwischen Ländern mit gut entwickelten Informationssystemen, die auch in Forschung und Ergebniskommunikation investieren (überwiegend in der Gruppe der EU-15), und Ländern, in denen dies nicht der Fall ist. Wenn diese Daten in einer Kreuztabelle zusammen mit der Existenz von wohnortnahen Angeboten und der Vielfältigkeit der Fachkräfte dargestellt würden, so würde sich eine klare Assoziation ergeben. Da nur wenige Länder konsequent in entsprechende Forschungsvorhaben investieren, verfügen die meisten Länder wahrscheinlich über keinen Zugang zu originären Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet. Das bedeutet, dass viele Länder dieselben Forschungsarbeiten analysieren, aus denen sie letztendlich ähnliche Leitlinien für die Behandlung erstellen. Deshalb könnten durch engere Zusammenarbeit erhebliche Zugewinne an Qualität und Effizienz erzielt werden.

---

<sup>1</sup> Zur Gruppe der EU-15 gehören: Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden, Spanien und Vereinigtes Königreich.

### **Belastung der Europäischen Region durch psychische Gesundheitsprobleme – Einige Schlüsselfakten**

In den letzten Jahren haben die meisten Länder der Region die psychische Gesundheit als einen Bereich mit vorrangigem Handlungsbedarf erkannt. Neuropsychiatrische Störungen sind in der Europäischen Region für 19,5% der gesamten Verluste an behinderungsfreien Lebensjahren (DALY-Verluste) verantwortlich – und damit die zweitwichtigste Ursache für solche Verluste.

Nach den neuesten verfügbaren Daten (2002) sind neuropsychiatrische Störungen die bedeutendste Ursache für mit Behinderung gelebte Lebensjahre (YLD) in der Europäischen Region; ihr Anteil an deren Gesamtzahl aufgrund aller Ursachen beträgt 39,7%. Unipolare depressive Störungen allein sind schon für 13,7% der YLD verantwortlich; somit sind sie bei weitem die führende Ursache für chronische Erkrankungen in der Europäischen Region.<sup>2</sup> Die Alzheimer-Krankheit und andere Formen von Demenz sind die siebtwichtigste Ursache für chronische Erkrankungen in der Region; auf sie entfallen 3,8% aller YLD. Schizophrenie und bipolare Störungen sind jeweils für 2,3% aller YLD verantwortlich.

Die Suizidraten in der Europäischen Region sind hoch. So beträgt die durchschnittliche Prävalenzrate in der Region 15,1 pro 100 000 Einwohner; die höchsten Raten haben die GUS-Staaten (22,7 pro 100 000 Einwohner), gefolgt von den Ländern, die der EU seit 2004 beigetreten sind<sup>3</sup> (15,5 pro 100 000 Einwohner).

### **Hintergrund der Studie:**

Die Verantwortung für die Bereitstellung der Daten für diesen Bericht lag bei den Gesundheitsministerien der beteiligten Länder. Insgesamt nahmen an dem Projekt 42 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO teil. Es waren im Einzelnen:

- alle 27 EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern;
- sieben Länder aus Südosteuropa: Albanien, Bosnien und Herzegowina (Föderation von Bosnien und Herzegowina und Republika Srpska), Kroatien, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro, Serbien und Türkei;
- fünf GUS-Staaten: Aserbaidschan, Georgien, Moldau, Russische Föderation und Usbekistan; sowie
- Israel, Norwegen und Schweiz.

---

<sup>2</sup> *Global burden of disease estimates (2)*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, eingesehen am 8. Mai 2008).

<sup>3</sup> Der EU sind seit 2004 folgende Länder beigetreten: Bulgarien, Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern.

### Weitere Auskunft erteilen:

#### FACHINFORMATIONEN:

Dr. Matt Muijen  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: +45 39 17 13 91  
Mobiltel.: +45 51 20 19 36  
Fax: +45 39 17 18 80  
E-Mail: mfm@euro.who.int

#### PRESSEINFORMATIONEN:

Liuba Negru  
Presse- und Medienbeziehungen  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Mobiltel.: +37 258 509 081  
Mobiltel.: +45 20 45 92 74.  
E-Mail: lne@euro.who.int

Tina Kiær  
Informationsreferentin für psychische Gesundheit  
WHO-Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8, DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark  
Tel.: +45 39 17 12 50  
Mobiltel.: +45 24 65 80 63  
Fax: +45 39 17 18 80  
E-Mail: tki@euro.who.int