

Geschäftsführung

Europäische Kommission
 Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz
 Referat C/2 „Gesundheitsinformation“
 L-2920 Luxemburg

Cc: Bundesministerium für Gesundheit, Herrn Ministerialrat Dr. A. Statz,
 Herrn Dr. Th. Stracke, 53109 Bonn

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

Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30.11.2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesministerium für Gesundheit hat die Verbände gebeten, zu den im o.g. Grünbuch aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen. Dieser Bitte folge ich für den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. gern.

Zu Frage 1:

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. begrüßt die Initiative der Europäischen Kommission, eine Europa-weite Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit initiieren zu wollen, um Ziele wie langfristigen Wohlstand, Solidarität und soziale Gerechtigkeit, und Lebensqualität der Bürger zu befördern. Es sei betont, dass die Vermeidung bzw. erfolgreiche Behandlung einer psychischen Krankheit im Sinne der Lebensqualität und wegen des Risikos der Selbsttötung einen Wert an sich darstellt. Die unverändert wirksame Stigmatisierung psychischer Krankheit lässt die Betroffenen quasi an einer „zweiten Krankheit“ (der Begriff wurde von Prof. Asmus Finzen geprägt) leiden, wobei „erste“ und „zweite Krankheit“ im Sinne es Teufelskreises das Leiden wechselseitig nachteilig beeinflussen.

SANCO C/2		Reg. N°
Received		Deadline
Attributed to: ATW		
COPY to: TB		
REPLY	<input checked="" type="checkbox"/>	CONSULTATION
COMMENTS		INFORMATION
FILE		CIRCULATION
REMARKS 040402010020100		

INFO	<input checked="" type="checkbox"/>	ACTION
ADMINISTRATION		
ADDICTION		
17 FEV. 2006		
POSITIVE HEALTH		
SOCIAL AND ENVIRONMENTAL		
SANCO / C/4		



Postfach 511040
 50946 Köln

Bayenthalgürtel 26
 50968 Köln

Telefon
 (0221) 3 76 62 – 70

Telefax
 (0221) 3 76 62 – 10

E-Mail
 juergen.fritze@pkv.de

Internet
 www.pkv.de

6. Februar 2006
 Az.: 421/7 Fr/hu

- 2 -

Zu Frage 2:

In Deutschland sind in den letzten 30 Jahren dank der Psychiatrie-Enquete (1975), einer Zunahme der Leistungserbringer und eines spezifischen, Qualitäts-orientierten Entgeltsystems im Krankenhaus (Psychiatrie-Personalverordnung 1991) große Erfolge bei der Versorgung psychisch Kranker erzielt worden. Dazu gehört die weitgehend abgeschlossene und gelungene Deinstitutionalisierung psychisch Kranker.

Zu den Grundlagen der Psychiatrie-Enquete gehörten umfangreiche Erhebungen. Zielgerichtete Steuerung von Maßnahmen bedarf konkreter Indikatoren, an denen sich Bedarf und ggf. Zielerreichung abschätzen lassen. An der regelmäßigen Erhebung solcher Indikatoren – am besten anhand von Daten aus dem Routinebetrieb – mangelt es in Deutschland, jedenfalls an deren Zusammenführung, um sie für die Zielplanung und Zielerreichungskontrolle verwenden zu können. Vor diesem Hintergrund hat Schwerpunkt 4 „Entwicklung eines einschlägigen Informations-, Forschungs- und Wissenssystems für die EU“ besondere, grundlegende Bedeutung.

Im Folgenden wird deshalb der derzeitige Kenntnisstand über die Epidemiologie psychischer Krankheiten in Deutschland und ihrer Behandlung grob skizziert; bezüglich tiefergehender Informationen verweise ich auf das beiliegende Buch „Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland“ (Hrsg. Berger, Fritze, Roth-Sackenheim, Voderholzer, Springer 2005).

Zur Prävalenz psychischer Krankheiten in Deutschland gibt derzeit nur der Deutsche Gesundheitssurvey (1998) Hinweise; zu spezifischen Einzelfragen führt das Robert-Koch-Institut (RKI) als Träger der Gesundheitsberichterstattung Teilerhebungen durch. Danach stellen psychische Störungen ein großes epidemiologisches Problem dar. Das Lebenszeitrisiko, irgendeine psychische Krankheit zu erleiden, liegt bei 42,6%, die Einjahresprävalenz bei 31,1%, die Vierwochenprävalenz bei 19,8%. Dabei sind Frauen durchgehend beträchtlich häufiger als Männer betroffen.

Den Jahresberichten der gesetzlichen Krankenversicherer ist zu entnehmen, dass psychische Krankheiten als Ursache für Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage zunehmen. Psychische Krankheiten nehmen Rang 5-6 der AU-Fälle je 100 Versicherungsjahre ein. Psychischen Krankheiten sind die längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten je Fall zuzuschreiben (>40 Tage/Fall), womit sie Rang 3 der AU-Tage je 100 Versicherungsjahre einnehmen. Mit steigendem Trend sind rund 3% der Arbeitsunfähigkeitsfälle psychischen Krankheiten zuzuschreiben, rund 8% der Arbeitsunfähigkeitstage. Die Zunahme ist nicht unbedingt einer Zunahme der Prävalenzen anzulasten, sondern kann auch einer verbesserten Diagnostik zu verdanken sein. Eine Zusammenführung der Daten, die auch regionale Analysen und dadurch gezielte Interventionen erlauben würde, fehlt.

Die Behandlungsrate liegt gemäß Deutschem Gesundheitssurvey (1998) unter 40% mit allerdings erheblicher Streuung zwischen den Krankheitsarten (z.B. 72,3% bei psychotischen Störungen, 29,3% bei Suchtstörungen). Der eher geringen Behandlungsrate liegt einerseits fehlende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Betroffenen zugrunde (was der Information der Allgemeinbevölkerung bedarf), andererseits aber auch Nichterkennen des Vorliegens einer psychischen Störung (was u.a. der Schulung der Leis-

- 3 -

- 3 -

terungserbringer bedarf) trotz Inanspruchnahme; beide Probleme stellen kein deutsches Spezifikum dar, sondern bestehen grundsätzlich in allen europäischen Staaten und weltweit.

Welche Art ambulante Therapie diejenigen erhalten, die tatsächlich Einrichtungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, wurde im Deutschen Gesundheitssurvey (1998) nicht detailliert erfasst. Immerhin zeigen einzelne, privater Initiative zu verdankende Erhebungen (z.B. die Depress-Studie; Lepine et al. 1997), dass zum Beispiel nur rund die Hälfte depressiv Kranker, die Leistungen in Anspruch nehmen und als psychisch krank erkannt werden, dem Stand der Wissenschaft entsprechend behandelt werden.

Informationen über die Verordnung von Arzneimitteln und hier auch Psychopharmaka sind dem jährlich publizierten Arzneiverordnungsreport zu entnehmen, dem die Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegen. Die je Versicherten zur Verfügung stehenden Ressourcen für Arzneimittel bzw. die Richtgrößen weisen eine erhebliche, medizinisch kaum erklärbare Variabilität zwischen den Bundesländern auf. Während im Jahr 2005 im Bereich zum Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin dem Nervenarzt je Versicherten 63,86 € und je Rentner 85,- € bzw. dem Psychiater je Versicherten 41,49 € und je Rentner 62,76 € zur Verfügung standen, waren es im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg beim Nervenarzt je Versicherten 111,18 € und je Rentner 120,60 € bzw. dem Psychiater je Versicherten 99,44 € und je Rentner 153,20 €. Immerhin nehmen die gesetzlich Versicherten am pharmakotherapeutischen Fortschritt – soweit man dies aus dem deutschen Durchschnitt der Arzneimittelumsätze gemäß Arzneiverordnungsreport schlussfolgern kann – nicht unterproportional teil.

Zur Psychotherapie, die seit 1998 außer von Ärzten auch von spezifisch weitergebildeten psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten angeboten wird, fehlen seit 1999 statistische Erhebungen.

Nur indirekt lassen sich die Ressourcen, die der medizinischen ambulanten Versorgung psychisch Kranker zufließen, abschätzen. Gemäß der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) publizierten Gesundheitsdaten erzielten die Praxen von Nervenärzten (eine Differenzierung in Ärzte für Psychiatrie & Psychotherapie von Ärzten für Neurologie scheint nicht möglich zu sein) im Jahr 2003 aus einem Umsatz von 151.700 € ein Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit von rund 80.000 €. Im Jahr 2003 wirkten 4873 „Nervenärzte“ (3,7% aller Vertragsärzte) an der vertragsärztlichen Versorgung mit, so dass rund 740 Mio. € der fachärztlichen Diagnostik und Therapie aller gesetzlich versicherten u.a. psychisch (eine Abgrenzung der neurologisch Kranken ist leider nicht möglich) Kranken gewidmet wurden. Das gesamte Honorarvolumen der Vertragsärzte im Jahr 2003 belief sich auf rund 23 Mrd. €, so dass davon der fachärztlichen Versorgung psychisch und neurologisch Kranker 3% zur Verfügung standen. Demgegenüber erzielten Nervenärzte, Psychiater und psychologische Psychotherapeuten zusammen 7% (2003) der Entgelte (gemäß Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)) für sämtliche ambulant erbrachten Leistungen (bzw. 5% der Entgelte für stationär erbrachte Leistungen) für Privatversicherte.

Der Umsatzanteil der psychologischen Psychotherapeuten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist den Statistiken der KBV nicht zu entnehmen. Aus dem Deutschen Gesundheitssurvey ergibt sich, dass

- 4 -

- 4 -

31,7% der psychisch Kranken auch von Nervenärzten behandelt werden, 27,2% auch von psychologischen Psychotherapeuten, 14,5% ausschließlich vom Hausarzt. Einer Analyse durch Melchinger et al. (Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 44 31.10.2003) ist zu entnehmen, dass 31% des durch die ambulanten Versorgung gesetzlich versicherter, psychisch Kranker erwirtschafteten Honorarvolumens psychologischen Psychotherapeuten zufließen, 21% psychotherapeutisch tätigen Ärzten, 11% Nervenärzten, 11% Hausärzten, 5% Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, 2% Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dabei ist zu bedenken, daß die genannten psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen, legt man die Daten des Jahres 1999 zugrunde, ca. 566.000 Fälle im Jahr behandeln, während Nervenärzte ca. 2,5 Mio. Fälle behandeln.

Der Versorgungsgrad mit Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde wie auch für psychologische Psychotherapeuten variiert regional erheblich. Dahinter stehen die Bedarfsplanungs-Richtlinien, der unterschiedliche Verdichtungsräume (Kernstädte, ländliche Regionen, etc., als Sonderregion das Ruhrgebiet) zugrunde liegen. Der Variationskoeffizient von rund 35% für die Einwohnerzahl je Vertragsnervenarzt bzw. 79% für die Einwohnerzahl je psychologischen Psychotherapeuten (eigene Kalkulationen für das Jahr 1999) zwischen den Bundesländern ist aus Perspektive des gesetzlichen (§ 70 SGB V) Anspruchs auf eine gleichmäßige Versorgung erklärungsbedürftig. Auch der Bericht für die Gesundheitsministerkonferenz (GMK, s.u.) stellt fest, dass die „Dichte der Nervenärzte in den Stadtstaaten im Jahr 2000 mit im Mittel einem Arzt pro 7.915 Einwohner immer noch mehr als doppelt so hoch ist wie durchschnittlich in den Flächenländern (1:19.062)“.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wies im Gutachten 2000/2001 (Über-, Unter- und Fehlversorgung) „darauf hin, dass in jüngster Zeit sehr hohe Neuzulassungszahlen von Psychotherapeuten zu verzeichnen sind. Er sieht ferner in städtischen Ballungsgebieten, v. a. mit Universitätseinrichtungen und psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten, Hinweise für eine regionale Überversorgung. In strukturschwächeren, v. a. ländlichen Gebieten gibt es hingegen Hinweise auf eine Unterversorgung. ... Über die Hälfte aller psychotherapieberechtigten Ärzte waren 1997 entweder in Bayern (21 %), in Nordrhein-Westfalen (20 %) oder in Baden-Württemberg (17 %) zugelassen. In den fünf neuen Bundesländern finden sich dagegen nur 3,7 % der psychotherapieberechtigten zugelassenen Ärzte. Von den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sind allein in Berlin 11,8 % zugelassen, in Nordrhein-Westfalen 16,2 %, in Bayern 14,7 %, in Baden-Württemberg 9,2 % und in den neuen Ländern 8,2 %.“

Das statistische Bundesamt bietet jährlich Daten zur Krankenhausstatistik inklusive einer detaillierten (4-stelligen) Diagnosestatistik. Die Fall-bezogene Krankenhaushäufigkeit mit einer psychischen Hauptdiagnose (Kap. F der ICD-10) lag gemäß statistischem Bundesamt im Jahr 2003 bei 122 pro 10.000 Einwohner mit steigendem Trend. Sie ist seit 1994 in allen Bundesländern um rund 30% gestiegen, variiert aber um einen ähnlichen Betrag zwischen den Bundesländern. Im Jahr 2002 waren es 986.237 Fälle, im Jahr 2003 993.732. Davon wurden rund 65% (78% der Belegungstage) in Einrichtungen des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie behandelt, ca. 2,7% in Einrichtungen für Neurologie, 2,5% in solchen für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik, fast 30% in solchen anderer Fachgebiete, hier überwiegend für Innere

- 5 -

- 5 -

Medizin. Die Verweildauer hat sich seit 1994 fast halbiert, wobei sich zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede zeigen.

Gemäß Angaben des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG wurden im Jahr 2004 1,8% (295.149 Fälle) der in somatischen, dem DRG-System unterliegenden Einrichtungen behandelten Fälle mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose (Kap. F; MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen 0,68%, MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen 0,89%; übrige in anderen MDCs) behandelt. Bei Versicherten der Unternehmen der privaten Krankenversicherung lag der Anteil bei 1,2%, was insofern ein besonders beachtlicher Anteil ist, als sich psychische Krankheiten in den ersten Lebensdekaden erstmanifestieren, in der Regel also bevor das Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigen konnte, so dass die Betroffenen eine geringere Chance haben, sich privat gegen Krankheit zu versichern.

Im Jahr 2003 erfolgten gemäß Statistik der Rentenversicherungsträger stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer Krankheiten (Kapitel F der ICD-10) für 129.681 Erwachsene zu Lasten der Rentenversicherungsträger, davon 30% wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Für psychisch Schwerkranke hat sich ein System stationärer Rehabilitation (RPK, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke) entwickelt, das einerseits eine massive regionale Variabilität aufweist, andererseits aber in seiner Spezialisierung zur Sorge einer neuen Separierung von Schwerkranken, insbesondere also von an einer Schizophrenie leidenden Personen, Anlaß gibt. Die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Thüringen verfügten (2000) über keine solche Einrichtungen. Mit dem gesetzlichen Auftrag der Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben werden unter Federführung der Rentenversicherer Rahmenkonzepte für die ambulante Rehabilitation entwickelt. Die ambulante, wohnortnahe, Lebensfeld-nahe Rehabilitation spielt bisher quantitativ eine marginale (rund 4%) Rolle und wäre gerade für psychisch Kranke von besonderer Bedeutung. Im Rahmen dieses Projektes wurde auch eine „Konzeption zur ambulanten Rehabilitation bei psychosomatischen und psychischen Erkrankungen“ entwickelt und verabschiedet. So begrüßenswert der Trend zur ambulanten Rehabilitation ist, so bietet die Spezialisierung dieses Konzeptes i.w. auf Psychotherapie Anlaß zur Sorge einer neuen Separierung von Schwerkranken.

Über von den Trägern der Sozialhilfe finanzierte komplementäre Dienste liegen nur wenig systematische Statistiken vor, die von der Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz, GMK) zusammengetragen wurden. Dieser „Bericht über die Entwicklungen in der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren,“ wurde von der 76. GMK (2003) verabschiedet. Gemäß dieses Berichtes bestehen einerseits erhebliche Kenntnislücken über die Versorgung psychisch Kranker, andererseits eine erhebliche regionale Variabilität der Angebote. Dies gilt zum Beispiel für die Dichte von sozialpsychiatrischen Diensten, Wohnheimplätzen, betreutem Wohnen, Werkstätten für psychisch Behinderte.

- 6 -

- 6 -

In Deutschland leben 7.288.000 Personen mit Migrationshintergrund; das sind also 8,8% der Gesamtbevölkerung (Stand 31.12.2004). Migrationshintergrund ist mit erhöhter psychischer Morbidität assoziiert. Die Behandlung psychischer Krankheit von Personen mit Migrationshintergrund konfrontiert mit den besonderen Problemen der Sprach- und Kulturbarrieren. Hierauf müßte sich das Versorgungssystem gezielt einstellen, dies nicht nur im Interesse der betroffenen Individuen, sondern auch im Interesse der allgemeinen Integration von Migranten. In Deutschland sind keine Daten zu finden, aus denen sich ableiten ließe, daß das Versorgungssystem systematisch auf diese Versorgungsbedarfe ausgerichtet wäre. Es darf vermutet werden, daß auch in anderen europäischen Staaten ähnliche Mängel bestehen.

Die Forensische Psychiatrie ist mit besonderen Problemen konfrontiert. Seit Jahren kommen Straftäter verstärkt in den Maßregelvollzug: allein von 1995 bis 2004 ist die Fallzahl von 4275 auf 7802 angestiegen. Inzwischen gibt es massive Überbelegungen. Der Widerstand der Bevölkerung gegen die Neuerrichtung von Einrichtungen für forensische Psychiatrie signalisiert exemplarisch und eindrucksvoll den fortbestehenden Bedarf an Aufklärung und Einstellungswandel.

Die Entwicklung eines europaweiten Systems für das Monitoring von Indikatoren psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit und deren Versorgung wäre jedenfalls für Deutschland ein Gewinn und wäre als Grundlage für die weiteren prioritären Maßnahmen (Abschnitt 5) unverzichtbar.

Die generelle Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen werden sich langfristig auszahlen. Die Verbesserung der Lebensqualität psychisch kranker und geistig behinderter Menschen hat demgegenüber insofern Priorität, als die Betroffenen eben jetzt betroffen sind. Hier geht es nicht nur um die soziale Integration sowie den Schutz der Rechte und ihrer Menschenwürde. Prioritär muß es um die Verbesserung der Versorgung gehen, also das Lindern der oben skizzierten Versorgungsmängel.

Das bedeutet eine unmittelbare Einbindung der ärztlichen Profession und Nutzung ärztlicher Expertise in entsprechenden Aktivitäten. Dabei geht es auch um die Verbesserung der Nutzung als wirksam bekannter Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention. Psychiatrische Expertise ist nicht nur für die individuelle Diagnostik, Therapie und Prävention unverzichtbar, sondern auch bei der universellen (die gesamte Bevölkerung erreichenden), „unspezifischen“ Gesundheitsförderung (Stärkung protektiver, salutogener Faktoren, „Empowerment“), gezielten, selektiven, „unspezifischen“ Gesundheitsförderung in spezifischen Risikogruppen (gefährdet u.a. durch soziale Faktoren), und bei den gezielten, indikationsspezifischen Maßnahmen bei Gruppen mit spezifisch erhöhtem Erkrankungsrisiko (Förderung der Stress-Coping-Kompetenz, „Resilience“).

Zu Frage 3:

Die unter den Punkten 6 und 7 genannten Initiativen sind wünschenswert und geeignet, das Risiko psychischer Krankheiten in spezifischen Bevölkerungsgruppen zu mindern bzw. gezielt Probleme wie Depression, Suizidalität, Substanzkonsum anzugehen. Maßnahmen in diese Richtung werden in Deutschland bereits

- 7 -

- 7 -

ergriffen. So ist die European Alliance Against Depression (EAAD) durch eine Initiative des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes Depression, das Nürnberger Bündnis gegen Depression, getriggert worden. Im Rahmen des WHO-Projektes zur Suizidprävention hat sich in Deutschland das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) etabliert. Auch schon laufende Maßnahmen könnten in vielerlei Hinsicht von einem europaweiten Ansatz profitieren.

Die Deinstitutionalisierung psychisch Kranker ist in Deutschland weitgehend abgeschlossen und gelungen. Derzeit problematisch kann ein erheblich wachsender Heimsektor sein, der insbesondere Personen mit gerontopsychiatrischen Problemen anspricht. Hier gilt es, autonome Entscheidungen über die Lebensgestaltung im Alter zu ermöglichen (z.B. im Wege von Patientenverfügungen) und dem entsprechende, bedarfs- und bedürfnisgerechte Wohnformen und Unterstützungssysteme zu entwickeln.

Vor dem Hintergrund der oben skizzierten Datenlage und des Datenbedarfs wäre die Einrichtung einer „Schnittstelle zwischen Politik und Forschung, die die Gemeinschafts- und nationalen Behörden, akademischen Einrichtungen und sonstigen Stakeholder zusammenführt“, außerordentlich zu begrüßen. Eine solche Einrichtung könnte nachhaltig befördern, Strukturen und Prozesse der Versorgung und Prävention wissenschaftlich begründeten Bedarfen entsprechend zu planen, weiterzuentwickeln und auszubauen. Die von dieser Einrichtung bereitgestellten Informationen u.a. über Gesundheitsindikatoren und wissenschaftliche Evidenzen könnten die Partner der vorgeschlagenen „EU-Plattform für psychische Gesundheit“ bewerten und daraus konkrete Empfehlungen für Maßnahmen ableiten.

Zusammenfassend werden die Vorschläge des Grünbuchs also uneingeschränkt unterstützt, wobei auf der Hand liegt, daß einzelne im Grünbuch angesprochene Problemfelder in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union unterschiedliches Gewicht haben. Insbesondere die eher kurzfristig realisierbaren Projekte der „Einrichtung einer Schnittstelle zwischen Politik und Forschung im Bereich psychischer Gesundheit“ und der „Einrichtung einer EU-Plattform für psychische Gesundheit“ sollten prioritär verfolgt werden. Dabei wäre wünschenswert und sachgerecht, daß psychiatrischer Expertise mehr Bedeutung beigemessen wird, als im Grünbuch deutlich wird.

Mit freundlichen Grüßen
Ltd. Verbandsarzt



(Prof. Dr. J. Fritze)

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.