

# Großbritannien, Italien und Deutschland

## Rahmenbedingungen gemeinde- psychiatrischer Reformen in Italien, Deutschland und Großbritannien

Hermann Elgeti

Die psychiatrische Versorgung in einem Land basiert auf bestimmten geographischen, historischen, kulturellen, ökonomischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Italien (I), Deutschland (D) und das Vereinigte Königreich (UK=Großbritannien und Nordirland) bilden mit Frankreich eine relativ homogene Gruppe bevölkerungsreicher Nationen in der Europäischen Gemeinschaft, einer unter verschiedenen Gesichtspunkten privilegierten Region der Erde. Doch zwischen diesen Staaten gibt es auch Unterschiede, die sich auf die spezifische Ausgestaltung und den Erfolg gemeindepsychiatrischer Reformbewegungen ausgewirkt haben.

Obwohl andere Faktoren von nicht geringerer Bedeutung sein mögen, möchte ich mich in meinem Vergleich der Rahmenbedingungen darauf beschränken, den Zustand der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens zu skizzieren. Die nachfolgend aufgeführten Zahlen entstammen Veröffentlichungen des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Mit Zahlen kann man nicht die ganze Wirklichkeit abbilden, und in ihrer interessengeleiteten Auswahl und Interpretation können sie zu Fehldarstellungen führen. Dennoch, so

meine ich, können die hier ausgewählten Daten dem Leser dabei helfen, den sozialpolitischen Hintergrund der gemeindepsychiatrischen Reformen in Italien, Deutschland und Großbritannien in den Blick zu nehmen.

### Die Verteilung von Wohlstand und Wohlfahrt

Die Bundesrepublik Deutschland ist gegenüber Italien und dem Vereinigten Königreich seit der Vereinigung mit der Deutschen Demokratischen Republik 1990 an *Fläche und Einwohnerzahl* das größte Land. In der Mitte Europas liegend, mit kompakter Ausdehnung und ohne nennenswerte natürliche Barrieren wie Meer oder Gebirge ist es verkehrstechnisch besonders gut erschlossen. Auch wenn das Vereinigte Königreich eine höhere Bevölkerungsdichte aufweist, sind die Einwohner Deutschlands gleichmäßiger über das Land verteilt, was eine flächendeckend wohnortnahe psychiatrische Versorgung erleichtert.

Wenn man das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf, gemessen in Kaufkraftstandards (KKS), als Indikator für den *materiellen Wohlstand* gelten läßt, liegen die drei Länder seit der

**Tabelle 1: Daten zu Land und Einwohnern,  
Wohlstand und Wohlfahrt (1993)**

	I	D	UK
<b>Fläche</b> (in qkm)	301,3	356,7	244,1
<b>Einwohner</b> (in Millionen)	56,9	81,0	58,0
<b>Bevölkerungsdichte</b> (Einwohner/qkm)	189	227	237
<b>Bruttoinlandsprodukt</b> (BIP) pro Kopf (in KKS)	16.126	17.142	15.701
<b>Bevölkerung in erwerbsfähigem Alter</b> (in % der Gesamtbevölkerung)	68,8	68,5	65,0
<b>Beschäftigungsquote</b> (in % der Bevölkerung in erwerbsfähigem Alter)	51,8	63,3	66,2
<b>Arbeitslosenquote</b> (in % der Bevölkerung in erwerbsfähigem Alter)	10,3	7,9	10,1
<b>Gesamtausgaben für soziale Sicherheit</b> (in % des BIP), davon für:	26,9	29,2	26,1
Alters- und Hinterbliebenen-Rente	15,4	12,1	10,8
Krankheit	5,4	8,0	5,1
Erwerbsunfähigkeit, Behinderung usw.	2,2	3,5	3,1
Arbeitslosigkeit	0,5	2,0	1,6
Familienleistungen	0,8	2,2	2,6
Sonstiges	2,5	1,4	3,9
<b>Finanzierungsstruktur der Sozialleistungen</b> (in % der Gesamtausgaben)			
Arbeitnehmerbeiträge	16,2	31,6	19,4
Arbeitgeberbeiträge	53,0	42,5	46,9
staatliche Beteiligung	30,8	25,9	46,9

deutschen Vereinigung relativ nah beieinander. Größere Unterschiede gab es 1993 bei der Altersstruktur sowie der Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote mit entsprechenden Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben für die soziale Sicherung. Das regionale Gefälle des Wohlstands ist in Italien (von Nord nach Süd) und auch im Vereinigten Königreich (von Südost nach Nordwest) stärker ausgeprägt als in Deutschland, wo es neben dem Gefälle von Süd nach Nord seit 1990 noch ein größeres von West nach Ost gibt. Die Polarisierung zwischen armen und reichen Einwohnern ist bei unseren beiden europäischen Partnern deutlicher als bei uns. Dabei muß darauf hingewiesen werden, daß die sogenannte Schattenwirtschaft, die in Italien eine traditionell sehr große Rolle spielt, in der Beschäftigungsquote nicht auftaucht und zwar zum Wohlstand (gemessen als BIP) beiträgt, aber nicht zur Wohlfahrt, d.h. zur Refinanzierung der Ausgaben für soziale Sicherheit.

Die Daten von 1993 zeigen, daß Italien zwar den relativ höchsten Anteil der *Bevölkerung in erwerbsfähigem Alter* hat, jedoch ein vergleichsweise sehr viel niedrigerer Prozentsatz von diesen tatsächlich in einem Beschäftigungsverhältnis steht. Das liegt nicht nur an der hohen offiziellen Arbeitslosenquote, sondern auch an der sehr geringen Beschäftigungsquote der Frauen und an dem bisher deutlich niedrigeren Rentenalter in Italien. 1993 bestanden dort 60 % der Ausgaben für soziale Sicherheit aus Zahlungen von Alters- und Hinterbliebenen-Renten, im Vereinigten Königreich und in Deutschland waren es dagegen nur 40 %. Das macht es leichter verständlich, warum sich die Ausgaben für Krankheit, besonders aber für Erwerbsunfähigkeit, Behinderung und Arbeitslosigkeit in Italien auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau bewegen. Deutschland gab 1993 den relativ größten Anteil seines BIP für die soziale Sicherheit seiner Bürger aus. Die Arbeitnehmer finanzieren dabei einen relativ größeren Anteil der Sozialleistungen als in den beiden anderen Ländern. Auch die materielle Absicherung der Erwerbstätigen in Deutschland ist vergleichsweise gut entwickelt.

Massenarbeitslosigkeit und Überalterung sind die drohenden Sprengsätze des Sozialstaats, auf dessen Funktionsfähigkeit eine human und kompetent gestaltete Psychiatrie in besonderer Weise angewiesen ist. Betrachtet man die Entwicklung der *Ausgaben für soziale Sicherheit* seit 1970, so sinkt ihr Anteil am BIP in Deutschland (im Gegensatz zu Italien und dem Vereinigten Königreich) seit der hiesigen politischen Wende Anfang der 80er Jahre. Das jährliche Wachstum des BIP selbst dagegen lag in allen drei Ländern mit durchschnittlich knapp 2 % in einer ähnlichen Größenordnung. Bei der demographischen Entwicklung wird für Italien bis zum Jahre 2025 ein besonders starker Anstieg des Anteils alter Menschen prognostiziert, der angesichts des schon jetzt bescheidenen sozialstaatlichen Niveaus ohne den Ausbau versicherungspflichtiger Arbeitsplätze und eine gerechtere Verteilung des BIP Schlimmes befürchten läßt.

**Tabelle 2: Daten zur gesundheitlichen Lage und zum Versorgungsangebot (1991)**

	I	D	UK
<b>Lebenserwartung bei Geburt</b>			
(in Lebensjahren) Mädchen	80,2	78,7	78,6
Jungen	73,6	72,2	73,3
<b>Säuglingssterblichkeit</b>			
(je 1.000 lebendgeborene Kinder)	8,1	6,9	7,4
<b>Verbrauch an reinem Alkohol</b>			
(Liter pro Kopf, Personen über 15 Jahre)	10,8	13,0	9,2
<b>Tod durch Suizid</b>			
(je 100.000 Einwohner) Frauen	3,6	8,5	3,3
Männer	10,8	23,7	12,1
<b>Sterblichkeit an Krebserkrankungen</b>			
(standardisierte Sterbeziffer			
je 100.000 Einwohner) Frauen	10,9	11,8	30,9
Männer	85,5	72,9	89,4
<b>Gesamtzahl der Ärzte</b>			
(pro 100.000 Einwohner)	535	321	164
<b>Zahl der Krankenhausbetten</b>			
(je 1.000 Einwohner) 1985	8,4	11,1	7,4
1991	6,8	8,3	5,6
davon: <b>in Psychiatrischen Kliniken:</b>			
1985	1,0	1,6	2,7
1991	0,4	1,2	1,7
<b>Plätze in Werkstätten für Behinderte</b>			
(je 1.000 Einwohner)	0	1,7	0,3

### Gesundheitliche Lage und Versorgungsangebot

Ein internationaler Vergleich über den Bedarf an *Gesundheitsleistungen*, ihre Organisation und ihre Qualität ist angesichts der unterschiedlichen nationalen Rahmenbedingungen und Methoden der Datenerhebung nur sehr eingeschränkt möglich. Die Lebenserwartung der Italiener liegt höher als in Deutschland und im Vereinigten Königreich, was offensichtlich aber nicht in erster Linie der Leistungsfähigkeit des dortigen Gesundheitswesens zuzurechnen ist. Der hierfür oft als repräsentativ angesehene Indikator, die Säuglingssterblichkeit, setzt in umgekehrter Reihenfolge Deutschland vor das britische Inselreich und Italien. Auch die Krebssterblichkeit ist bei uns niedriger. Dagegen weisen die Statistiken mit einer in Deutschland vergleichsweise besonders hohen Suizidrate und einem hohen Alkoholverbrauch auf die Bedeutung von Gesundheitsrisiken hin, die gerade auch psychiatrische Relevanz haben.

Die Gesundheitsleistungen werden in Deutschland vorrangig organisiert über das gegliederte – manche sagen: zergliederte – Versicherungssystem, bei unseren beiden europäischen Partnern im Rahmen eines staatlichen Gesundheitsdienstes. In allen drei Ländern sind in den 90er Jahren *Bemühungen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung* angelaufen. Ihr Instrumentarium besteht aus den Elementen Selbstbeteiligung der

Patienten an den Behandlungskosten, Budgetierung der Ausgaben und Stimulierung eines Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern. Die Zahl der Krankenhausbetten sank schon in den 80er Jahren deutlich, sowohl im allgemeinmedizinischen wie auch im psychiatrischen Bereich, allerdings mit erheblichen Unterschieden im Ausgangsniveau. Bei der insgesamt ansteigenden Arztdichte nimmt Deutschland eine mittlere Position zwischen dem europäischen Spitzenreiter Italien und dem Vereinigten Königreich ein. Ein Schlaglicht auf den Entwicklungsstand sozialer und beruflicher Eingliederungsmaßnahmen wirft die Zahl der Plätze in Werkstätten für Behinderte. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß es in Italien staatlich geförderte Arbeitskooperativen gibt, in denen auch Behinderte arbeiten.

### Gemeindepsychiatrische Reformbemühungen

Eine vergleichende Interpretation der psychiatrischen *Krankenhausbehandlung* ist mit großen Problemen konfrontiert. Dazu gehört die unterschiedliche Zählung von sogenannten Akut- versus Pflegebetten, von privaten versus staatlichen Einrichtungsträgern, von Einbeziehung versus Ausgrenzung bestimmter Patientengruppen (Suchtkranke, gerontopsychiatrische Patienten, forensische Psychiatrie). Für die Bundesrepublik Deutschland wird 1970 eine Zahl von 1,6 Betten je 1.000 Einwohner (Bettenmeßziffer) angegeben, wobei dabei zu bedenken ist, daß aufgrund des Massenmordes an psychisch Kranken und Behinderten unter der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft hier die psychiatrischen Anstalten zu Beginn der gemeindepsychiatrischen Reformen nicht so überfüllt waren wie in anderen Ländern. Die Bettenmeßziffer in England war 1954 mit 3,4 Betten pro 1.000 Einwohner die höchste in Europa. Enthospitalisierungsprogramme waren daher dort besonders dringlich, und die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten konnte bis heute massiv gesenkt werden. Der festgestellte Bedarf an Wohn- und Pflegeheimen sowie Tageskliniken und Tagesstätten ist in Großbritannien jedoch enorm und längst nicht flächendeckend befriedigt. In Italien lag die Bettenmeßziffer 1965 bei 1,5. Die Lebensbedingungen der Anstaltsinsassen waren so katastrophal, daß auch aus diesem Grund vergleichsweise radikale Reformkonzepte entwickelt wurden. Vom massiven Abbau staatlich finanzierter Betten profitierten allerdings auch die expandierenden privaten Kliniken Italiens. Suchtkranke werden in Italien von stationärer psychiatrischer Therapie und Rehabilitation weitgehend ausgeschlossen, für Suizidanten und psychisch kranke alte Menschen gibt es nur eine relativ geringe Aufmerksamkeit.

Im Vereinigten Königreich wurden bereits 1948 mit der Verstaatlichung des Gesundheitswesens die *Weichen für gemeindepsychiatrische Reformen* auf nationaler Ebene gestellt. Eine Reihe von Regierungsprogrammen und Gesetzen markieren den weiteren Weg, wobei das »National Health System and Community Care Act« von 1992 einen besonderen Einschnitt bedeutete. In Italien symbolisiert das 1978 verabschiedete

Gesetz Nr. 180 den staatlichen Willen zum Aufbau ambulant zentrierter psychiatrischer Versorgungsangebote und zu einer Schließung der staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser. Ein späteres Gesetz aus dem Jahre 1994 setzte für die Schließungen eine definitive Frist bis Ende 1996. In Deutschland dagegen sind es vor allem Berichte und Empfehlungen aus Fachkreisen gewesen, die Impulse für den Reformprozeß gegeben haben: 1975 die Psychiatrie-Enquête, 1988 die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung, 1997 die Vorschläge der Kommission der Aktion Psychisch Kranke e.V. zur personenzentrierten Hilfeplanung. Die für die Gesundheitsversorgung zuständigen Bundesländer regeln in ihren Gesetzen die sogenannten Schutzmaßnahmen bei Selbst- und Fremdgefährdungen sehr viel konkreter als die Hilfen für psychisch Kranke, die auch im deutschen sozialen Sicherungssystem noch immer benachteiligt werden.

Die *ambulante und komplementäre Versorgung* ist in besonderer Weise durch die ganz unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten für Therapie und Rehabilitation bei chronischen Krankheiten geprägt. Die staatlichen Gesundheitsdienste in Italien und im Vereinigten Königreich stehen dem ausgebauten Versicherungssystem in Deutschland mit dem steuerfinanzierten und relativ fest geknüpften Auffangnetz der Sozialhilfe gegenüber. Niedergelassene psychiatrische Fachärzte gibt es im Vereinigten Königreich kaum, ihre Aufgaben übernehmen die Allgemeinärzte und in allerdings regional sehr unterschiedlicher Weise gemeindepsychiatrische Dienste (CMHC). Diese bestehen aus ambulanten bzw. tagesklinischen Behandlungsangeboten des Krankenhauses sowie betreuten Wohnformen und Tagesstätten, die von den kommunalen Sozialdiensten angeboten werden. Eine unsichere Subsidiaritätsbeziehung zwischen Staat und Kommune hemmt vielerorts den Aufbau bedarfsangemessener gemeindepsychiatrischer Hilfsangebote. Die italienische Reform dagegen forderte einen starken und multiprofessionellen ambulanten Dienst, der medizinische und soziale Hilfen in Krisensituationen und in der Nachsorge für das Einzugsgebiet integriert anbietet. Die Realisierung gelang jedoch längst nicht überall im Land. Auch wenn quantitative Vergleiche im außerklinischen Bereich praktisch unmöglich sind, sprechen die vorliegenden Zahlen für ein in Deutschland größeres Angebot im Bereich der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Bürger.

### Zur gegenwärtigen Versorgungssituation ... ... in Italien

Die 93 Provinzen Italiens sind für die Organisation des Gesundheitsdienstes in 20 Verwaltungsbezirke zusammengefaßt. Auf lokaler Ebene werden die Organisationseinheiten für das Gesundheitswesen (USL) seit 1994 als öffentliche Unternehmen mit weitgehender Selbstverwaltung geführt. Sie bestehen aus einem Krankenhaus und Ambulatorien. Je nach Größe der USL bilden eine oder mehrere von ihnen eine psychiatrische Operationseinheit (UOP) für 100.000-250.000

Einwohner, die aus einer psychiatrischen Station im Allgemeinkrankenhaus mit maximal 15 Betten und einem oder mehreren Ambulatorien besteht. Hinzu kommen Tageskliniken, Wohnheime und geschützte Wohnungen. Werkstätten gibt es kaum, dagegen gelegentlich Genossenschaften für Arbeit. Nicht zum nationalen Gesundheitsdienst gehört die Versorgung von Alkohol- und Drogenkranken (mit Ausnahme von Delir- bzw. Erregungszuständen), die Betreuung in kirchlichen Alten- und Krankenheimen, die Behandlung in Krankenhäusern für psychisch kranke Rechtsbrecher und in psychiatrischen Privatkliniken. Man muß annehmen, daß in Italien gerade depressive und chronisch psychisch kranke Menschen in großer Zahl fehlplaziert untergebracht sind. Die Verwaltung der USL übernimmt nun statt eines politischen Ausschusses ein Geschäftsführer mit einem 5-Jahresvertrag, größere Krankenhäuser können auch in autonome Einrichtungen umgewandelt werden. Die Zentralbehörde finanziert die Standardversorgung mit einem festgelegten Betrag pro Einwohner und behält die Verantwortung für die Gesamtplanung. Darüber hinausgehende Ausgaben muß jede Region selbst finanzieren. Für den psychiatrischen Bereich sind mit einer Verordnung des Gesundheitsministeriums im Jahre 1995 Effizienz- und Qualitätsindikatoren festgelegt worden, die sich auf die eingesetzten Ressourcen, die erbrachten Tätigkeiten und die erzielten Ergebnisse beziehen.

#### ... im Vereinigten Königreich

Die administrative Gliederung im Vereinigten Königreich ist auf den ersten Blick etwas unübersichtlich. Während Nordirland direkt in 26 Distrikte unterteilt ist, existieren in Schottland neun Regionen mit insgesamt 37 Distrikten und zusätzlich drei Inselgebiete. Wales besteht aus acht Grafschaften mit 37 Distrikten, das bevölkerungsreiche England aus London mit 32 Stadtteilen (Boroughs), 36 städtischen Distrikten im übrigen Land und 39 ländlichen Gebieten (Grafschaften) mit insgesamt 296 Distrikten. Die flächendeckend eingerichteten Health districts umfassen jeweils etwa 250.000 Einwohner.

Im 1948 verstaatlichten Gesundheitswesen sind 1991 von der konservativen Regierung weitreichende Veränderungen durchgesetzt worden mit dem Ziel, den Wettbewerb zu stimulieren. Kernpunkt ist die Unterscheidung zwischen den Erbringern von medizinischen Leistungen (provider) und den Käufern dieser Leistungen (purchaser). Als Käufer oder Kunde tritt einerseits die Gesundheitsbehörde des Distrikts (DHA) auf, die sowohl die stationäre Betreuung organisiert und bereitstellt als auch die benötigten Leistungen auswählt und Verträge mit den Leistungserbringern abschließt. Andererseits gibt es den niedergelassenen Allgemeinarzt (GP), der selbst für die medizinische Grundversorgung zuständig ist und das Budget der bei ihm registrierten Patienten für einen bestimmten Umfang von stationärer und sonstiger medizinischer Grundversorgung verwaltet. Sein Einkommen erhöht sich mit der Vergrößerung der Zahl der bei ihm registrierten Patienten.

Der hiermit intendierte Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und kommunalen Gesundheitsdiensten hat bisher nicht zu überzeugenden Ergebnissen geführt. Einerseits verfügen die Käufer nicht über ausreichende Informationen bezüglich der verfügbaren Leistungen, andererseits haben die Leistungsanbieter Probleme bei der realistischen Kostenkalkulation zur Festlegung ihrer Preise. Die unabhängig gewordenen Krankenhäuser haben vielerorts sogenannte Trusts gebildet und bauen damit u.U. lokale Monopole auf. In einigen Regionen vereinigen Mental-Health-Trusts alle psychiatrischen Hilfsangebote im ambulanten, stationären und komplementären Bereich, sind aber bei einer integrierten Versorgung natürlich auf die Kooperation der Allgemeinärzte angewiesen. Der eigentliche »Kunde« der Gesundheitsleistungen, der Patient, wird Spielball im Wettbewerb und kann bei Unzufriedenheit mit der Versorgung lediglich im kommenden Kalenderjahr den Allgemeinarzt wechseln. Er muß z.B. als psychisch kranker Patient damit rechnen, in ein wohnortfernes, weil billigeres Krankenhaus eingewiesen zu werden oder im Zuge von Sparbemühungen seines Allgemeinärztes die eigentlich indizierte Mitbehandlung durch den gemeindepsychiatrischen Dienst vorenthalten zu bekommen.

#### ... in Deutschland

In Deutschland liegt die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung bei den 16 Bundesländern. Die in regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) organisierten niedergelassenen Ärzte besitzen den Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Behandlung. Im Bereich stationärer Behandlung muß jedes Bundesland über einen Bettenbedarfsplan für angemessene Rahmenbedingungen sorgen. Die Finanzierung erfolgt im wesentlichen über die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies geschah in der Vergangenheit in einer Weise, die einen hohen Technisierungsgrad und eine permanente Leistungsausweitung gefördert hat. Der ambulante und der stationäre Bereich sind noch unzureichend miteinander verknüpft. Bemühungen zur Kostendämpfung erschöpften sich mangels überzeugender und konsensfähiger Konzepte bisher in Budgetkontrollen, zeitweiligem Einfrieren der Arzneimittelpreise und Maßnahmen zur Bettenreduktion. Ab 1999 sollen neue Kassenärzte nur noch bei festgestelltem Bedarf zugelassen werden. Der Autonomie der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitssektors (KV und GKV) wird Vorrang vor staatlichen Interventionen eingeräumt.

Den besonderen Bedürfnissen chronisch psychisch kranker Menschen nach interdisziplinärer und aufsuchender ambulanter Behandlung in enger Kooperation mit dem Krankenhaus wird mit dem Instrument psychiatrischer Institutsambulanzen Rechnung getragen. Diese sind jedoch weithin unzureichend ausgestattet und können den an Zahl zunehmenden Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern verweigert werden. Im Bereich medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sind die gesetzlichen Ansprüche der bisher bereits benachteiligten psychisch kran-

ken Menschen jüngst (z.B. im Arbeitsförderungsgesetz) weiter reduziert worden. Bei den vorherrschenden Maßnahmen zur sozialen Rehabilitation nach dem Bundessozialhilfegesetz bestehen oberhalb gewisser Einkommensgrenzen Selbstzahlungsverpflichtungen der Betroffenen und ihrer nächsten Angehörigen.

### Zusammenfassende Bewertung

Zwischen Italien, Deutschland und Großbritannien gibt es bemerkenswerte Unterschiede in der Entwicklung des Sozialstaats, im Ausmaß psychiatrisch relevanter gesundheitlicher Risiken sowie in Umfang und Organisationsform therapeutisch-rehabilitativer Versorgungsangebote. Dabei gewinnt man den Eindruck, daß die im Nachkriegs-Deutschland entwickelte Sozialpartnerschaft zwischen den großen gesellschaftlichen Gruppen und das seit Bismarck Zug um Zug ausgebauten Versicherungssystem für relativ mehr soziale Gerechtigkeit und mehr Schutz für die Hilfsbedürftigen gesorgt hat. Davon haben trotz aller Benachteiligungen auch die psychisch kranken Bürger profitiert. Die aktuellen Reformbemühungen im Gesundheitswesen laufen in den drei Ländern in eine ähnliche Richtung, wobei sich neben den Hoffnungen auf mehr Effizienz auch Gefahren einer zunehmenden Profitorientierung und einer Qualitätsminderung insbesondere zu Lasten der besonders Hilfsbedürftigen ergeben.

### Literatur

- Borgers, P.: Gesundheitspolitik: Steuerung, Morbiditätslast und Ökonomie; Manuskript eines unveröffentlichten Vortrags auf der 49. Gütersloher Fortbildungswoche vom 23.-26.09.1997. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Euro Atlas – Soziale Sicherheit im Verleisch; Bonn 1994.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich; Bonn 1988.
- Chiellino, C./Marchio, F./Rongoni, G.: Italien; 3. neubearbeitete Auflage, Beck'sche Verlagsbuchhandlung München 1995.
- Dell'Aqua, G.: Zwanzig Jahre nach Triest - Von der Kritik an den Institutionen der Psychiatrie zu den Institutionen der seelischen Gesundheit; in: caritas 97 (1996) S. 209-217.
- Dierkes, M. und Zimmermann, K.: Sozialstaat in der Krise – Hat die Soziale Marktwirtschaft noch eine Chance? Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler Wiesbaden 1996.
- Europäische Kommission:
- a) Soziale Sicherheit in Europa – 1995; Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften Brüssel - Luxemburg 1996.
- b) Beschäftigung in Europa – 1995; Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (EGKS-EWG-EAG) Brüssel – Luxemburg 1995.
- Eurostat, Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften (Hrsg.):
- a) Eurostat Jahrbuch 1996 – Europa im Blick der Statistik 1985-1995; Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften (EGKS-EWG-EAG) Brüssel – Luxemburg 1996.
- b) Europa in Zahlen – Vierte Ausgabe; Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften Brüssel – Luxemburg 1996.
- Kastendiek, H./Rohe, K./Volle, A.: Großbritannien - Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft; Campus Verlag 1994.
- Kauder, V. und Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Personen-zentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung; Psychiatrie-Verlag Bonn 1997.
- Kulenkampff, C. und Picard, W.: Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich; Tagungsberichte der Aktion Psychisch Kranke e.V. Band 15, Rheinland-Verlag Köln 1989.
- Longinus, B.: Psychiatrie in Triest; in: Fundamenta Psychiatrica (1995); 9: 9-17 (Teil I) und Fundamenta Psychiatrica (1997); 11: 5-11 (Teil II), F.K: Schattauer Verlagsgesellschaft.
- Reimer, F. (Hrsg.): Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie; Springer-Verlag 1994.
- Rössler, W. und Salize, H.J.: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung; Deutscher Studienverlag Weinheim 1993.
- Rössler, W./Salize, H.J./Biechele U.: Sozialrechtliche und strukturelle Defizite der außerstationären Versorgung chronisch psychisch Kranker und Behinderter; in: Nervenarzt (1995) 66: 802-810, Springer-Verlag.
- Sayce, L./Craig, T.K.J./Boardman, A.P.: The development of Community Mental Health Centres in the U.K.; Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (1991) 26: 14-20, Springer-Verlag.
- Tansella, M./De Salvia, D./Williams, P.: The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence; in: Social Psychiatry (1987) 22: 37-48, Springer-Verlag.
- Thom, A., Wulff, E. (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel - Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West; Psychiatrie-Verlag Bonn 1990.

### Anschrift des Verfassers

Sozialpsychiatrische Poliklinik  
der Medizinischen Hochschule Hannover  
Waldseestraße 1  
30163 Hannover