

02.06.2020 - Das abschreckende Beispiel der Lombardei

Öffentlich-Privat (ÖPP) im Gesundheitssystem

Ein Interview mit Vittorio Agnoletto

Vittorio Agnoletto war *das* Gesicht der italienischen globalisierungskritischen Bewegung Anfang des Jahrtausends und der Massenproteste gegen den G20-Gipfel in Genua im Mai 2001, gegen die die Regierung Berlusconi ein regelrechtes Massaker inszenierte. Agnoletto ist Arbeitsmediziner und Dozent an der Università degli studi in Mailand mit dem Schwerpunkt Globalisierung und Gesundheitspolitik. Er ist seit langem im Kampf gegen AIDS engagiert und Mitbegründer der Italienischen Liga für den Kampf gegen AIDS (Lila).

Das nachstehende Interview mit ihm, das wir gekürzt wiedergeben, führte Sara Zanisi am 16. Mai 2020 für die Onlinezeitung *Officina Primo Maggio*. Darin skizziert Agnoletto die Probleme, die im Zusammenhang mit Covid-19 in der Lombardei aufgetreten sind, ihre Ursachen und die Gesundheitspolitik in Italien in den letzten Jahrzehnten.

Zanisi: Worin hat das öffentliche Gesundheitswesen in Italien im Zusammenhang mit Covid-19 versagt?

Agnoletto: Wir hatten ein Zeitfenster zur Verfügung, das waren die ca. sechs Wochen von dem Zeitpunkt an, wo das Virus in China aufgetaucht ist, bis zu seinem Auftreten in Italien. In diesen Wochen hätte alles unternommen werden müssen, um die notwendigen Vorkehrungen zur Eindämmung des Virus zu treffen, da klar war, in einer globalisierten Welt würde es früher oder später zu uns kommen.

Dieses Zeitfenster hat man ungenutzt verstreichen lassen, die Gesundheitsvorsorge, die geeigneten Maßnahmen zur Information und Einbeziehung der Bevölkerung wurden nicht aktiviert.

Ich gebe dafür ein paar einfache Beispiele:

Das erste in einer solchen Situation ist, es klingt banal, dass die Bevölkerung informiert wird: Es muss eine Telefonnummer herausgegeben werden, über die sie sich informieren kann, weil klar ist, wenn ein solches Virus im Anmarsch ist, hat ein Teil der Bevölkerung Angst. Das wurde nicht getan, und das war der erste Fehler. Da geht es um öffentliche Gesundheit, nicht nur um gesunden Menschenverstand, das lernt man schon im Studium.

Jeder, der Fragen zu Corona hatte, hat sich deshalb an den zentralen Notruf 112 gewandt, der aber nur für Notfälle da ist: Infarkte, Unfälle, Taschendiebstähle und dergleichen. Dadurch wurde die Nummer für die Notfälle blockiert. Als dann in den einzelnen Regionen Sondernummern herausgegeben wurden, gab es in den Callcentern zu wenig Operateure und es wurde auch nicht auf ihre Qualifikation geachtet, im Gegensatz zu China, wo dies die allererste Maßnahme war.

Die Regierung hat zweitens keinen Krisenstab eingesetzt, der die Bevölkerung und die Massenmedien mit wissenschaftlichen Informationen versorgt und die Maßnahmen der Regierung kommuniziert hätte, wie es in solchen Fällen geboten ist, damit keine Panik entsteht ? obwohl es das Zeitfenster gab, die chinesischen Behörden bereit waren, ihre Informationen zu teilen, die Berichte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gab, nichts davon wurde unternommen. Man hätte die Reaktionen der Bevölkerung, der Medien, die Falschmeldungen etc. ganz anders steuern können. Das ist ein technische, nicht einmal eine politische, Frage, die immer anfällt, wenn es um die öffentliche Gesundheit geht. Drittens wurde die Bevölkerung in das Krisenmanagement nicht einbezogen, sie wurde nicht aufgeklärt über den Umgang mit Informationen, die richtigen Verhaltensweisen, ihren Teil der Mitverantwortung.

Schon in den 70er Jahren hat *Ivan Illich** dafür plädiert, die Pflege der eigenen Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen und ein kooperatives Verhältnis zwischen dem Einzelnen und dem Gesundheitsapparat aufzubauen.

Darüberhinaus konnten wir in Italien aber auch auf eine sehr starke Erfahrung zurückgreifen, nämlich die von Jahrzehnten im Kampf gegen AIDS, wo sich gezeigt hatte, wie wichtig die Rolle der Zivilbevölkerung und der Verbände ist; die wussten damals die richtigen Worte zu finden und vor allem wussten sie, gezielt zu kommunizieren. Die Breitbandinformation, also die übers Fernsehen, kann in ihrer Wirkung recht eingeschränkt sein. Es muss in verschiedenen Sprachen kommuniziert werden, weil es verschiedene Adressaten gibt, es braucht auch Studien, Praxen, Schulen, in denen öffentliches Gesundheitswesen gelehrt wird ? das hat es jetzt alles nicht gegeben. Die Hausärzte wurden im Stich gelassen und weder von den Notfallambulanzen noch von den Krankenhäusern unterstützt.

Es gibt ein weiteres Problem. Wir haben ein Netz von Allgemeinmediziner*innen, die landesweit unter Vertrag stehen. Das Netzwerk ist sehr verzweigt, die ganze Welt beneidet uns darum, denn alle, die in Italien ihren Wohnsitz haben ? Staatsbürger, anerkannte Migranten und selbst nicht anerkannte Minderjährige ? sind bei einem Arzt

oder einem frei zu wählenden Kinderarzt gemeldet; deren Zahl ist zwar gesunken, aber alle Genannten sind da gemeldet.

Die Allgemeinärzte waren unsere erste Verteidigungslinie, die hätte gestärkt und in die Lage versetzt werden müssen zu wissen, was zu tun sei. Die bekamen keinerlei Hilfestellung. Die erste EMail, die sie erreicht hat ? am 4.März, also mehr als zehn Tage nach dem Ausbruch von Corona in Codogno ?, besagte, sie könnten sich in Mailand Schutzmasken abholen. Man hätte aber schon vor dem Ausbruch diese Ärzte instruieren und ihnen Handschuhe, Einweg-Schutzanzüge und Masken besorgen müssen. Man hätte die Bevölkerung davon abhalten müssen, die Notambulanzen aufzusuchen, wenn sie Verdacht auf Corona hatten, weil diese selbst dann zu Orten geworden wäre, wo sich das Virus stark verbreitet. Und auch nicht die Hausarztpraxis, die in der Regel überfüllt ist und wo man sich selber oder andere leicht anstecken konnte.

Der Bevölkerung hätte eine "grüne Nummer" ausgehändigt werden müssen, eine speziell zu dem Zweck eingerichtete Hotline. Sie hätte angehalten werden müssen, den Arzt nur telefonisch zu kontaktieren, der sie dann hätte mit ausreichendem zeitlichen Abstand zum Termin einbestellen können.

Das sage ich nicht, weil man im nachhinein schlauer ist, dieses Grundwissen lag alles schon vor, man kannte auch die Übertragungswege des Virus und hätte alle Vorsichtsmaßnahmen ergreifen können. Das hat man nicht getan, darüber hinaus hat man nicht einmal das Personal in den Notambulanzen und den Krankenhäusern geschützt.

Zanisi: Ist das ein Ergebnis des systematischen Abbaus der Präventivmedizin und der Arbeitsmedizin bei uns?

Agnoletto: Bei uns gibt es die Arbeitsmedizin im ambulanten wie im stationären Bereich nur auf dem Papier, nicht in der Wirklichkeit. Die Gesundheitsvorsorge wurde auf ein

Minimum reduziert, Arbeitsmediziner sind Freischaffende, sie arbeiten für Arbeitgeber, die sie jederzeit vor die Tür setzen können, das ist mir auch selbst passiert. Die Gesundheitsämter haben nur noch eine Aufsichtsfunktion. Auch in den Krankenhäusern sind die von der WHO vorgegebenen allgemeinen Vorsorgemaßnahmen nur Literatur für Studenten im Fach Präventivmedizin. So konnte es kommen, dass 12 Prozent des Gesundheitspersonals selber infiziert wurde, eine ganz schlimme Situation, da werden die krank, die die Bevölkerung heilen sollen.

Die Lage der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist überall dramatisch. Masken des Typs FFP3 oder FFP2 gibt es ganz wenige. Die Richtlinien des Innenministeriums sehen vor, dass in den Krankenhäusern Schutzanzüge und Masken nur für die bereitstehen, die positiv getestete Corona-Patienten behandeln, alle anderen, auch solche, die die Kranken in die verschiedenen Fälle einteilen, müssen sie nicht tragen, sie müssen nur Abstand halten. Das ist verrückt, weil sich auf diese Weise viele Beschäftigte anstecken.

Am 16.März gab es 1674 infizierte Gesundheitsarbeiter in den Krankenhäusern, heute, am 16.Mai, ist ihre Zahl auf 2000 gestiegen. Von den Hausärzten nicht zu reden. Der nationale Ärzteverband und der der Lombardei haben getrennt voneinander ein überaus kritisches Kommuniqué an die Regierung geschickt, in dem sie darauf hinweisen, dass der Mangel an Schutzvorrichtungen aus einem Personal, das heilen soll, Virenschleudern macht. Das ist ganz übel.

Zanisi: Wie hat die Regionalregierung der Lombardei reagiert?

Agnoletto: Sie hat nichts von dem getan, was ich jetzt genannt habe. Sie hat sogar zeigen wollen, dass sie aus eigener Vollkommenheit, ohne Absprache mit der Zentralregierung, handeln konnte und hat Masken bestellt, die nie angekommen sind. Warum die nicht angekommen sind, wissen wir nicht. Aber dadurch hat die Regionalregierung viele wertvolle Tage verloren, bevor sie den Stab an den Zivilschutz weitergegeben hat.

Der Zivilschutz hat deswegen auch mit Verspätung gehandelt, er musste die Masken auf dem internationalen Markt erstehen, wo die Konkurrenz bereits heftig war.

Soviel zur Prävention. Und was tut die Regierung in dieser Situation? Sie gibt Richtlinien heraus, die besagen: Jeder Mensch, der mit einer positiv getesteten Person in Kontakt gekommen ist, muss 14 Tage lang in vorbeugende Quarantäne ? mit Ausnahme des Gesundheitspersonals. Das muss weiterarbeiten, auch wenn es mit einem positiven Kollegen in Berührung gekommen ist ? bis es Fieber und Atemwegsbeschwerden bekommt. Das haben sie gemacht, weil sie realisiert haben, wieviele Beschäftigte bereits infiziert waren. Wären die auch weggesperrt worden, hätten viele zu Hause bleiben und viele Stationen geschlossen werden müssen.

Man hätte die Beschäftigten im Umkreis eines positiven Kollegen mindestens alle drei Tage testen müssen, sodass eine weitere Infektion sofort aufgedeckt worden wäre. Die Positiven hätten zu Hause bleiben müssen, damit die Kurve der Infizierten unter den Beschäftigten nicht steil ansteigt. Es gibt da aus Kriegszeiten fürchterliche Beispiele... Wenn man die vorderste Linie opfert, wird man auch die zweite Linie opfern müssen, das Fachpersonal, und das muss man dann durch Freiwillige ersetzen. Im Krieg war es so, da wurden die 16- bis 18Jährigen ausgehoben...

Zanisi: Und die 99er Jahrgänge sind die, die frisch von der Uni kommen?

Agnoletto: Ganz richtig, das ist das passende Bild. Für die Behandlung solcher Infektionskrankheiten brauchen wir keine Allgemeinmediziner, wir brauchen Ärzte in den Notfallambulanzen, die sich mit Seuchen auskennen, nicht frisch Examinierte oder über 70Jährige, die selber zur Riskogruppe zählen. Wenn das Virus die erste Linie durchbricht, setzt es die spezialisierten Bereiche und das Fachpersonal unter Druck.

Zanisi: Das größte Risiko scheint derzeit der Mangel an Krankenhausbetten zu sein, vor allem auf den Intensivstationen. Warum haben wir in Italien 5000 Intensivbetten, in Deutschland aber 28.000 und in Frankreich 20.000?

Agnoletto: Das ist ein weiteres Problem. Es fehlen uns auch die Beatmungsgeräte, wenn es die nicht gibt, sind auch die Betten überflüssig. Zum Mangel an Schutzmaterial kommt also der Mangel an technischen Apparaten, auch das musste man sich auf dem internationalen Markt zusammensuchen, wo schon viele andere unterwegs waren.

Der Grund dafür ist sehr einfach: Die Regionalregierung der Lombardei hat die Vorsorgeeinrichtungen und -kapazitäten sowohl allgemein als auch in den Betrieben systematisch heruntergefahren, das Gesundheitswesen weitgehend privatisiert und im öffentlichen Gesundheitswesen die betriebswirtschaftliche Rechnungsführung eingeführt, also die Logik des Gewinnmachens. 40 Prozent des Gesundheitshaushalts der Region fließen heute in private Einrichtungen.

Zanisi: Das würde ich gern vertiefen wollen. Einer neuen Veröffentlichung zufolge verfügen 68 private Vertragskrankenhäuser in der Lombardei über 7500 Betten, darunter 380 Intensivbetten, das sind 20 Prozent aller in der Lombardei verfügbaren Krankenbetten ? sie greifen dafür aber das Doppelte, nämlich 40 Prozent des Gesundheitshaushalts ab. Von 17.5 Mrd. Euro, die jährlich in der Lombardei für das Gesundheitswesen ausgegeben werden, fließen 7 Mrd. an die Privaten.

Agnoletto: Eine private Behandlung ist sehr viel teurer, als wenn sie in einer öffentlichen Einrichtung erfolgt, das zeigen alle internationalen Statistiken. Das liegt daran, dass unter dem Fallpauschalensystem, das in Italien 1992 eingeführt wurde, Privatkliniken sehr findig sind darin, aus diesem Mechanismus ein Maximum an Profit zu schlagen. Sie

konzentrieren sich auf die Behandlungen, die die größten Einnahmen versprechen, und manipulieren auch die Diagnosen entsprechend. In der Lombardei gibt es haufenweise Anzeigen wegen Korruption im Gesundheitswesen, es werden Krankheiten diagnostiziert, die es nicht gibt, Operationen durchgeführt, die vielleicht gar nicht nötig sind, usw. Die Regionalregierung hat seit geraumer Zeit darauf verzichtet, Kontrollen durchzuführen.

Welchen Zweck verfolgen private Gesundheitseinrichtungen? Sie gehören Aktionären aus dem Bereich der Finanzen, der großen Konzerne usw. Diese investieren in eine Privatklinik, weil sie daraus Gewinn ziehen wollen, wie bei jedem Betrieb. Privatkliniken verdienen daran, dass es viele Kranke gibt, das klingt banal, aber es ist so: Private haben kein Interesse an der Prävention, weil diese die Zahl der Erkrankungen senkt. Wenn es durch Prävention gelingt, eine Krebserkrankung zu vermeiden, weil der Betroffene mit dem Rauchen aufgehört hat, ist das ein Krebspatient weniger. Die Logik einer öffentlichen Einrichtung ist genau umgekehrt: Je weniger Kranke es gibt, desto geringer sind die Kosten und damit der Anteil der Steuergelder, der in das Gesundheitswesen fließen muss. Das sind zwei völlig unterschiedliche Kulturen.

Das gewinnorientierte Wirtschaften hat bei uns, und hier nochmal in besonderem Maße in der Lombardei, Einzug in das öffentliche Gesundheitswesen gehalten: Die lokalen öffentlichen Gesundheitseinheiten (Ussl) wurden ersetzt durch örtliche Gesundheitsbetriebe (Asl). Private haben aber kein Interesse an der Notfallmedizin, da verdient man wenig dran. 60?70 Prozent der öffentlichen Kliniken haben eine Notaufnahme, aber nur 30 Prozent der privaten. Hingegen haben die Privaten großes Interesse an der Chirurgie und an chronischen Erkrankungen, da gibt es Riesenprofite zu machen.

Zanisi: Wie hat sich die Gesundheitsreform in der Lombardei ausgewirkt?

Agnoletto: Die Regionalregierung hat zunächst einmal einen großen Teil der Dienstleistungen abgebaut, die der Prävention dienen: die Impfprogramme, die Informationskampagnen, usw. ? auch am Arbeitsplatz. Die Gesundheitskontrolle wurde auf ein Minimum beschränkt.

Sie hat darüberhinaus die betriebswirtschaftliche Rechnungsführung in den öffentlichen Krankenhäusern eingeführt, was auch dazu geführt hat, dass die Zahl der Betten heruntergefahren wurden. 1981 hatten wir in Italien 530.000 Krankbetten, 2017 waren es weniger als die Hälfte. 2016 gab es 3,2 Betten pro 1000 Einwohner, der Durchschnitt liegt in den OECD-Ländern bei 4,7.

Aber auch für die Bestallung des Direktors eines öffentlichen Krankenhauses, die von der Region vorgenommen wird, wurden jetzt Kriterien angelegt, die für ein Privatunternehmen gelten: nämlich die wirtschaftliche Tüchtigkeit, nicht die Fähigkeit, Dienstleistungen bereitzustellen, und die Zufriedenheit der Patienten.

Die chronisch Kranken wurden den Privaten überlassen, die Öffentlichen haben die akuten Erkrankungen behalten. Damit zieht sich der Staat aber ein Stück weit aus seiner Verantwortung für die Gesundheit der Bürger heraus. Das führt dann zu solchen Absurditäten wie der, dass ein Diabetes privat behandelt wird, eine Niereninsuffizienz aber öffentlich behandelt werden muss. Da geht jeder ganzheitliche Ansatz verloren. Viele öffentliche Krankenhäuser wurden geschlossen und gleich daneben private hochgezogen, die nur noch einen Teil der Leistungen im Angebot hatten ? die Lombardei ist voll von solchen Flickenteppichen. Wir haben eine Kampagne gestartet um die Forderung, dass erst einmal die geschlossenen Häuser wieder geöffnet werden sollen, bevor neue gebaut werden.

Zanisi: Und jetzt heißt es, es sollen zusätzliche Betten im Privatsektor geschaffen und neue Privatbetreiber unter Vertrag genommen werden... Aber wie sind wir dahin gekommen?

Agnoletto: Ende der 70er Jahre hat es in Italien eine umfassende Reform des Gesundheitswesens gegeben, sie fand ihren Niederschlag in der Einführung eines Nationalen Gesundheitsdienstes mit Gesetz vom Dezember 1978; dieser Dienst trat an die Stelle der zuvor existierenden "mutua", die aus den Beiträgen ihrer Mitglieder bezahlt wurde. Die Reform hat also erst einmal das Recht auf Gesundheit als ein universelles Recht installiert. Das ist ein Auftrag, der sich aus Art. 32 unserer Verfassung ergibt, in

dem es heißt, die Republik ist verpflichtet, Hindernisse, die Bürgerinnen und Bürgern bei der Beanspruchung ihrer Rechte im Weg stehen, zu beseitigen. Dazu gehört auch das Recht auf Gesundheit.

Auf der Basis des neuen Gesetzes wurde ein nationaler Gesundheitsplan erarbeitet, der Ziele, Zeiträume und finanzielle Ausstattung des nationalen Gesundheitsfonds festlegte und einen entsprechenden Verwaltungsapparat mit der Umsetzung beauftragte. Die Kommunen und die Bürgermeister hatten die Aufgabe, die örtlichen operativen Einheiten (die Ussl) zu kontrollieren. Die Privaten sind dagegen Sturm gelaufen; um diese System hat uns aber die halbe Welt beneidet.

Von da an ging es aber schon wieder bergab. 1992 hat ein neues Gesetz den Ussl die betriebswirtschaftliche Rechnungsführung und die marktwirtschaftliche Orientierung vorgeschrieben, dann wurde das Gesundheitswesen immer mehr in die Hände der Regionen gelegt, die nun selbständig entscheiden konnten, wie sie die Gesundheitsdienste organisierten und nach welchen Kriterien diese finanziert werden sollten.

Die ambulante und die stationäre Versorgung wurden voneinander getrennt. Das Krankenhaus wurde jetzt zum Zentrum der medizinischen Versorgung, die flächendeckenden Versorgungsleistungen im Vorfeld wurden mehr und mehr ausgetrocknet, auch finanziell. Der Direktor eines öffentlichen Krankenhauses bekam jetzt einen privatrechtlichen Vertrag.

1999 ermöglichte ein neues Gesetz, auch Private unter Vertrag zu nehmen, dass sie öffentliche Aufgaben übernehmen ? so wurde ein Wettbewerb zwischen Privaten und Öffentlichen eingeführt.

Schritt für Schritt kehrte sich dann das Verhältnis um: Die öffentlichen Einrichtungen verkamen zu Strukturen, die die privaten zu unterstützen hatten. Ärzte, die zuvor öffentliche Angestellte waren, konnten nun wählen, ob sie Vollzeit für das öffentliche System arbeiten wollten oder nur Teilzeit. Sie durften nun in öffentlichen Krankenhäusern private Betten unterhalten oder neben ihrer Krankenhaustätigkeit eine private Praxis aufmachen. Dann bekamen die Chefärzte Arbeitsverträge, die sie nicht mehr zu einer bestimmten Stundenzahl verpflichteten, sondern auf die Erreichung bestimmter Ziele ? mit dem Ergebnis, dass sie zwar weiter die Verantwortung übernahmen, die Stationsleitung aber an andere delegierten.

1997 wurde in der Lombardei das Gesetz Formigoni eingeführt, das den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eine privatwirtschaftliche Unternehmensform verpasste und sie aufteilte in jeweils örtliche Gesundheitsbetriebe und Krankenhausbetriebe. [Die Tätigkeiten der beiden werden nun von einer Art staatlichen Agentur (Asl) koordiniert, die die Gesundheitsleistungen von Öffentlichen wie Privaten einkauft, auf der Basis von Verträgen und Qualitätskontrollen. Den Asl selber untersteht die allgemeine öffentliche Hygiene und die Prävention, die Veterinärmedizin und die Allgemeinmedizin ? Bereiche, die sie vernachlässigt, *Anm. d.Red.*]. Der letzte Baustein in dieser Entwicklung ist die Zuweisung chronisch Kranker an private Krankenhäuser, somit die Einführung einer Arbeitsteilung zwischen öffentlich und privat.

In den letzten Jahren wurden eine Eigenbeteiligung der Patienten an den Kosten eingeführt. Damit sollte die Zahl der ärztlichen Untersuchungen gesenkt werden. Damit wird aber ein Teil der Mittelschichten ins private System gedrängt.

Zanisi: In der Coronakrise haben sich die Privaten zunächst geweigert, Bettenkapazitäten für Coronakranke zur Verfügung zu stellen.

Agnoletto: Ja, wir haben da über die Medien Alarm geschlagen. In den privaten Häusern halten sie jetzt Betten vor, die sie öffentlich abrechnen. Das ist für sie eine weitere Einnahmequelle, die privaten Strukturen werden dadurch noch mehr gestärkt. Es gab auch noch ein anderes Phänomen: Am 8.März dieses Jahres hat die Regionalregierung öffentlichen und privaten (unter Vertrag stehenden) Krankenhäusern erlaubt, alle Untersuchungen auszusetzen, sofern sie keine Notfälle waren. Zu Hunderttausenden haben diese Menschen dann Privatpraxen aufgesucht, die nicht öffentlich akkreditiert sind ? jedenfalls wer das Geld dazu hatte ?, weil sie wussten, dass sie einen neuen Termin erst in Monaten bekommen würden. Wir haben gefordert, dass diesen Menschen nur die Eigenbeteiligung abverlangt wird und die Region für die Kosten aufkommen soll, allerdings nur in der Höhe einer öffentlichen Einrichtung. Das wurde natürlich nicht gemacht, so dass sich im Ergebnis jetzt viele tausend Menschen in private Behandlung begeben müssen, für die sie viel Geld hinlegen müssen.

Corona hat also einen weiteren Schub in Richtung Privatisierung des Gesundheitswesens ausgelöst...



Sozialistische Zeitung

Regentenstr. 57–59 · D-51063 Köln
Fon (02 21) 9 23 11 96 · Fax (02 21) 9 23 11 97
redaktion@soz-verlag.de · www.sozone.de

- *Ivan Illich, Die Nemesis der Medizin. Kritik der Medikalisierung des Lebens*