

Stellungnahme zum Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ der Kommission der Europäischen Gemeinschaft

abgegeben von der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) begrüßt die Initiative der Europäischen Gemeinschaft, die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Europa in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Überlegungen und Maßnahmen zu stellen. Sie stimmt mit dem Grünbuch der Kommission der Europäischen Gemeinschaft überein, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen zur größten Herausforderung für die Gesundheitsfürsorge der europäischen Bevölkerung geworden sind. Hierfür sprechen zum einen die hohen Prävalenzen psychischer Erkrankungen, die in nationalen und internationalen Untersuchungen übereinstimmend gefunden wurden, zum anderen, dass psychische Erkrankungen in allen europäischen Ländern zur führenden Ursache von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung geworden sind. Neben den gesellschaftspolitischen und ökonomischen Konsequenzen führen psychische Erkrankungen zu großem Leid für die Betroffenen und ihr psychosoziales Umfeld und stellen sowohl einen direkten Mortalitätsfaktor durch die hohen Suizidraten, als auch einen sekundären Morbiditäts- und Mortalitätsfaktor als Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen dar. Das Grünbuch zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung bildet deshalb eine wichtige Grundlage für eine zukünftige europäische Gesundheitspolitik, in der die Förderung der psychischen Gesundheit eine stärkere Rolle als bisher einnimmt. Es betont die Notwendigkeit einer Intensivierung und Verbesserung der Bemühungen zur Vermeidung der Entstehung, zur frühen Erkennung und wirksamen Behandlung psychischer Störungen sowie zur psychosozialen und beruflichen Rehabilitation bei chronischen Krankheitsverläufen.

Zu den von der Kommission gestellten Fragen im Einzelnen:

1. Wie wichtig ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU, wie sie in Abschnitt 1 dargestellt sind?

Aus den anfangs dargestellten Überlegungen ergibt sich, dass die psychische Gesundheit der Bevölkerung größte Bedeutung für die Realisierung der strategischen Ziele der EU darstellt. Psychische Gesundheit hat direkte Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen und des psychosozialen Umfeldes, auf Wohlstand und Solidarität sowie auf die soziale Gerechtigkeit in der Gemeinschaft.

2. Würde die Entwicklung einer umfassenden EU-Strategie für psychische Gesundheit einen Mehrwert zu den bestehenden und erwogenen Maßnahmen erbringen und gibt Abschnitt 5 hierfür angemessene Prioritäten vor?

In Kapitel 5 der ersten Fassung des Grünbuchs der Kommission der Europäischen Gemeinschaft vom 14.10.2005 werden vier mögliche Schwerpunkte einer EU-Strategie für psychische Gesundheit formuliert, im Einzelnen sind dies:

1. generelle Förderung der psychischen Gesundheit
2. Prävention psychischer Erkrankungen
3. Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen durch soziale Integration sowie den Schutz ihrer Rechte und ihrer Menschenwürde
4. Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU

Diese Schwerpunkte sollten abgestimmt werden mit den 12 im Europäischen Aktionsplan der Gesundheitsminister aufgeführten Aktionsfeldern, weil es zu allererst notwendig erscheint, die verschiedenen existierenden Initiativen (wie die Europäische Erklärung für psychische Gesundheit der WHO, das Grünbuch der EU, die Thesenpapiere der Netzwerke IMHPA und EMIP, ferner der Taskforce on Health Promoting Psychiatric Services und die Stellungnahme der nationalen und internationalen Fachgesellschaften) in ein einheitliches Rahmenprogramm mit definierten Schwerpunkten und Handlungsfeldern einzubinden. Nur so wird es möglich sein, einen europäischen Aktionsplan zu entwickeln, der Nachhaltigkeit in der Umsetzung verspricht.

3. Sind die in Abschnitt 6 und 7 vorgeschlagenen Initiativen geeignet, die Koordination zwischen Mitgliedsstaaten zu unterstützen, die Integration der psychischen Gesundheit in die Gesundheitspolitik und andere relevante Politikbereiche zu erleichtern, einschlägige Aktionen der Stakeholder zu fördern und eine bessere Verknüpfung zwischen Forschung und Politik im Bereich der psychischen Gesundheit zu bewirken?

Zu 6.1 Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen

Die DGPPN unterstreicht ausdrücklich, dass der Prävention psychischer Erkrankungen ein hoher Stellenwert zukommt. Deswegen sind Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit bzw. zur Primärprävention psychischer Erkrankungen im psychosozialen Umfeld von großer Wichtigkeit. Bei den Programmen zur Primärprävention sollte jedoch die Erfahrung und Kompetenz der psychiatrischen und psychologischen Heilberufe mit einbezogen werden. Dies gilt insbesondere für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und/oder mit vorläufigen Symptomen, die als Warnsignale bezüglich des späteren Auftretens von stark beeinträchtigenden psychischen Störungen verstanden werden können. Wie im EU-Grünbuch dargestellt, kommt beispielsweise der Behandlung postnataler Depressionen bei Müttern eine große Bedeutung für die psychische Gesundheit der Kinder zu. Dies muss erweitert werden um den Gesichtspunkt, dass generell der Behandlung von Depressionen bei Müttern nicht nur in der postnatalen Periode das psychische Wohlbefinden der Kinder fördert. Diese Art der Primärprävention ist ohne Einbeziehung der Heilberufe nicht möglich. Auch für psychosoziale Interventionen am Arbeitsplatz, beispielsweise in Mobbing-situationen oder bei der Früherkennung psychischer Störungen im beruflichen Umfeld, ist die Mitwirkung von Psychiatern, Psychosomatikern und Psychologen unabdingbar. In diesem Zusammenhang kommt der „indizierten Prävention“, d. h. der Prävention, die sich nicht nur auf die

Allgemeinbevölkerung, sondern auf Inanspruchnahmepopulationen oder Risikogruppen bezieht, eine große Bedeutung zu. Die Strategie der indizierten Prävention ist vor allem dort erfolgversprechend, wo Erkrankungen einen längeren subklinischen, symptomatischen Vorlauf aufweisen, wobei die Vorläufersymptome meist noch nicht krankheitswertig sind (sog. Prodromalsymptome). Beispielsweise zeigen Demenzen vom Alzheimer Typ meistens einen jahrelangen Vorlauf an Gedächtnisproblemen, Psychosen einen jahrelangen Vorlauf von Leistungseinbußen und psychotischen Einzelsymptomen. Menschen, die später eine Depression entwickeln, haben häufig einen jahrelangen Vorlauf mit weniger ausgeprägten Symptomen (unterschwellige Störungen). Nachdem indizierte Prävention Menschen fokussiert, die ein besonders hohes Risiko aufweisen, zeitnah eine Erkrankung zu entwickeln, müssen diese Präventionsprogramme und die daraus abgeleiteten Interventionen im Gesundheitssystem angesiedelt sein bzw. in enger Kooperation mit dem Gesundheitssystem und den darin tätigen Heilberufen erfolgen.

Das Aktionsfeld der indizierten Prävention sollte neben den aufgezählten depressiven Störungen, Suizidprävention und Suchterkrankungen um die Aktionsfelder Alterserkrankungen, schizophrene Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörungen erweitert werden. Für alle genannten Aktionsfelder stehen evidenzbasierte Strategien zur universellen und zur indizierten Prävention zur Verfügung.

Auch wenn der Primärprävention zur Vermeidung psychischer Erkrankungen ein großer Stellenwert zukommt, ist ausgeschlossen, dass primärpräventive Maßnahmen im psychosozialen Umfeld alleine das Auftreten psychischer Erkrankungen verhindern. Obwohl die Organisation und Ressourcenverteilung innerhalb des Gesundheitssystems in die Zuständigkeit der einzelnen europäischen Länder und nicht in die Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft fallen, sollte von Seiten der Europäischen Gemeinschaft ein deutliches Signal an die europäischen Länder ausgehen, die notwendigen Ressourcen für die Förderung psychischer Gesundheit und die Behandlung psychischer Erkrankungen zur Verfügung zu stellen. Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischer Erkrankung kann deshalb nicht vollständig aus dem EU-Grünbuch ausgeklammert werden. Das EU-Grünbuch geht zutreffend von einem dreidimensionalen Krankheitsmodell, bestehend aus einer sozialen, einer biologischen und einer psychologischen Dimension aus. Die vorgeschlagenen Präventions- und Interventionsmaßnahmen basieren jedoch in erster Linie auf einem ätiologischen Modell, innerhalb dessen vor allem psychologische und soziale Faktoren für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen bedeutsam sind. Die Interaktion zwischen biologischen, sozialen und psychischen Faktoren muss deshalb stärkere Berücksichtigung finden. Deswegen sollte die Gesundheitspolitik der einzelnen europäischen Länder Maßnahmen auf allen drei Ebenen umfassen, d. h. eine angemessene medizinische und psychologische Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglichen. Hierzu gehört angesichts der bereits dargestellten gesundheitspolitischen Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, dass ausreichende materielle und personelle Ressourcen für alle Arten therapeutischer Intervention, z. B. Zugang zu ausreichender und angemessener Pharmakotherapie, Zugang zu ausreichender Psychotherapie und anderen medizinischen und psychologischen Interventionen, zur Verfügung stehen, die für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach heutigem Wissensstand notwendig sind. Hierzu gehören auch Maßnahmen der sekundären

und tertiären Prävention innerhalb des Gesundheitssystems, um den Rückfall in eine erneute Krankheitsphase zu verhindern bzw. psychosoziale Konsequenzen psychischer Erkrankungen abzumildern.

Es erscheint weiterhin notwendig, den unter 6.1.1 aufgeführten Katalog um die Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen mit chronischen seelischen Erkrankungen zu erweitern. Gerade in der Versorgung chronisch Kranker führt eine zunehmende Verknappung der Ressourcen zu einer Zunahme der Morbidität, Mortalität und Obdachlosigkeit, ferner in einigen europäischen Ländern zu einer Zunahme der Aufnahme chronisch psychisch Kranker in Kliniken für Forensische Psychiatrie. Maßnahmen zur Förderung von Selbsthilfestrategien und Empowerment sowie zur Förderung der „Resilience“ (z. B. in Gestalt von Selbsthilfegruppen, Psychoedukation, shared decision making, social skills training, assertive communication treatment) zeigen eine sichere Evidenz im Hinblick auf die Rückfallprophylaxe, die Verbesserung der sozialen Reintegration und der Lebensqualität. Hierzu hat die Taskforce Health Promoting Psychiatric Services eine ganze Reihe von Modellen von guter Praxis für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Psychiatrie erarbeitet. Untrennbar damit verbunden sind auch alle Maßnahmen, die Ausgrenzungen und Stigmatisierungen entgegenwirken, wie u. a. die Antistigmakampagnen.

Zu Kapitel 6.2

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

Die Empfehlungen zur Deinstitutionalisierung sollten den unterschiedlichen Entwicklungsstand der einzelnen europäischen Länder berücksichtigen. Die Empfehlungen zur Deinstitutionalisierung sind sicher für diejenigen EU-Mitgliedsstaaten von Bedeutung, deren psychiatrische Versorgung derzeit noch schwerpunktmäßig auf der Vorhaltung großer psychiatrischer Krankenhäuser beruht. In den europäischen Ländern mit weiterentwickelten Gesundheitssystemen ist der Prozess der Deinstitutionalisierung mit Schaffung einer gemeindenahen, patientenorientierten Versorgung weitgehend abgeschlossen. Hier stellt sich umgekehrt die Frage, inwieweit bei ständiger Verweildauerkürzung und Reduktion psychiatrischer Betten psychisch Erkrankte in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie noch ausreichend Zeit für eine Reduktion ihrer Krankheitssymptome haben. Zwischenzeitlich konnte gut belegt werden, dass die ständige Verweildauerreduktion bei gleichzeitigem drastischem Abbau von psychiatrischen Betten zu einem „Drehtüreffekt“ geführt hat, d. h. dass die Wiederaufnahmerate über den Betrachtungszeitraum eines Jahres ansteigt. Psychisch Kranke haben das gleiche Recht auf stationäre Behandlung wie körperlich Kranke. Moderne Krankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie sind Bestandteil eines gemeindenahen Versorgungssystems zusammen mit anderen Versorgungselementen im teilstationären und ambulanten Bereich.

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

handlung als schlecht bezeichnet werden muss, sollten Maßnahmen ergriffen werden, um den Standard psychiatrischer stationärer Behandlung zu verbessern.

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

Zu 6.3 Verbesserung des Informations- und Wissensstands über psychische Gesundheit in der EU

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

Zwei Beispiele zum Beleg mangelnden Forschungswissens:

- a. Wiederholt wird von den „Determinanten psychischer Gesundheit“ gesprochen. Diese sind bislang aber nur unzulänglich erforscht. Das Hauptinteresse der Forschung galt den „Determinanten von Krankheit“, die eine teilweise komplementäre Entsprechung zu den Determinanten gesunden Verhaltens zeigen.
- b. Stressbezogene Risikofaktoren sind zwar für die meisten häufigen Erkrankungen gut belegt. Es ist auch gut belegt, dass solche stressbezogenen Belastungen z. B. in Ausbildungs- und Beschäftigungsverhältnissen auftreten. Es ist aber weitgehend unklar, welche spezifischen Bedingungen der Arbeitsorganisation solche krankheitsfördernden Stressfaktoren produzieren. Dieses Wissen ist aber für eine gezielte Primärprävention am Arbeitsplatz, wie im EU-Grünbuch gefordert, unerlässlich.

Auf diesem Hintergrund ist die Bearbeitung folgender Forschungsthemen für die im Grünbuch vorgeschlagenen Strategien der „Lösungsfindung – Handlungsoption“ (Kapitel 6) nötig bzw. von Vorteil:

1. Resilienz-Forschung in einem psycho-bio-sozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell

Resilienz bedeutet die Aufrechterhaltung von Gesundheit trotz vorhandener Risikofaktoren oder vorhandener Frühzeichen der Erkrankung (Widerstandskraft). Die Kenntnis von Determinanten der Resilienz kann das Empowerment in der

Bevölkerung in Bezug auf die Verhütung psychischer Erkrankungen und das Selbstmanagement Erkrankter erheblich verbessern.

Die Resilienzforschung wäre dabei besonders in Bevölkerungsgruppen anzusiedeln, die durch eine Anreicherung von Risikofaktoren für psychische Erkrankungen gekennzeichnet sind: ältere Menschen, Migranten, Personen mit biologischen Risikofaktoren (z. B. genetische Belastungen) und unter spezifischen psychosozialen Belastungen. Dabei modulieren auch biologische Risiko- und Schutzfaktoren das Krankheitsrisiko, so dass ein psycho-bio-soziales Krankheits- und Gesundheitsmodell erforderlich ist.

2. Indizierte Prävention

Das Grünbuch bevorzugt die bevölkerungsweite Primärprävention (ohne Partizipation von Ärzten und Psychologen). Diese hat sich aber in vielen Präventionsprogrammen, z. B. bei suchtbezogenen Programmen in den USA, als unzureichend erwiesen.

Ein international erkennbarer, viel versprechender Interventionsstrang bleibt im Grünbuch leider völlig unbeachtet: die „indizierte Prävention“. Wie bereits dargestellt, zielt diese Strategie nicht auf die Allgemeinbevölkerung, sondern auf eine Inanspruchnahmepopulation und bezieht Ärzte und Psychologen ein.

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

3. Primärprävention von später auftretenden psychischen Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen

Körperliche Erkrankungen sind mit einem erhöhten Risiko von späteren psychischen Erkrankungen verbunden. Unerforscht ist die Individualprognose, d. h. die Frage, welche körperlich Kranken ein besonders hohes Risiko tragen und wie im Einzelfall der Risikofall verhütet werden kann. Die Relevanz dieser Fragestellung ergibt sich aus der bekannten Tatsache, dass die Komorbidität zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen häufig zur Chronifizierung beider Erkrankungen führt. Weiterhin stellt Komorbidität von psychischen Erkrankungen, beispielsweise einer Depression zusätzlich zur körperlichen Erkrankung nach Myokard- und Hirninfarkt, einen unabhängigen Risikofaktor für frühzeitige Mortalität dar.

4. Aufbau von Strategien zum Selbstmanagement, zum Empowerment und zur partizipativen Versorgung

Primärprävention kann auch durch gezieltes Verhalten von Risikopersonen betrieben werden und damit in hohem Maße die Kosten im Gesundheitswesen reduzieren (z. B. körperliche und geistige Aktivität zur Vorbeugung von Alzheimer-Erkrankungen). Betroffene können ohne direkte Einschaltung des medizinischen Versorgungssystems eine Risikoreduktion herbeiführen und den Erkrankungsverlauf günstig beeinflussen. Solches Wissen ist wichtig für die Entwicklung von Empowermentstrategien und für das Selbstmanagement von bereits Erkrankten. Es ist aber nur unzulänglich entwickelt.

Primär- und sekundärpräventive Komponenten können auch in der Versorgung insbesondere durch eine stärkere Beteiligung von Patienten an Behandlungsprozessen eingebracht werden, wozu die Entwicklung von Strategien zur partizipativen Versorgung sinnvoll ist.

5. Evaluation vorgeschlagener Präventionsstrategien

Die bezüglich Primärprävention im Grünbuch erwähnten spezifischen Strategien sind meist bezüglich ihrer Wirksamkeit völlig unzulänglich evaluiert, z. B. kognitiv-behaviorale Psychotherapien zur Prävention bei Depressionen. Groß angelegte Studien zur präventiven Intervention und zu Therapiemaßnahmen bei Risikopatienten und Prodromalsyndromen sind unerlässlich, um vorhandene Verfahren zu optimieren und zwischen konkurrierenden Verfahren Prioritäten zu setzen.

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

Zu Kapitel 7

In diesem Kapitel werden für den Konsultationsprozess zur Entwicklung einer EU-Strategie für die Förderung der seelischen Gesundheit drei Instrumente genannt. Im Einzelnen sind dies ein Dialog mit den Mitgliedsstaaten über psychische Gesundheit, die Einrichtung einer EU-Plattform und schließlich die Einrichtung einer Schnittstelle zwischen Politik und Forschung im Bereich psychischer Gesundheit.

Es ist unabdingbar, die Bedeutung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychologischen Fachgesellschaften sowie der in diesen Gesellschaften organisierten Anbieter als entscheidende Akteure auf dem Feld der Förderung seelischer Gesundheit und Prävention seelischer Erkrankungen wahrzunehmen und diese in den Konsultationsprozess einzubeziehen. Wenn die Projektplanung und -realisierung innerhalb der EU in einzelnen hierfür geschaffenen Projektgruppen und NGOs stattfindet, die keine Verbindung zu den Organen der psychiatrischen, psychosomatischen und psychologischen Regelversorgung und -forschung haben, steht zu befürchten, dass an sich sinnvolle Maßnahmen der Förderung seelischer Gesundheit und Prävention seelischer Krankheit ins Leere laufen, weil wesentliche Multiplikatoren keine Berücksichtigung finden. Weiterhin sollten die Kostenträger ebenfalls in den Konsultationsprozess einbezogen werden. Im Grünbuch sollten alle relevanten Gruppen ausdrücklich benannt und zur Mitarbeit in der geplanten EU-Plattform eingeladen werden, wobei der unter Kapitel 7.1 genannte Dialog der Mitgliedsstaaten und die unter Kapitel 7.3 genannte Schnittstelle als Arbeitsgruppen unter dem Dach der EU-Plattform eingerichtet werden sollten. Ferner sollte die EU-

ter dem Dach der EU-Plattform eingerichtet werden sollten. Ferner sollte die EU-Plattform auf nationalen Plattformen basieren, die auf EU-Ebene durch gewählte Vertreter repräsentiert werden sollten.

Zusammenfassend begrüßt die DGPPN als unterzeichnende Fachgesellschaft ausdrücklich die EU-Initiative zur Förderung seelischer Gesundheit. Eine Berücksichtigung der o. g. Gesichtspunkte erscheint ihr bei der Überarbeitung des EU-Grünbuchs jedoch unerlässlich.

Prof. Dr. F. Hohagen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.