

»Dem Markt neue Räume eröffnen«

Sozioökonomische Auswirkungen der Finanzkrise auf die Gesundheitspolitik in Spanien

Die Autoren beschreiben, wie infolge der europäischen Finanzkrise die Dienstleistungen des spanischen Gesundheitssystems zugunsten einer neoliberalen Politik eingeschränkt wurden. Hervorzuheben dabei sind der zunehmende Trend zur Privatisierung bislang öffentlicher Aufgaben, die Entlassungen und niedrige Entlohnung der Mitarbeiter, Einschränkung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für große Teile der Bevölkerung sowie der Ausschluss vieler Menschen aus dem Versorgungssystem. **VON ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA UND ANA MORENO PÉREZ**

Im Jahr 2009 hat das Europäische Regionalkomitee der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Resolution angenommen, in der die Mitgliedstaaten gedrängt wurden, ihre Gesundheitssysteme weiter abzusichern und den allgemeinen Zugang zu effektiver Gesundheitsversorgung in Krisenzeiten sicherzustellen.

Vorschläge und kritische Bestandsaufnahme der WHO

2011 hat das WHO-Regionalbüro für Europa ein Dokument über die Auswirkungen der Krise im Bereich der psychischen Gesundheit veröffentlicht. Um diese abzumildern, werden folgende Maßnahmen empfohlen: (1) Beschäftigungsprogramme zu entwickeln, (2) die Familien zu unterstützen, (3) Preise und Verfügbarkeit von Alkohol stärker zu kontrollieren und (4) die medizinische Grundversorgung von Personen mit Risikofaktoren zu garantieren. Von der Idee geleitet, dass in Krisenzeiten eher eine noch umfangreichere und bessere Gesundheitsversorgung nötig ist, wird vorgeschlagen: (1) die Stigmatisierung zu bekämpfen, (2) in psychische Gesundheit zu investieren, (3) die Reformen zur Förderung der psychischen Gesundheit weiterzuführen und (4) universellen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu garantieren.

Ein weiteres Dokument der WHO aus dem Jahr 2012 analysiert die Krisenpolitik der betroffenen Staaten. Was jedoch die Regierungen im Allgemeinen tun, ist das genaue Gegenteil dessen, was die WHO im oben angeführten Papier von 2011 vorgeschlagen hat. Bezogen auf Spanien wird dazu Folgendes ausgeführt:

1. Spanien zählt zu den Ländern, die die Gelder für Gesundheitsversorgung gekürzt haben. [...] Das Gesundheitsministerium ist das Ministerium in Spanien, das die größten Kürzungen hinnehmen musste (2012: 536 Mio. Euro [22,6%]; 2013: 415 Mio. Euro). [...]

2. Das WHO-Papier skizziert die Entwicklung einer Politik, die den jeweiligen Beitrag der verschiedenen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure verändert. Da in Spanien die Gesundheitsversorgung nicht vom Zentralstaat, sondern von den autonomen Gemeinschaften* abhängt, bezieht sich



Barcelona 2013: Graffiti

der Bericht auf einen Plan für Wirtschaftlichkeit, der in Katalonien umgesetzt wurde und eine Verringerung von 10% bei den Gesundheitsausgaben in den Jahren 2010 und 2011 bedeutete.

Bei den Haushalten des Jahres 2013 haben sich nur zwei von insgesamt 17 autonomen Gemeinschaften von den Kürzungen des Jahres 2012 befreit, die in einigen Fällen bis zu 15,2% betragen. In Katalonien wurde die Politik der Kürzungen fortgesetzt, sodass der Haushalt in drei Jahren insgesamt um 25% gekürzt wurde.

Der Bericht erschien zeitlich vor der wichtigsten gesetzgeberischen Maßnahme in diesem Bereich: ein Dekret, in dem das nationale Gesundheitssystem (Sistema Nacional de Salud, SNS) nicht mehr als eine nationale, über Steuern finanzierte Dienstleistung verstanden wird, die Bürger allein aufgrund der Tatsache, Bürger zu sein, versorgt, sondern das nun ein Sozialversicherungssystem ist, wo das Recht auf Gesundheitsversorgung davon abhängt, ob man als Beschäftigter in diese Versicherung Beiträge zahlt oder nicht.

Diese Maßnahme ist der Anfang einer Entwicklung, die den Empfehlungen der WHO im oben genannten Dokument hinsichtlich der Garantie der Universalität entgegengesetzt ist; sie schließt ein, dass Personen, die älter als 26 sind und keine Beiträge gezahlt haben, da sie niemals beschäftigt waren, Arbeitslose, die kein Arbeitslosengeld mehr beziehen oder bestimmte Kriterien nicht erfüllen, sowie Immigranten, die keine Sozialversicherungsbeiträge zahlen, kein Recht auf Gesundheitsversorgung mehr haben!

3. Spanien wird unter den Ländern aufgeführt, die Maßnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten ergriffen haben, indem sie versuchen, die Ausgaben für Medikamente und medizinisches Material zu reduzieren, ihre Einkaufsstrategien zu verbessern oder die Nutzung von Medikamenten zu rationalisieren bzw. einzuschränken. Ebenfalls nach Erscheinen des WHO-Dokuments und im Sinne desselben Dekrets wurde das gemeinsame Portfolio des SNS verändert, für das die Nutzer einen finanziellen Beitrag leisten, wenn sie diese Gesundheitsdienste bean-

sprechen. Die Anteile, die ein Patient zahlen muss, um ein Medikament zu kaufen, wurden erhöht (für die aktiv Beschäftigten wurde der Prozentsatz ihres Anteils von 40 auf 60% erhöht; Rentner, für die Medikamente bis dahin kostenlos waren, müssen nun einen Teil der Medikamente bezahlen, abhängig von der Höhe ihrer Rente). Gleiches gilt für Prothesen, diätetische Produkte und anderes mehr. Zum ersten Mal werden hier auch die nicht notwendigen Krankfahrten eingeschlossen. [...]

Hinzu kommt, dass am 17. August 2012 die Liste der nicht vom SNS finanzierten Medikamente aktualisiert wurde, womit 400 pharmazeutische Präparate ausgeschlossen wurden, die bislang berücksichtigt worden waren.

4. Die Pläne für einige autonome Gemeinschaften, insbesondere Madrid und Kastilien-La Mancha, schließen als angebliche Sparmaßnahme den Verkauf oder die Auslagerung der Verwaltungen von Hospitälern mit ein (sieben in Madrid und vier in Kastilien-La Mancha) sowie die anderer öffentlicher Gesundheitsdienste. Durch diesen Verkauf oder die private Übernahme würden die Unternehmen von der öffentlichen Verwaltung einen jährlichen Betrag pro Einwohner erhalten, zu deren Gesundheitsversorgung sie damit verpflichtet sind. Diese Maßnahmen wurden getroffen, obgleich sich die Erwartungen in Bezug auf mögliche Einsparungen in Valencia, die die erste Gemeinschaft war, die dieses Modell versucht hat, nicht erfüllt haben. Das Hospital von Alzira (Provinz Valencia), das erste öffentliche Gesundheitszentrum in Spanien, das nun privat verwaltet wird und im Jahr 1999 eröffnet wurde, hatte im ersten Jahr Verluste von einer Million Euro, 900 000 Euro im zweiten Jahr, 450 000 Euro im dritten Jahr und 2,67 Mio. Euro im vierten Jahr (2002). Die autonome Regierung von Valencia, die einen Ausfall der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung durch eine mögliche Betriebsschließung nicht zulassen konnte, sah sich 2003 gezwungen, eine Rettungsaktion zu unternehmen, indem die Vertragsbedingungen für das konzessionierte Privatunternehmen attraktiver gestaltet wurden. Sie ist von dem Vertrag mit dem Konzessionsnehmer (ADESLAS und Ribera Salud, gegründet von den valencianischen Sparkassen Bancaja und CAM) zurückgetreten und hat das Hospital erneut ausgeschrieben, mit veränderter Leistungsbeschreibung. Der neue Vertrag sah außer dem Hospital auch die Kontrolle über Zentren für Basisgesundheitsversorgung des Regierungsbezirks vor. Der Jahresbeitrag, den die Verwaltung Valencias für jeden Einwohner des Landkreises Ribera zahlte, wurde um 68% angehoben. Das gleiche Konsortium,

dem die Rettungsaktion galt, hat sich dann unter den neuen Bedingungen erneut beworben und bekam die Konzession. Im Jahr 2009 verzeichnete es einen Gewinn von 2,1 Millionen Euro, auf Kosten des Anstiegs der öffentlichen Ausgaben.

5. Das Gesundheitspersonal hat wie alle im öffentlichen Dienst Tätigen Gehaltseinbußen und Kaufkraftverlust hinnehmen müssen. 2011 wurden die Gehälter eingefroren, 2012 um fünf Prozent abgesenkt, auch 2012 blieben die Gehälter eingefroren, und die Arbeitszeit wurde auf 37,5 Wochenstunden erhöht. 2012 und 2013 hat die Regierung die Einkommensteuersätze erneut angehoben (zwischen 0,75 und 7%), gleichzeitig erhöhte sich die Mehrwertsteuer für einige Dienstleistungen und Produkte von 8 auf 21%. Am 15. Juli 2012 wurde eine Sonderzahlung für öffentliche Angestellte ausgesetzt.

In fast allen autonomen Gemeinschaften bedeutete die Haushaltskürzung auch den Verlust von Arbeitsplätzen.

Sinn und Unsinn einer Politik

Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die derzeitige Regierung per Dekret mit der Universalität brach, existierte in Spanien ein System öffentlicher Gesundheitsversorgung, das über Steuern finanziert wurde und das bei Inanspruchnahme eine universelle, kostenlose Versorgung bot. Die Gesundheitsversorgung ist eine öffentliche Dienstleistung, die – abgesehen von einigen Ausnahmen, die sehr speziell auf Katalonien konzentriert sind – mit öffentlichen Geldern und von öffentlichen Beamten geleistet wird.

Daten der Weltbank zufolge betragen in Spanien die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich 3027 Dollar, aber die Gesundheitsindikatoren sind laut WHO besser als in Ländern mit wesentlich höheren Ausgaben, wie zum Beispiel den USA (8608 Dollar), Frankreich (4952 Dollar), Deutschland (4875 Dollar) oder Großbritannien (3609 Dollar). Spanien hat also ein sehr effizientes Gesundheitssystem. In einem Land, in dem tausende Millionen von Euro zur Rettung von Banken bereitgestellt wurden, scheint es jedoch eine Vereinbarung zwischen den aufeinanderfolgenden zentralen und autonomen Regierungen, in deren Kompetenz die Gesundheitsversorgung liegt, gegeben zu haben, die Ausgaben für Gesundheit zu reduzieren und ein System zu verändern, das mit so geringen Kosten zu derart guten Ergebnissen im Gesundheitsbereich geführt hat.

Dies ist entweder ein Fehler oder Ergebnis eines Mythos oder aber einer dahinterliegenden Absicht. Der Fehler liegt darin, Ökonomie mit Buchhaltung zu verwechseln. Der Mythos ist, privates Management führe

zu besseren Ergebnissen als öffentliches Management. Und die Absicht ist, bei der Gesundheitsversorgung das Terrain für Geschäfte privater Investoren zu vergrößern.

Ein Fehler: Buchhaltung und Ökonomie

Aber das Schlimmste ist nicht, dass ökonomische Argumente angeführt werden, wenn heute über Gesundheit und deren Kosten gestritten wird. Das Schlimmste ist, dass ökonomische Argumente angeführt werden, wo es sich eigentlich um buchhalterische handelt.

Es gibt drei Arten bzw. drei Ebenen ökonomischer Argumente, die beim Thema Gesundheitsversorgung angeführt werden können. Und es gibt die Möglichkeit und die Notwendigkeit, diese auf allen drei Ebenen zu diskutieren. Aber dabei ist es wichtig, zu berücksichtigen, auf welcher Ebene wir uns jeweils befinden, und nicht zu vergessen, dass auch die anderen Ebenen existieren.

Eine erste Ebene betreffe das ökonomische Modell, in dem die Gesundheitsversorgung, über die diskutiert wird, Sinn macht. Auf dieser Ebene werden Fragen behandelt wie: Ob wir akzeptieren, dass das fundamentale Ziel der Gesundheitsversorgung die Wiederherstellung der durch Krankheit geschwächten Arbeitskraft ist. Oder ob ein System möglich und legitim ist, das – um die Bedürfnisse einer kleinen Minderheit der Bevölkerung zu befriedigen – die große Mehrheit verarmen lässt, die zum Überleben nur über ihre eigene Arbeitskraft verfügt. Oder ob es Sinn hat, ein System aufrechtzuerhalten, das zur Vermeidung seines Zusammenbruchs immer weiteres Wachstum erzeugen muss und dabei in Kauf nimmt, dass den Möglichkeiten menschlichen Lebens auf dem Planeten Erde ein Ende gesetzt wird.

Eine zweite Ebene ist die Analyse der Konsequenzen der Probleme und Aktionen der Gesundheitsversorgung im Rahmen ebendieses Systems und deren Planung unter ebendiesem Voraussetzungen. Ein paradigmatisches Beispiel dieser Art der Analyse ist das, was in Großbritannien zur Entwicklung des Programms »Improving Access to Psychological Therapies« geführt hat, in dessen Rahmen ohne zusätzliche Kosten die 10 000 Psychotherapeuten ausgebildet und angestellt wurden, die notwendig waren, damit eine Million Bürger die vom NICE (nationales Institut für Gesundheit) empfohlenen psychologischen Interventionen erhalten konnte: Bürger, die aufgrund von depressiven oder nervösen Störungen Krankengelder bezogen und deren Arbeitsunfähigkeit sich aufgrund dieser Interventionen um mindestens einen Monat verringert hat. Die Analysen, die zur Halbzeit der Programmdurch-

führung angestellt wurden, bestätigen, dass die Berechnungen korrekt waren, was die klinischen Resultate und die Gegenüberstellung von Kosten und Einsparungen betrifft.

Aber wenn die spanischen Regierenden sagen, dass sie über Ökonomie sprechen, beschränken sie sich in Wahrheit auf Buchhaltung: auf Einnahmen und Ausgaben der Registrierkassen jeder Einrichtung. Ohne darüber nachzudenken, ob vielleicht diese Einnahmen oder die Art und Weise, wie die Ausgaben zustande kommen, ein noch viel größeres Loch erzeugen in Bezug auf die Situation, die wir hier behandeln.

Ein Beispiel für diese Haltung ist die von den Regierenden mehrerer autonomer Gemeinschaften getroffene Entscheidung der obligatorischen Pensionierung von Ärzten im Alter von 65 Jahren, die vorher bis zum Alter von 70 Jahren weiterarbeiten konnten. Da diese Ärzte nicht ersetzt wurden, werden zwar Einsparungen in der Buchhaltung des betreffenden Gesundheitsdienstes erzielt, aber dafür fast äquivalente Ausgaben bei den Pensionen und Renten; wobei noch erschwerend hinzukommt, dass die Patienten, die von diesen Ärzten behandelt würden, wenn diese weiter beruflich aktiv wären, nun keine Ärzte mehr haben, da der Gesundheitsdienst keine neuen Ärzte anstellt.

Aber es gibt noch mehr zu sagen. Was unsere Regierenden vorschlagen (auf barbarische Weise umgesetzt in Madrid und etwas verdeckter im ganzen Staatsgebiet), ist ein System, das das systemische Denken, das wir die zweite Ebene nannten, unmöglich macht: ein System, das sich auf das neoliberale Dogma stützt, wonach in jedem Hospital oder Gesundheitszentrum der jeweilige an den Tag gelegte Eifer des Verwalters (oder kurz: des Besitzers) zur Maximierung der Einnahmen und Reduzierung der Ausgaben ihrer Registrierkassen das exzellente Funktionieren des Systems garantiert. Es gibt jedoch keine empirische Stütze für dieses Dogma. Vielmehr resultiert aus der strikten Anwendung dieses Dogmas eine Krisensituation, die nun mit »noch mehr vom Gleichen« geregelt werden soll.

Ökonomie auf Buchhaltung reduzieren, den systemischen Ansatz aufgeben, kann für einige von Vorteil sein. Ein Vorteil wäre die Möglichkeit einer vierten, untergeordneten Ebene, wo das, was wir mangels eines akademischeren Begriffs »buchhalterische Tricks« nennen könnten, einen Platz hätte. Der wichtigste Trick, der von der Madrider Regierung schon seit Jahren angewandt wurde, war jener, der den Bau und die Inbetriebnahme von sieben Hospitälern ermöglicht hat, die über Privatinvestitionen finanziert wurden, wodurch aus buchhalterischer Perspektive betrachtet kein Defizit verursacht wurde. Es

gab kein Defizit, da die Gemeinschaft – die nicht Besitzerin der Gebäude ist – keinen Beitrag schuldet. Aber es wurden einige Mietverträge für einen Zeitraum von dreißig Jahren unterzeichnet, deren Gesamtbetrag sich auf das Zehnfache der Baukosten belaufen könnte (über 100 Millionen Euro pro Jahr, dreißig Jahre lang, das entspräche 25% aller Ausgaben und 50% der Ausgaben für Personal). [...]

Der Mythos vom privaten Management

Die Regierenden des Zentralstaats und der autonomen Gemeinschaften Madrids (vor allem der Gemeinschaft Madrid, aber ausnahmslos auch alle anderen) behaupten im-

tät privater Managementsysteme in Ländern mit mittleren und niedrigen Einkommen gibt. Die Analyse der Daten der langjährigen britischen Erfahrung hat offengelegt, dass das System, das der Privatisierungswelle in unserem Land als Modell gedient hat, zu teureren Einrichtungen und weiteren zusätzlichen Nachteilen geführt hat. Der Vergleich zwischen Systemen mit öffentlicher und privater Verwaltung in Kanada und den Vereinigten Staaten hat die Analytiker bewegt, der kanadischen Regierung radikal von einer Privatisierung der Dienstleistungen abzuraten. Schon 2006 veröffentlichte die Zeitschrift der WHO einen Artikel, in dem vor dem Hintergrund der Analyse der Erfahrungen in Australien, Spanien (Alzira) und



mer wieder, dass privates Management effizienter sei und die Ressourcen bei dieser Art Verwaltung kostengünstiger seien. Die Verteidiger dieser These haben allerdings keine Daten veröffentlicht, die es uns erlauben würden, bei den privaten Einrichtungen, die sie bereits in unserem Land eingeführt haben, die Richtigkeit der These zu überprüfen. Darüber, was in anderen Kontexten mit Einrichtungen passiert ist, die ihnen angeblich als Modell gedient haben, gibt es allerdings sehr wohl einige Daten.

Eine Revision, die 2012 in »PLOS Medicine« veröffentlicht wurde, kommt zu dem Schluss, dass auf Basis der vorliegenden Informationen es keinen Beweis für die angeblichen Vorteile in Bezug auf Effizienz und Effektivität

Großbritannien vertreten wurde, dass die öffentlich-private Zusammenarbeit zu den erfolgten Konditionen »die schwierige Aufgabe, ein Hospital zu bauen und in Betrieb zu nehmen, eher noch schwieriger macht«. Es gibt Studien, die zudem anführen, dass die in Spanien gemachten Erfahrungen einige der Garantien nicht berücksichtigen, die in Großbritannien erforderlich wären. Die spanischen Wissenschaftler haben sich ganz klar im gleichen Sinne geäußert.

Trotzdem hat die Madrider Regierung den Prozess zum Verkauf von sechs Hospitälern weiterbetrieben, entgegen den Stimmen der Experten, der Opposition und der Bürgerinitiativen, die gegen diese Maßnahme mobilisiert haben.

Gesundheit als Markt

Die wahre Absicht hinter diesen Maßnahmen wurde in einer Ankündigung des Gesundheitsrates der Gemeinschaft Madrid deutlich, mit der mögliche Investoren zu einer Versammlung ins luxuriöse Hotel Ritz eingeladen wurden (für dessen Eintritt sie 1380 Euro zahlen mussten) und die lautete: »Wenn Sie die geschäftlichen Möglichkeiten, die diese neuen Modelle der Privatwirtschaft bieten, kennen lernen wollen, sollten Sie nicht fernbleiben.« Um dieses Ziel zu ermöglichen, wurden so viele Gesetzesänderungen wie nötig durchgeführt, obgleich dafür einige der Prinzipien des allgemeinen Gesundheitsgesetzes, die das nationale Gesundheitssystem leiten, auf der Strecke bleiben mussten, wie z.B. das Prinzip der Territorialisierung. Eine Disposition des Madrider Parlaments, die das Organisationsprinzip der Gesundheitsversorgung aufgrund der Normen des Zentralstaats eigentlich nicht verändern kann, legt fest, dass die Gemeinschaft Madrid, die bis dato in elf Gesundheitsbezirke aufgeteilt war, nun als ein einziges Gebiet betrachtet wird, wo Hospitäler untereinander ohne Einschränkungen konkurrieren können.

Die Anwendung all dieser Veränderungen droht nun ein neues Gesellschaftsmodell zu formen. Ihr Sinn ist nicht neu, da sie der innewohnenden Logik und dem Charakter des kapitalistischen Systems entsprechen und schon von jenen aufgezeigt wurden, die sich dieser Logik seit dem Ende des 19. Jahrhunderts genähert haben: dass es für den individuellen Kapitalisten unmöglich sei zu überleben, wenn er sich nicht der Anforderung des wachsenden Profits stellt, wurde schon von Karl Marx im »Kapital« aufgezeigt. [...]

Wenn dem so ist, dann stehen wir vor Tatsachen, deren politische, ethische und soziale Konsequenzen in Erwägung gezogen werden müssen: Maßnahmen, die angeblich zur Einsparung in einer Krisensituation des Staates und der autonomen Gemeinschaften gedacht sind, hätten dann nicht zum Ziel, weniger Geld auszugeben, sondern dem Markt neue Räume zu eröffnen zum Erzielen von Gewinnen.

Das Schlimmste daran ist, dass diese Operation im Namen eines neoliberalen Diskurses durchgeführt wurde, der die Befreiung der angeblich »gesunden« Kräfte des Marktes und des freien Wettbewerbs und damit deregulierende Maßnahmen fordert, aber in Wahrheit den regulierenden Einfluss des Staates nutzt, um nun Unternehmen zu begünstigen, die die Transformation des Systems anstreben und außerdem Personen, die mit diesen Unternehmen verbunden sind, nun in die Position versetzt, diesen Prozess



Fotos: Thomas Meinhardt

Barcelona 2013

zu leiten. Das ist nicht besonders originell. [...]

Wenn wir also darüber nachdenken, was derzeit im System der Gesundheitsversorgung passiert, müssen wir uns fragen, von welchem Referenzrahmen aus wir dies tun können. Die Maßnahmen, die bisher ergriffen wurden, können nicht erklärt werden, wenn wir davon ausgehen, dass ihr leitendes Ziel die Verbesserung der Versorgung oder die Einsparung sei. Was in Bezug auf Gesundheit in Europa, in den Vereinigten Staaten und der restlichen Welt passiert, lässt sich eher erklären, wenn wir davon ausgehen, dass dahinter letztlich die Absicht steht, die Gesundheitsversorgung in einen Bereich zu verwandeln, wo jedes angestrebte Ziel notwendigerweise nur durch Beziehungen erreicht werden kann, die über Waren vermittelt sind – in Form von Medikamenten, anderen Produkten oder Dienstleistungen –, die nutzbringend sind im Sinne der Schaffung von Mehrwert und des Erzielens von Gewinnen, wenngleich sie höhere Kosten und schlechtere Ergebnisse bedeuten.

Diejenigen, die das Gegenteil behaupten, sollten in der Lage sein zu beweisen, dass ihr Vorschlag zu besseren (oder gleichen) Ergebnissen führt sowie zu niedrigeren (oder gleichen) Kosten. Aber sie sind nicht nur diesen Beweis schuldig geblieben, sondern haben sich auch unter ständiger Verteidigung der Deregulierung die regulierende Kapazität des Staates zunutze gemacht [...].

Krise, Austerität und die Folgen

Die Krise und die von den Regierungen entwickelten politischen Maßnahmen, um dieser zu begegnen, haben auf verschiedenen Ebenen Konsequenzen gehabt:

1. Psychische Gesundheit:
 - Verringerung der zuvor seit Jahren ver-

- zeichneten fallenden Tendenz bei Suiziden;
- verstärkte Inanspruchnahme der Basisgesundheitsdienste; Gründe: Stimmungsschwankungen, Nervosität/Unruhe, Schlafstörungen und Alkoholprobleme im Zusammenhang mit eigener Arbeitslosigkeit oder der von Angehörigen, finanziellen Belastungen (Hypotheken) oder Wohnungsverlust.

2. Spezialisierte Angebote im Bereich Gesundheit und psychische Gesundheit:

- Bruch mit der Universalität des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, wobei besonders verwundbare Gruppen besonders betroffen sind (Langzeitarbeitslose, Immigranten mit irregulärem Aufenthaltsstatus ...);
- ungleicher Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und eingeschränkte Anspruchsrechte auf Versorgung (längere Wartezeiten im Behandlungsfall, Einschränkungen bei der Medikamentenversorgung ...).

3. Systeme sozialer Absicherung: Zunahme der Bevölkerungsgruppen, die außerhalb des Systems sozialer Absicherung stehen und unterhalb der Armutsgrenze leben (Leistungsverlust bei Arbeitslosigkeit, Verlust der Erziehungsbeihilfen, Situationen der Abhängigkeit). ■

Dr. Alberto Fernández Liria, Psychiatrist, Director of the Mental Health Managed Care Area, University Hospital Príncipe de Asturias, Madrid, Spain; Associated Professor of Alcalá University; Former President of the Spanish Association of Neuropsychiatry. **Dr. Ana Moreno Pérez**, Psychiatrist, Medical Coordinator of the Mental Health Managed Care Area, University Hospital Príncipe de Asturias, Madrid, Spain; Associated Professor of Alcalá University; Former Secretary General of the Spanish Association of Neuropsychiatry.

Bei dem Text handelt es sich um die gekürzte und bearbeitete Version der spanischen Online-Fassung: www.atopos.es/images/crisis_salud_mental_corregido.pdf

Die Übersetzung aus dem Spanischen besorgte Dorothee Mölders.

Korrespondenz:

Alberto Fernández Liria
Fernán González 79, 6°C
28009 Madrid
E-Mail: afliria@gmail.com

Literatur bei den Verfassern.

* Als autonome Gemeinschaften (span. Comunidades Autónomas) werden die 17 Regionen Spaniens bezeichnet. Die autonomen Gemeinschaften sind Gebietskörperschaften, die im Rahmen der spanischen Verfassung durch Autonomiestatute mit bestimmten Kompetenzen in Gesetzgebung und Vollzug ausgestattet werden. Das Maß der jeweils eingeräumten Autonomie variiert dabei von Gemeinschaft zu Gemeinschaft. Sieben der siebzehn autonomen Regionen bestehen nur aus einer Provinz, die übrigen aus mehreren [...] Provinzen (nach Wikipedia, 22.2.14).