

Monique Kriescher-Fauchs

Die Gesundheitsreform in Italien

Auf dem Wege zu einem Volksgesundheitsdienst*

Am 23. Dezember 1978 ist in Italien das Rahmengesetz über die Einführung des Servizio sanitario nazionale (Ssn), des nationalen Gesundheitsdienstes, verabschiedet worden (Gesetz 833 vom 23.12.1978). Zuletzt wurde es auf der Basis von Entwürfen unterschiedlicher parlamentarischer Gruppen und des damaligen Gesundheitsministers ausgearbeitet und von allen im Parlament vertretenen Parteien - außer der neofaschistischen - befürwortet.

Durch die Einrichtung des Ssn wird unabhängig von Alter, Geschlecht, Beruf und Einkommen die ambulante und stationäre Betreuung der Bevölkerung grundsätzlich unentgeltlich gesichert. Das neue Gesetz stützt sich auf die fortschrittliche italienische Verfassung vom 27.12.1947 und übernimmt in seine Prinzipien den dort postulierten »Schutz der Gesundheit als grundlegendes Recht des Individuums und als Interesse der Gemeinschaft« (Art. 32 ital. Verfassung). Weiterhin orientiert sich das Gesetz an der umfassenden WHO-Definition von Gesundheit mit der Zielsetzung, nicht nur die bestmögliche Behandlung von Krankheiten zu gewährleisten, sondern und vor allem die Entwicklung von Gesundheit zu fördern. Ein Konzept dezentralisierter primärer Gesundheitssicherung, die Unità Sanitaria Locale (USL) als örtliche Gesundheitseinrichtung, wird als alternativer Versorgungsansatz zugrundegelegt.

Wesentliche Kennzeichen des italienischen Gesundheitswesens sind *bis* zur Einführung des Ssn: die Vielzahl von Krankenkassen¹, die Zersplitterung staatlicher, halbstaatli-

* Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, einen kurzen Überblick über den am 1.1.1980 in Italien eingeführten nationalen Gesundheitsdienst zu vermitteln. Der sehr wichtige Finanzierungsaspekt wird in diesem Rahmen nicht diskutiert. Auch andere Momente wie das Verhalten der medizinischen Zulieferindustrien, die Implikationen für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und das neue epidemiologische Erfassungssystem müssen ebenfalls ausgespart bzw. können nur am Rande gestreift werden. Auch die Entstehungsgeschichte der italienischen Gesundheitsreform und ihr Bedingungszusammenhang sind aus Platzgründen auf wenige Seiten gekürzt worden.

cher und privater Kompetenzen sowie die Unüberschaubarkeit gesetzlicher Normen, ein unwirtschaftlicher Mitteleinsatz und die mangelnde Effektivität der Versorgungsstrukturen. Sehr hohe perinatale wie auch Säuglingssterblichkeitsraten, ein stetiger Anstieg von Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und Volkskrankheiten, ein Wiederaufflackern der infektiösen Krankheiten wie Cholera, Typhus und Hepatitis dokumentieren diesen Mißstand. »Aus dem Spannungszustand zwischen großen medizinischen Problemen«, so formulieren es Fleissner u.a. (1980, 328), »und geringer Effizienz des medizinischen Versorgungssystems - in Verbindung mit einem hohen Stand des politischen Bewußtseins in der Arbeiterklasse - entwickelte sich eine starke Bewegung für eine umfassende Reform des Gesundheitswesens...«. Die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes ist in der Tat Folge einer teilweisen Umsetzung der herkömmlichen Arbeitsmedizin in die Arbeitermedizin² und der Reformbewegung in der Psychiatrie (vgl. u.a. Simons 1980), die ebenfalls nicht ohne den Einsatz der Arbeiterschaft, den Druck der Gewerkschaften, die Aktivitäten fortschrittlicher Gesundheitsarbeiter und Wissenschaftler und die Unterstützung durch die Linksparteien durchsetzbar gewesen wären. Der Kampf um die Gesundheit und die Sensibilisierung für das Problem 'Krankheit' sind seit Beendigung des 2. Weltkriegs, verstärkt ab Mitte der 50er Jahre und ganz besonders seit dem »heißen Herbst« 1969, der in Italien auch die Arbeiterklasse erfaßte, Bestandteil des Klassenkampfes.

1. Abriß der vorbereitenden Initiativen zur Gesundheitsreform

Schon die Partisanenrepubliken und insbesondere das Comitato di Liberazione Nazionale von Venetien hatten sich des Problems der Erneuerung und Reorganisation des italienischen Gesundheitswesens angenommen (Bernabei u.a. 1980, 26; Terranova 1979, 10). In einem Dokument vom 15.9.1945, »Atti della Consulta Veneta di Sanità« (vgl. Bernabei u.a. 1980, 327-328), werden zwei der wichtigsten Prinzipien des Ende 1978 verabschiedeten Gesetzes antizipiert: die dezentralisierten Strukturen einerseits und die einheitliche integrierte Verwaltung aller *sozio-sanitärer* Interventionen andererseits. Ende der fünfziger Jahre werden die Gewerkschaften initiativ und fordern für die sanitäre Neuordnung, neben Dezentralisierung der Dienste und uneingeschränkter Behandlung, umfassende Prävention im Sinne einer Bekämpfung krankmachender Faktoren am

Arbeitsplatz und in der sonstigen Umwelt. Nach weiteren Vorschlägen und Diskussionen auch innerhalb der Parteien und anlässlich wissenschaftlicher Tagungen reicht 1965 die KPI einen Initiativantrag ein (Berlinguer 1979, 259-277). Auf Regierungsebene wird die Errichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes zum ersten Mal im Fünfjahresplan 1965-69 ernsthaft erwogen und die örtliche Gesundheitseinheit - »Unità Sanitaria Locale« (USL) - als Modell der Organisationsstruktur für die Primärversorgung eingeführt (Bernabei u.a. 1980, 27). Nach den großen Streiks von 1969/70 für den umfassenden Schutz der Gesundheit finden 1970 die ersten Begegnungen zwischen Regierung und Gewerkschaften statt. In diesem Zusammenhang hat Giovanni Berlinguer bedauernd festgestellt, Italien sei leider das einzige Land, in dem Gesundheit ein Thema des Kampfes der Volksmassen geworden sei und die werktätige Klasse die führende Rolle im Kampf um die Gesundheit spiele (vgl. Wintersberger 1977, 233). Um 1972 ist die erste Phase der kulturellen Vorarbeit für die Gesundheitsreform beendet. 1973 - Choleraepidemie in Neapel! - bringen die Linksparteien neue Gesetzentwürfe ins Parlament ein. Ein Jahr später stellt der damalige Gesundheitsminister den Gesetzesentwurf 3207 vom 12.8.1974 vor, mit dem die vierjährige parlamentarisch-gesetzgeberische Reformarbeit eingeleitet wird.

Inzwischen sind Gesetze und Dekrete erfolgt, die, wenn auch nicht immer so intendiert, die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsdienstes vorbereiteten. Die wichtigsten Maßnahmen betreffen: a) die *Regionalisierung*³, d.h. die Einrichtung von Regionen als autonome Gebietskörperschaften, verantwortlich für die Gesundheits- und Krankenhausversorgung und Teile der öffentlichen Fürsorge; b) die *Dezentralisierung* und *Selbstverwaltung* sowie die *Mit- und Selbstbestimmung* - »*partecipazione*« - zusammen mit der Einleitung einer umfassenden Reform der örtlichen Verwaltung; c) die vorzeitige Einführung der *kostenlosen stationären Behandlung*⁴ für die gesamte Bevölkerung nach wiederholter Tilgung der hohen Krankenkassenschulden aus Mitteln des Staatshaushalts; d) die *Auflösung der Krankenkassen*⁵ und einer Vielzahl von öffentlichen und halbstaatlichen Fürsorgeeinrichtungen⁶; e) das »*Statut der Rechte der Arbeiter*«, dessen Art. 9⁷ und 12 besonders auf die gesundheitlichen Belange am Arbeitsplatz abzielen und das Konzept der Arbeitermedizin sozusagen offiziell einführen; und f) das neue »*Psychiatriegesetz*«⁸.

2. Grundprinzipien und Zielvorstellungen des Servizio sanitario nazionale (Ssn)

Die bisherigen Ausführungen haben die Entwicklung zu skizzieren versucht, innerhalb derer die Verabschiedung des Gesetzes und die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes in Italien gereift sind. Wie schon erwähnt, beginnt das Gesetz mit dem der Verfassung entstammenden Grundsatz »Die Republik schützt die Gesundheit als Grundrecht des Individuums und als Interesse der Gemeinschaft mit Hilfe des nationalen Gesundheitsdienstes« (Art. 1) und leitet über zu Grundprinzipien (Art. 1 u. 2), die folgendermaßen zusammengefaßt werden können:

- *Umfassende Vorbeugung* mit primärpräventiver Orientierung in jedem Arbeits- und Lebensumfeld
- *Dezentralisierung* der Kompetenzen und *Ausbau der Basisversorgung* mit dem Ziel, die gemeindebezogene Gesundheitssicherung zu stärken
- *Partizipation*, d.h. *aktive Beteiligung* der Benutzer
- *Vereinheitlichung des Leistungsangebotes* nach dem Prinzip der Einheit von Vorbeugung, Kuration und Rehabilitation einerseits und Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten andererseits
- *Gleichheit der Versorgung* mittels Aufhebung der durch das Versicherungsprinzip verursachten Differenzen im Zugang und Umfang der gesundheitlichen Betreuung zum einen und der regional stark variierenden Versorgungsbedingungen zum anderen.⁹

Im Art. 2 werden die Zielvorstellungen präzisiert und erwähnt - neben verschiedenen Bereichen der Prävention - auch die Qualifizierung der Gesundheitsarbeiter¹⁰ durch Fort- und Weiterbildung für ihre neuen Aufgaben innerhalb des Ssn. Der Gesundheit bestimmter Problemgruppen¹¹ - Industriearbeiter, Mütter, Säuglinge und Kinder¹² wie auch der Alten - wird Priorität eingeräumt (Art. 2 Abs. 2f.).

Die *globale* Betrachtung - das »principio della globalità« - umreißt die neue Qualität des Reformwerkes. Sie basiert auf der Erkenntnis, daß Gesundheit und Krankheit kein individuelles Schicksal sind, sondern Folge konkreter Arbeits- und Lebensbedingungen. Die Gesundheitsrisiken dürfen nicht in produktionsbedingte und lebensumweltbezogene getrennt werden. Hierin liegt gerade die Grundlage für die neue Herangehensweise in der Gesundheitsförderung. Weitere Aspekte des

»principio della globalità« sind die Aufhebung der Trennung zwischen vorbeugenden und kurativen Maßnahmen und die ganzheitliche Sicht des Menschen als biologisches, psychisches und soziales Wesen. Die beabsichtigte und im Vorgriff in fortschrittlichen Regionen schon eingeführte Zusammenlegung der sozialen und Gesundheitsdienste¹³ weist auch in dieselbe Richtung einer einheitlichen und globalen Antwort auf die Probleme des Benutzers.

3. Die Organisationsstrukturen des Ssn

Drei Ebenen sind für die Organisationsstrukturen des Ssn vorgesehen: die zentralstaatliche, die regionale und die lokale. Dem *Staat* steht die Kompetenz zu, die politische und organisatorische Grundrichtung anzugeben und die Koordinierung auf höchster Ebene durchzuführen (Art. 6). Es betrifft insbesondere die allgemeinen Zielsetzungen der nationalen Gesundheitsplanung, die jeweils in Dreijahresplänen festgesetzt werden und die Verwendung und Zuweisung der Ressourcen in Abstimmung mit einer ebenfalls vorgegebenen Anhebung der Mindest-Versorgungsstandards, die allen Bürgern auch in Süditalien und auf den Inseln zugesichert werden sollen (Art. 3). Dem Staat obliegt weiterhin die Normsetzung für Bereiche, die, um örtliche Disparitäten zu vermeiden, überregional geregelt werden müssen - wie u.a. die Arbeitssicherheit, der Umweltschutz und die Lebensmittelhygiene (Art. 4). Mit der praktischen Kontrolle werden die Kommunen bzw. die zuständigen örtlichen Gesundheitseinheiten beauftragt. Die Wahrung der internationalen Verpflichtungen und die Anleitung und Koordinierung der Regionen in Gesundheitsfragen sind ebenfalls dem Zentralstaat vorbehalten (Art. 5). Unfähigkeit und versteckter Widerstand gewisser Regionen wurden miteinkalkuliert und entsprechende Vorkehrungen und Regelungen im Gesetz festgehalten.

Dem Staat stehen verschiedene Beratungsorgane zur Seite:

1. der *nationale Gesundheitsrat* - »Consiglio sanitario nazionale« (Art. 8 und 60), in dem, unter Vorsitz des Gesundheitsministers, die Vertreter der Regionen, verschiedener Ministerien, Sozialpartner und nationaler Forschungsinstitute vertreten sind¹⁴. Der Gesundheitsrat bestimmt die allgemeinen Richtlinien der nationalen Gesundheitspolitik, arbeitet den nationalen Gesundheitsplan aus, verteilt die Ressourcen aus den nationalen Gesundheitsfonds unter die Regionen und verfaßt die

jährlichen Gesundheitsberichte.

2. das *Oberste Gesundheitsinstitut* - »Istituto Superiore della Sanità« - ist das technisch-wissenschaftliche Organ des Ssn (Art. 9). Es ist in fünf Sektionen unterteilt, die bei uns im wesentlichen den verschiedenen Instituten des Bundesgesundheitsamtes und des Umweltbundesamtes entsprechen. Außerdem ist das Oberste Gesundheitsinstitut u.a. zuständig für die Information und organisatorische Beratung der örtlichen Gesundheitseinheiten, für die Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsarbeiter in Fragen der öffentlichen Gesundheit und für die Vorbereitung von Forschungsprogrammen.

3. das *Oberste Institut für Prävention der Berufskrankheiten und Arbeitssicherheit* - »Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro« - hat ähnliche Aufgaben in seinem speziellen Zuständigkeitsbereich (Art. 23). Diese unzweckmäßige und den Grundprinzipien des Gesetzes widersprechende Teilung resultiert aus Streitigkeiten zwischen den Ministerien (Barro 1979, 27). Das Oberste Institut für Prävention der Berufskrankheiten und Arbeitssicherheit ist auch zur Koordinierung seiner Aktivitäten mit dem Nationalen Forschungsrat - »CNR« - und dem Nationalen Rat für Atomenergie - »CNEN« - verpflichtet.

Den *Regionen* obliegt auf der Basis der zentral vorgegebenen Rahmenrichtlinien die Steuerung der Gesundheitsplanung, -politik und -versorgung (Art. 7). Sie sind zum Erlaß von Regionalgesetzen berechtigt, deren Verwirklichung sie auch sichern müssen. Sie entwickeln, im Anschluß an den nationalen Gesundheitsplan, ihre eigenen Dreijahrespläne und verteilen die Haushaltsgelder unter die örtlichen Gesundheitseinheiten, deren Einzugsgebiet festzusetzen allererste Aufgabe ist, in Absprache mit den beteiligten Kommunen und Stadtbezirken (Art. 11). Drei Grundsätze haben dabei die Entscheidungen der Regionen zu leiten:

- die Koordinierung der Gesundheitsmaßnahmen, unter Berücksichtigung der regionalen sozioökonomischen Bedingungen und den schon getroffenen Dezentralisierungsbeschlüssen
- die Vereinheitlichung der Organisationsstrukturen in territorialer und funktionaler Hinsicht bei Anpassung der staatlichen Normen an die einzelnen regionalen Gegebenheiten
- die Sicherung eines angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnisses.

Diese Grundsätze machen den Regionen die Vereinheitli-

chung der Versorgungsstandards (sowohl im Hinblick auf die territoriale Verteilung als auch auf die Inanspruchnahme) zur Verpflichtung. Es ist die konsequente Anwendung der allen Bürgern zustehenden Rechte - und Gesundheit ist, dies muß noch einmal betont werden, ein von der italienischen Verfassung garantiertes Recht. Vor der Ausarbeitung der regionalen Gesundheitspläne ist eine Konsultation mit den örtlichen Gebietskörperschaften, den im Regionalgebiet vorhandenen Universitäten und den Verbänden der Sozialpartner und der Gesundheitsberufe gesetzlich vorgeschrieben. Die sekundären Aufgaben der Provinzen sollen hier nicht erörtert werden.

Die *Kommunen* haben administrative Funktionen in all den Fragen der medizinischen Versorgung, die weder dem Staat noch den Regionen ausdrücklich und unmittelbar vorbehalten sind (Art. 13). Ihre Aufgaben delegieren sie an die *örtlichen Gesundheitseinheiten* - »Unità Sanitarie Locali« (USL) -, die jeweils unter Berücksichtigung der geomorphologischen, sozialen und ökonomischen Gegebenheiten eines Versorgungsgebiets für eine Bevölkerungszahl zwischen 50.000 und 200.000 Einwohnern einzurichten sind (Art. 10). Die Gebiete, Zonen genannt, werden durch Regionalgesetz festgelegt und können einzelne, zwei und mehrere in einem Verband assoziierte Gemeinden¹⁵ oder auch nur einen Stadtkreis umfassen. G. Berlinguer schätzt ca. 665 USL für das italienische Gesamtgebiet, obwohl einige Regionen, besonders im Süden und mit christdemokratischen Mehrheiten, bis zum heutigen Tag noch keine USL eingerichtet haben (Unità vom 12.12.1980). Entweder wurde noch kein Regionalgesetz über deren Konstituierung verabschiedet oder deren Konstituierung mit der Wahl der leitenden Gremien und der Funktionsübertragung von den ehemaligen Krankenkassen auf die USL verschleppt. Auf regionaler Ebene sind z.B. für die Toskana - 3,54 Millionen Einwohner (1973), 22990 km² - 40 USL vorgesehen, davon 5 für die Stadt Florenz - 461.000 Einwohner (1974) - und drei für deren unmittelbare Umgebung (Regionalgesetz 37 vom 17.8.1979). In manchen Gegenden ist es auch gelungen, wie in der Provinz Arezzo - 308.000 Einwohner (1973), 3232 km² - die Zuständigkeitsgebiete mit denjenigen der consorzi socio-sanitari übereinstimmen zu lassen, welche seit 1976 bestanden und die Gesundheitsreform antizipierten.

Schließlich wird die USL in mehrere Basisgesundheitsdistrikte gegliedert (Art. 10). Der *Basisgesundheitsdistrikt* - »distretto sanitario di base« - ist die technisch-praktische Ebene,

auf der die eigentliche Primärversorgung durch Allgemeinärzte, Gynäkologen, Pädiater, Krankenpflegepersonal und Sozialarbeiter zu erfolgen hat. Der Distrikt ist, ähnlich dem kubanischen »Sektor«, die Gesundheitseinheit und ein charakteristisches Merkmal des nationalen Gesundheitsdienstes im Sinne eines *Volks*gesundheitsdienstes (Terris 1978, 56). Der Distrikt untersteht keiner zentralen Regelung. Die Kriterien für die Festlegung seines Umfangs sind a) die Deckungsgleichheit mit politisch-administrativen Gebietskörperschaften (Gemeinde, Kreis, Stadtteil), b) die geographische Lage und Zugänglichkeit und c) die Anzahl der potentiellen Benutzer.

Die Meinungen in der einschlägigen Literatur differieren in diesem letzten Punkt sehr. Terranova (1980, 127) nennt zwischen 5.000 und 50.000 Einwohnern, Bernabei u.a. (1980, 264-265) hingegen möchten im Hinblick auf echte Partizipationschancen und -möglichkeiten die Grundeinheit überschaubarer gestalten. Sie sehen den idealen Durchschnitt zwischen 5.000 und 10.000 und weisen gleichzeitig darauf hin, daß ein kleinerer Rahmen einerseits bessere und direktere Beziehungen zwischen dem Gesundheitsteam und den Benutzern¹⁶ und andererseits eine echte interprofessionelle Teamarbeit begünstige. Dieses letzte Anliegen einer »kooperativen Versorgung« (Trojan/Waller 1980) ist auch im Rahmengesetz 833 mehrfach angesprochen und von den Promotoren der Gesundheitsreform immer wieder betont worden.

Distriktmodelle sehen vor, die Betreuung um und in einem soziogeschlechtlichen Zentrum - »centro socio-sanitario« - aufzubauen, möglichst in der räumlichen Nähe zu anderen öffentlichen Strukturen und Basisdiensten. Die Verantwortung des Distrikts wird dem früheren Gemeindearzt - »medico condotto« - übertragen. Die Gemeindeärzte, früher »Armenärzte« genannt, sind Angestellte des Staates und waren bis zur schrittweisen Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes für die Betreuung desjenigen Bevölkerungsteils zuständig, der aus vielfältigen Gründen von der Sozialversicherung ausgeschlossen wurde. Die Gemeindeärzte waren daneben auch berechtigt, eine eigene Praxis zu führen. Nach und nach, bedingt durch ihre sich ausweitende Funktion als Armenärzte, haben sie gezwungenermaßen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes übernommen und zeichnen sich durch einen engen Kontakt zum Territorium aus. Die Gesundheitsreform hat aus ihnen die Basisärzte - »medici di base« - gemacht (vgl. l'Unità 9. und 19.9.1980). In den Distrikten sind auch Gesund-

heitsberufe wie Hebammen, Säuglingsschwestern, Gesundheitsberater für Kinder sowie Erwachsene, Hauskrankenpflegepersonal und Umweltbeauftragte vorgesehen. 'Wandernde' Fachspezialisten bieten feste Sprechstunden an. Eine Tagesklinik und beschützte Wohngemeinschaften sollen dem Zentrum angeschlossen sein, um eine möglichst ambulante Behandlung zu garantieren. Zielrichtung ist die ausreichende Versorgung aller, anstelle der spezialisierten und technologisch-intensiven Behandlung einzelner. Die Dezentralisierungsbemühungen des italienischen Gesetzgebers und der Gesundheitsplaner finden sich auch in der Deklaration von Alma-Ata 1978 über die primäre Gesundheitsversorgung bestätigt.

Die Diskussion um Organisationsmodelle für Basisgesundheitsdistrikt und USL dauert an, und die Realisierungen zeigen, neben der vom Rahmengesetz vorgesehenen Bedürfnisorientierung, eine große Vielfalt. In der USL, um auf sie noch einmal ausführlicher zurückzukommen, ist die Gesamtheit der Gesundheits- und Sozialleistungen des jeweiligen Gebiets zusammengefaßt. Durch sie soll Ordnung in das bisherige Chaos von Einrichtungen, Diensten, Ämtern und Kompetenzen gebracht werden, nachdem die alten, vielschichtigen und unübersichtlichen Strukturen schrittweise eliminiert worden sind. Dies impliziert z.B., daß die Krankenanstalten ihre bisherige Autonomie verlieren und ihre Verwaltungsräte auflösen.¹⁷ Ihre Leitung wird fortan von der USL wahrgenommen. Dasselbe gilt für solche isolierten Einrichtungen wie die Beratungsstelle für Familienplanung, das Zentrum für psychische Gesundheit -»Centro Igiene Mentale« (CIM) - oder das ehemalige Arbeitsspektorat. Das Personal aller ehemaligen Einrichtungen wird von der USL übernommen. Auch die Ambulatorien und sonstigen Untersuchungs- und Behandlungseinrichtungen, einschließlich der ehemaligen Krankenkassenapotheken, gehen in den Leistungsstrukturen der neuen USL auf.

Verwaltungsorgane der USL sind die Generalversammlung und der Verwaltungsrat (Art. 15). Die Generalversammlung wird von Mitgliedern des Gemeinderates (des Stadtbezirksrates oder des Rates der assoziierten Kommunen) gebildet und wählt ihrerseits den Verwaltungsrat, der sich wiederum einen Vorsitzenden gibt und ein Leitungsgremium einsetzt. Dieses besteht aus den verantwortlichen Koordinatoren für die einzelnen Gesundheits- und Sozialabteilungen. Für den Verwaltungsrat können auch 'sonstige' Bürger der Gemeinden gewählt werden.

In jeder USL muß - so schreibt es z.B. das toskanische Regionalgesetz vor - ein »Partizipationskomitee« der auf dem Territorium vorhandenen gewerkschaftlichen und gesellschaftlichen Kräfte gegründet werden. Dieses Komitee, ohne eigene Verwaltungsaufgaben, nimmt kritisch Stellung zur organisatorischen und finanziellen Planung und kontrolliert deren praktische Ausführung. Im Distrikt ist die Partizipation der Bevölkerung durch periodische Sitzungen, Versammlungen und andere noch zu erprobende Kommunikations- und Gemeinschaftsformen, wie u.a. Straßenmeetings, zu sichern. Der Bürger soll laufend informiert und in einen ständigen Diskussions- und Überprüfungsprozeß der soziogesundheitlichen Aktivitäten des Distrikts mit einbezogen werden. Benutzerkomitees haben die Aufgabe, die von ihnen beanspruchten Einrichtungen im Hinblick auf ihre Bedürfnisgerechtheit und Patientenfreundlichkeit zu beobachten. Der Erfolg dieser »partizipativen« Kraft zeigt sich nicht in der gesetzlichen Garantie, sondern erst bei der praktischen Umsetzung konkreter Formen von Mit- und Selbstbestimmung. Berechtigte Skepsis über die Verwirklichungschancen wird von den Gewerkschaften angemeldet. Sie fordern die Bürger bis hin zu den Angehörigen der Gesundheitsberufe auf, über die Durchsetzung von Partizipationsansätzen zu wachen.

Weiter sind seit Juni 1980 in 28 italienischen Städten »Gerichte für Patientenrechte« (Patientenbeschwerdestellen) entstanden. (L'Unità vom 2.2.1981, La Nazione vom 25.3.1981). Während der Besuchszeiten sammeln die Initiatoren (aus der linkskatholischen Jugendbewegung) vor und manchmal auch in den Krankenhäusern, die von Patienten und Besuchern vorgebrachte Kritik. In mehreren Städten ist eine Zusammenarbeit zwischen den Beschwerdezentren und den USL schon angebahnt, bzw. fest eingerichtet. Öffentliche Versammlungen finden regelmäßig statt, in denen die betroffenen Gesundheitsarbeiter und deren Gewerkschaftsvertreter sich zur Diskussion stellen. Dabei werden einzelne Beschwerden analysiert und offensichtliche Organisationsmängel in der Behandlung erörtert. Individuelle Schuldzuschreibung und diskriminierende Personaldebatten sollen nicht Hauptinhalt der Auseinandersetzung werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß charakteristische Merkmale eines Volksgesundheitsdienstes (Terris 1977, 56 - 57) in den Ssn Eingang gefunden haben. Es sind a) die Versorgung der ganzen Bevölkerung b) die Unentgeltlichkeit c) die

Einheitlichkeit in der Organisation d) die Mitbeteiligung der Bevölkerung e) die Betonung der ambulanten Betreuung f) die Prävention als Grundlage der gesamten gesundheitlichen Versorgung und g) die territoriale Gliederung. Hingegen stellt die Aufrechterhaltung der ärztlichen Freiberuflichkeit¹⁸ ein eindeutiges Zugeständnis dar, das Teile der Ärzteschaft als Gegenleistung verlangten, um ihre grundsätzliche Ablehnung des staatlichen Dienstes aufzugeben.

4. Praktische Auswirkungen für den Konsumenten

Bevor die im Gesetz geplanten USL ihre konkrete Tätigkeit aufnehmen konnten, sind für eine Übergangsphase Zwischenlösungen geschaffen worden. Zur Überwindung der erwarteten Anfangsschwierigkeiten wurden einheitliche Verwaltungsgrundorganisationen - »Strutture Amministrative Unificate di Base« (SAUB) - bereitgestellt, die eine weitreichende Reform sämtlicher lokaler Administrationsbereiche vorwegnahmen, aber auch erste Schritte zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens ab 1. Januar 1980 durchführen sollten. Die SAUB wurden in den Gebäuden der ehemals größten Krankenkasse (INAM) untergebracht und übernahmen ihr Personal.

Jeder Bürger, auch der bisher nicht versicherte, muß sich bei der für ihn zuständigen SAUB ein Gesundheitsbuch - »libretto sanitario«¹⁹ - beschaffen, worin alle ihn betreffenden Untersuchungen, Diagnosen, Maßnahmen und Therapien, aber auch Arbeits- und Umweltbelastungen eingetragen werden. Vorerst wählt er aus der Liste der vertragsgebundenen Allgemeinärzte (der früheren Kassenärzte) für die Dauer eines Jahres seinen Hausarzt, den »Arzt seines Vertrauens« - »medico di fiducia« - und für seine Kinder bis zum Alter von 12 Jahren ebenfalls den Pädiater seines Vertrauens. Vertragsgebundene Allgemein- und Kinderärzte erhalten eine Pro-Kopf-Pauschale, die zuerst bei jährlich 20000 und jetzt 30000 Lire liegt. Die vorgesehene Höchstzahl von 1500 eingetragenen potentiellen Patienten ist, wie sich im Laufe 1980 zeigte, überschritten worden, besonders auf dem Lande (L'Unità vom 18.1.1981, La Città vom 27.1.1981). Der Besuch eines Spezialisten erfolgt nur mit einer Überweisung des Haus- oder Kinderarztes. Augen- und Zahnärzte sowie Gynäkologen sind von dieser Regelung ausgenommen. Für die Hausbesuche sind folgende Modalitäten vorgesehen, die für Stadt und Land gelten: a) jeder vor 10 Uhr morgens angeforderte Besuch hat noch im Laufe desselben Tages,

auch samstags, stattzufinden; b) trifft die Anforderung erst nach 10 Uhr ein, so ist der Besuch bis 12 Uhr mittags des darauffolgenden Tages durchzuführen; c) Unwilligkeit des gewählten Hausarztes, Hausbesuche zu machen, liefert einen von der SAUB/USL voll anerkannten Ablehnungsgrund, der den Patienten berechtigt, sich umgehend einen anderen Vertragsarzt auszusuchen. Ablehnungsgründe einem Patienten gegenüber müssen vom Arzt der SAUB/USL, im Gegensatz zu Ablehnungsfällen seitens des Patienten, schriftlich vorliegen.

Die seit 1974 unentgeltliche stationäre Behandlung kann nur, abgesehen von Notfällen, mit Überweisung des Allgemein-/Hausarztes erfolgen. Wünscht ein Patient in eine von der SAUB/USL nicht konventionierte Privatklinik aufgenommen zu werden, so müssen ihm festgesetzte Teilkosten zurückerstattet werden.

Auf die Medikamente wird ein Selbstbeteiligungsanteil - »ticket« - erhoben, der ursprünglich, je nach der Höhe des Arzneimittelpreises zwischen 200 und 1.200 Lire (DM 0,40 bis 2,40) pro Verschreibung schwankte. Eine im Frühling 1981 beschlossene Erweiterung der Selbstbeteiligung, auf die später noch eingegangen wird, hat die genannten Quoten stark erhöht. Rezepte verfallen, werden sie nicht innerhalb von 10 Tagen eingelöst.

5. Widerstände und Rückschläge - einige kritische Feststellungen

Jetzt schon eine entmutigende Bilanz zu ziehen, wäre verfrüht. Eine sich an Grundprinzipien eines sozialistischen Gesundheitswesens orientierende Reform in einer Gesellschaft realisieren zu wollen, die weiterhin alle wesentlichen Merkmale einer kapitalistischen Ordnung trägt, muß zu krassen Widersprüchen führen. Sicher hat auch das Reformgesetz selbst nicht unerhebliche Schwächen - Partizipation und Prävention sind allumfassend, aber unpräzise definiert und ohne verbindliche Nahziele, ärztliche Interessengruppen werden geschont -, aber nicht diese sind in erster Linie für den schleppenden Gang der Umorganisation verantwortlich zu machen. Die Erbschaft des kurativen Gesundheitssystems wiegt schwer. Zur Umstellung der Weichen in Richtung auf eine volksgesundheitliche Versorgung bedarf es intensiver kultureller Arbeit. Dies zeigt die mehr als dreißigjährige mühevollte Geschichte der Ausarbeitung und Verabschiedung des Gesetzes. Der Kampf

für die konkrete Umsetzung aber trifft weiterhin auf den aktiven Widerstand bestimmter gesellschaftlicher Gruppen und Interessenverbände. Die kapitalistische 'Krankheitsindustrie', aber auch Teile der Ärzteschaft unternehmen offen den Versuch, die gesetzlich festgelegten Versorgungsstandards in der Praxis nach unten zu nivellieren. Dazu haben weiter die christdemokratischen Regierungen, die ganz unverhohlenen Privatinteressen unterstützten, und auch die abwartende Untätigkeit der meisten Regionalbehörden beigetragen. Berlinguer meint, diesen Regierungen die Gesundheitsreform zu überlassen, heiÙe, den Käse Mäusen anzuvertrauen, und er fügt hinzu, »... und man kann nur feststellen, daß sie schon ein schönes Stück davon gefressen haben!« (L'Unità vom 26.3.1980).

In der Tat sind 1979 von 33 Anschlußgesetzen und Dekreten, für deren Verabschiedung bzw. Erlaß genaue Fristen im Rahmengesetz vorgesehen waren, bloÙ 11 durch die Regierung veranlaÙt worden. Schon der Beginn der praktischen Durchsetzung der Reform wurde auf zentraler Ebene regelrecht 'abgeblockt'. Auch ist der Termin für die Veröffentlichung des nationalen Gesundheitsplanes nicht eingehalten worden, so daß die sich daran orientierenden regionalen Gesundheitspläne nicht rechtzeitig ausgearbeitet werden konnten. Das Wort 'Sabotage' ist für die Handlungsweise der Regierung sicherlich adäquat: Zum gleichen Zeitpunkt, als der nationale Gesundheitsdienst in Kraft trat, bot die staatliche Versicherungsgesellschaft »Assitalia« mit großem Aufwand besonders günstige Privatkrankenversicherungs-Policen an (La Repubblica vom 3.1.1980)! Eine staatliche Institution half aktiv mit, die öffentliche Gesundheitsreform zu unterlaufen.

Weitere Privatversicherungen versuchten, die Angst der Bevölkerung vor einer angeblichen Verschlechterung der staatlichen Versorgungsleistungen nutzend, Marktlücken aufzutun und für durchschnittlich 300.000 Lire jährlich die Kosten für die stationäre Behandlung zu übernehmen. In der Lombardei wurde durch eine Handwerksinnung sogar eine neue Krankenkasse gegründet, die mit der ärztlichen Standesorganisation in Mailand Privatverträge aushandelte. Dabei wurde für eine allgemeinpraktische Konsultation 11.500 Lire (DM 23,-) als fixe Gebühr festgesetzt, 15.000 Lire (DM 30,-) für einen normalen und 21.000 Lire (DM 42,-) für einen dringenden Hausbesuch. Spezialisten erhielten jeweils 50 % mehr.

Unter den Gesundheitsberufen kamen erwartungsgemäß die größten Schwierigkeiten von den ärztlichen Interessengrup-

pen. Unter Beifall des Deutschen Ärzteblattes (7.2.1980) wideretzten sich die Standesorganisationen auch dem Prinzip der Kostenfreiheit der Behandlung. Eine Woche nach Inkrafttreten der Reform beschloß der Verband der Vertragsärzte in der Lombardei, Patienten nur gegen Barzahlung zu behandeln und sie für die nachträgliche Rückerstattung an die SAUB/USL zu verweisen. Diese Obstruktionspolitik wurde als Druckmittel für die Durchsetzung ärztlicher Interessen bald laufend auch von anderen regionalen Ärzteverbänden genutzt.

Weiter wollten sich die Spezialisten der ehemaligen Krankenkassenambulatorien und die Gemeindeärzte, als Staatsangestellte, einen Weg bahnen, auch privatärztlich tätig zu werden. Sie beriefen sich auf das alte Standesprivileg des Freiberufes und nutzten eine den Krankenhausärzten im Rahmengesetz zugestandene Möglichkeit, neben der staatlichen Anstellung auch privatärztlich zu liquidieren (s. Anm. 18). Dabei kam ihnen der Umstand zu Hilfe, daß das Gesetz zur Eingliederung, Reorganisation und Qualifizierung aller auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung Beschäftigten (einschl. den Verwaltungsangestellten ca. 1 Million) nicht zum festgesetzten Termin ins Parlament eingebracht wurde.

Nicht nur Ärzte und Versicherungsinstitute nutzten die Übergangsphase zu ihrem Vorteil aus. Die Privatkliniken unterboten sich in der Preisgestaltung ihrer Leistungen. Sogar der Gesundheitsminister unterstützte in seinem anläßlich der Reform der ganzen Bevölkerung zugestellten »Krankenbrevier« die Aktivitäten der Privatkliniken indirekt. So konnte eine schleichende (Re)privatisierung um sich greifen.

Auch die Bevölkerung blieb von diesen Widersprüchen nicht unberührt. Wegen der Vorurteile - hohe Liquidationen scheinen immer noch bessere Qualität zu versprechen! - gegenüber der staatlichen Gesundheitsleistung vertraute man sich lieber dem Privatarzt an. Nach dieser Konsultation wurde häufig der Vertragsarzt aufgesucht, um von ihm ein Rezept für die kostenlose Abgabe des von seinen Kollegen privat verschriebenen Medikaments zu erwirken. SAUB-Patienten, wie sie genannt werden, wurden auch allerlei Schikanen aus dem Repertoire der Klassenmedizin ausgesetzt. Fachärzte, besonders Augen- und Zahnärzte, die nur selten bereit waren, vertragsgebunden zu arbeiten, schränkten für solche Patienten zweiter Klasse ihre Sprechstunden auf nur 1 - 2 Tage wöchentlich ein. In der Stadt Florenz mit einer halben Million Einwohner waren 1980 nur 12 Augenärzte gewillt, auch vertragsgebunden zu behan-

deln. Wochenlange Wartezeiten waren die Folge.

Den streikenden Allgemeinpraktikern werden in den letzten Monaten goldene Verträge angeboten, den Benutzern aber eine Erweiterung der selbstbeteiligungspflichtigen Leistungen... Der Selbstbehalt²⁰ erstreckt sich seit April 1981 von einer bestimmten Einkommenshöhe an (12 Millionen Lire jährlich) auch auf die Laboruntersuchungen (15 %), die Heil- und Badekuren und die stationäre Behandlung, die seit 1974 kostenlos war. Nicht ganz verständlich ist der Vorschlag der Gewerkschaft CGIL, die sogar für die Einführung der Kostenbeteiligung bei einfachen Arztkonsultationen ab einem jährlichen Einkommen von mehr als 20 Millionen Lire plädiert (L'Unità vom 17.4.1981, Corriere della Sera vom 18.4.1981).

Gleichzeitig werden für die USL ein Einstellungsstopp verfügt und die Krankenhäuser aus ihrem Kompetenzbereich herausgenommen, die ihre Anerkennung als Ausbildungs- und Forschungsstätte beantragt haben. Zu den verschleppten Gesetzen gehört das Gesetz über die Arbeitssicherheit und die Prävention der Berufskrankheiten, wovon die Übernahme des Personals und der Funktionen der bisherigen Arbeitsinspektorate durch die USL abhängen. Bei den Arzneimitteln hat man Preiserhöhungen zugestimmt, aber die Pharmawerbung noch nicht verboten bzw. eingeschränkt, wie im Art. 31 des Gesetzes 833 vom 23.12.1978 vorgesehen. Auch die Reglementierung der Arzneimittelherstellung (Art. 29) durch Festsetzung einer staatlichen Medikamentenliste ist nur sehr unvollständig erfolgt.

6. Ausblick

So liegt die Hauptzielsetzung der italienischen Gesundheitsreform, *eine einheitliche und kostenlose Betreuung für jeden Bürger bei aktiver Mitbestimmung der Gemeinschaft in einem umfassenden System von sozio-ökologischen Versorgungsleistungen* noch in weiter Ferne. Möglicherweise ist es als 'lückenloses Gesundheitsnetz' in diesem Ausmaß auch nicht wünschenswert. Diese Zweifel, so wichtig sie auch sind, können hier nicht weiter erörtert werden.

Prävention und Partizipation sind die zwei wichtigsten Bestandteile der italienischen Gesundheitsreform. Die eindeutige Ausrichtung auf partizipative Präventivmedizin intendiert gegenüber anderen Versuchen sozialisierter Gesundheitsversorgung in Westeuropa - Großbritannien und Schweden, wo Partizipation eine untergeordnete Rolle spielt - eine Kurskor-

rektur. Diese beruht auf den Erfahrungen der politischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzungen in Italiens Fabriken und Gemeinwesen, in denen die gesundheitlichen Folgelasten der kapitalistischen Produktionsweise nicht widerspruchlos hingenommen werden. Sowohl das ökologische Bewußtsein, wie die Ausrichtung auf Eigeninitiative und die Aneignung bisher Fremdinteressen gehorchenden Gesundheitskompetenzen sind Ergebnis dieses Erkenntnis- und Bewußtwerdungsprozesses.

'Soviel Bürger wie möglich, so wenig Patient wie nötig', dies beschreibt den idealen Kreuzpunkt, wo Prävention und Partizipation in ihrer ganzen Wirksamkeit zur Geltung kämen. Das italienische Rahmengesetz zur Einrichtung des nationalen Gesundheitsdienstes hält dafür Freiräume offen. Die Gefahr besteht, daß sie nicht rechtzeitig ausgenutzt werden und das Gesetz »eine leere Hülse« bleibt oder zur bloßen »technokratisch-bürokratischen Anpassung« degradiert wird (Mori 1979). Viel wird hier davon abhängen, ob es gelingt, die Massen - wie Ende der sechziger Jahre - zu mobilisieren. Gesundheit ist eine Utopie, die es zu konkretisieren gilt. An den realen Veränderungsprozessen wird nicht nur die formale Qualität des Gesetzeswerkes, sondern besonders die emanzipatorische Kraft seiner Nutzer gemessen werden. Aus fremdbestimmten Verhältnissen selbstbestimmte zu machen, darin wird der entscheidende Unterschied zwischen einem nationalen und einem Volksgesundheitsdienst liegen.

Anmerkungen

- 1 94,2 % der italienischen Bevölkerung oder knapp 53 Millionen Personen waren am 31.12.1976 krankenkassen-berechtigt und auf ca. 300 Kassen verteilt. Die wichtigste war die INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie), die allein 30 Millionen meist abhängig beschäftigte Versicherte aufwies. Die größeren Kassen unterhielten ein Netz von Ambulatorien, Dispensaires, Apotheken und Labors in ganz Italien. Diese kasseneigenen Behandlungseinrichtungen bilden auch den Grundstock der ambulanten Strukturen des neuen Ssn. Die INAM allein stellte z.B. ca. 1.000 Polikliniken und Ambulatorien. (Vgl. dazu Palenzona 1979; Bernabei u.a. 1980, 108 - 119). Zu einem Überblick in deutscher Sprache über das Recht der sozialen Sicherheit in Italien vgl. Simons 1977.
- 2 Die Konzeption der Arbeitermedizin umfaßt u.a. »die Ablehnung der Monetarisierung gefährlicher und gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen und die damit einsetzenden Versuche, eine direkte Basiskontrolle über Gefahren- und Schadenfaktoren in der In-

- dustriearbeit auszuüben« (Alf u.a. 1980, 42); vgl. u.a. auch Wintersberger 1977, 218 - 234; o.V. Psychische Störung und kapitalistische Arbeitsorganisation 1975, 215 - 227; Berlinguer 1980, 43 - 48.
- 3 Gesetze 281 vom 16.5.1970, 1121 vom 28.12.1971, 382 vom 22.7.1975 und Dekret 616 vom 24.7.1977. Der weitgesteckte Rahmen der regionalen Autonomie schließt Befugnisse ein zum Erlaß von Gesetzen wie auch in fiskalischer Hinsicht zur Erhebung von Regionalsteuern und Entgegennahme von Finanzzuweisungen aus dem staatlichen Steueraufkommen.
 - 4 Gesetz 386 vom 17.8.1974. 1967 und 1970 waren schon aus dem Staatshaushalt Schulden der Versicherungsträger gegenüber den Krankenhäusern in Höhe von 467 Milliarden bzw. 500 Milliarden Lire getilgt worden. 1974 erreichten die Schulden die gewaltige Summe von 2.700 Milliarden Lire (DM 5,4 Milliarden). Vgl. Berlinguer 1979, 114.
 - 5 Durch Präsidialdekret vom 29.4.1977 werden die aufzulösenden Krankenkassen festgelegt und außerordentliche Kommissare für deren Überwachung bis zu ihrem gänzlichen Aufgehen in den nationalen Gesundheitsdienst bestimmt. Das Gesetz 349 vom 29.6.1977 trifft Übergangsregelungen für die Überführung der Funktionen der Versicherungsinstitute an die Regionen wie auch für den Abschluß einheitlicher Verträge für die Gesundheitsberufe im Hinblick auf die bevorstehende Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes. Seit dem 1.7.1977 befinden sich die Krankenkassen in Liquidation.
 - 6 Gesetze 641 vom 21.12.1978 und 113 vom 29.3.1979.
 - 7 Art. 9 (Gesetz 300 vom 20.5.1970) lautet: »Die Arbeiter haben über ihre Vetretungen das Recht, die Einhaltung der Bestimmungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu kontrollieren und die Erforschung, die Erarbeitung und die Durchführung aller zum Schutz ihrer physischen Integrität geeigneten Maßnahmen voranzutreiben«. Zit. n. Wintersberger 1977, 229. Die in den Betrieben gemachten Erfahrungen finden darin ihren rechtlichen Niederschlag und stellen einen unverzichtbaren Beitrag zur Durchsetzung der Gesundheitsreform dar. Sie begründen auch die Forderung großer Teile der italienischen Bevölkerung, ihr Recht auf Gesundheit und Unversehrtheit nicht mehr an fürsorgepflichtige Instanzen zu delegieren. Vgl. u.a. Alf u.a. 1980, 55.
 - 8 Gesetz 180 vom 13.5.1978; ist Bestandteil des Gesetzes 833 (Art. 33 - 35) vom 28.12.1978 über die Einführung des nationalen Gesundheitsdienstes.
 - 9 Vorbeugung wird global im Art. 2, Abs. 1 erwähnt: »Vorbeugung von Krankheiten und Unfällen in jedem Lebens- und Arbeitsumfeld« und für einzelne Bereiche in den Art. 20 bis 24, 33 und 34; Partizipation wird im Art. 1, Abs. 3 und 5 wie folgt angeführt: »Die Verwirklichung des nationalen Gesundheitsdienstes liegt in der Kompetenz des Staates, der Regionen und der Kommunen bei garantierter Par-

tizipation der Bürger«, »Die Zusammenschlüsse auf freiwilliger Basis können in den vom vorliegenden Gesetz festgelegten Fällen und Formen zu den institutionellen Zielen des nationalen Gesundheitsdienstes beitragen«; Art. 1, Abs. 3 bezieht sich auf die Vereinheitlichung des Leistungsangebotes: »Der nationale Gesundheitsdienst besteht aus der Gesamtheit aller Funktionen, Strukturen, Dienste und Tätigkeiten, die auf die Förderung, die Erhaltung und die Wiedererlangung der physischen und psychischen Gesundheit der ganzen Bevölkerung gerichtet sind, ohne Unterscheidung von individuellen oder sozialen Verhältnissen und nach Modalitäten, welche die Gleichstellung aller Bürger zu den Diensten sichern.« Im Art. 1, Abs. 4 schließlich wird die Integration von Sozial- und Gesundheitsdiensten garantiert.

- 10 Schulz (1980, 376-377) beschreibt einen neuen Typ von »Basis-, Sozial- und Gesundheitsarbeiter, »operatore socio-sanitario di base« (OBS) - der als »Barfußarzt« in unentwickelten Gebieten Süditaliens einen wichtigen Anteil an einer effektiveren Versorgung haben könnte. Der Angehörige dieses neuen Berufszweiges muß in der Lage sein, ...nach Bedarf Aufgaben zu übernehmen, die in einer traditionellen arbeitsteiligen Einrichtung Sozialarbeiter, Pfleger, Krankenschwestern, Psychologen oder gar Ärzte getrennt voneinander verrichten«.
- 11 Die Arbeitsweise eines an Problemgruppen orientierten sozio-gesundheitlichen Zentrums in der Umgebung von Neapel wird von Schulz (1980) sehr anschaulich beschrieben.
- 12 Der Abbau von Sonderschulen und die Integration behinderter Kinder in die allgemeinen Schulen sind im Gesetz 516 vom 4.8.1977 festgelegt. Vgl. dazu Mann 1981, 80.
- 13 Zwischen 1972 und 1976 haben 11 Regionen die Einrichtung von Verbänden zwischen Kommunen und Provinzen gesetzlich geregelt, zur gemeinsamen und integrierten Verwaltung der Sozial- und Gesundheitsdienste. Zu tatsächlichen Gründungen kam es allerdings nur in wenigen, meist linken Regionen. Vgl. Bernabei u.a. 1980, 206-209; o.V. I consorzi socio-sanitari nel processo per la riforma 1976.
- 14 Der nationale Gesundheitsrat setzt sich wie folgt zusammen: 21 Mitglieder aus den Regionen und 13 aus den verschiedenen Ministerien, 3 aus den nationalen Forschungsinstituten (Oberstes Gesundheitsinstitut, Oberstes Institut für Prävention und Arbeitssicherheit und Nationaler Forschungsrat) und 10 aus dem Nationalen Wirtschaftsrat - »Consiglio Nazionale dell' Economia e del Lavoro« (CNEL) -, in welchem Arbeitnehmer und Arbeitgeber vertreten sind.
- 15 Bei einer Gesamtzahl von 8.485 italienischen Gemeinden weisen 8,1 % weniger als 500 und 67,4 % weniger als 5.000 Einwohner auf (vgl. Bernabei u.a. 1980, 50-51).
- 16 Die Gefahr, daß eine so »intime Kennerschaft« in »soziale Kontrol-

- le« umschlagen könnte, wird hier vollständigshalber erwähnt, aber nicht weiter diskutiert.
- 17 Gleichzeitig erfahren die Krankenhäuser auch eine interne Umorganisation und Gliederung. Ihre einzelnen Abteilungen und Dienste werden zusammen mit entsprechenden ambulanten Versorgungseinrichtungen nach fachspezifischen Kriterien oder nach Problemgruppen neu zusammengefaßt und bilden unter ein und derselben Leitung Funktionsbereiche - »dipartimenti« -.
- 18 Ob Allgemeinpraktiker oder Spezialist stehen dem Arzt drei Möglichkeiten der Berufsausübung offen: a) als Angestellter des Staates in ambulanten oder stationären Einrichtungen, b) als vertragsgebundener Arzt in der eigenen Praxis, in den Polikliniken oder den ehemaligen Kassenambulatorien, c) in der freien Privatpraxis. Der Inhalt der Verträge oder Konventionen wird im Rahmen der vom Art. 48 (Gesetz 833 vom 23.12.1978) vorgeschriebenen Mindestanforderungen ausgehandelt. Vertragspartner sind Regierung, Regionen und Kommunen einerseits und der Berufsverband der jeweiligen Fachrichtung andererseits. Die Konventionen werden für die Dauer von drei Jahren abgeschlossen. Angestellten Krankenhausärzten, die nur 30 Stunden wöchentlich arbeiten, ist gestattet, als vertragsgebundene Ärzte außerhalb des Krankenhauses eine 'Nebentätigkeit' auszuüben und bis zu 500 (anstelle von 1500) Patienten in ihren Listen zu führen. Auf diese Weise verdienen sie doppelt soviel wie ihre 40 Stunden arbeitenden Krankenhauskollegen (L'Unità vom 18.1.1981)! Freiberuflichkeit und mangelnde Planung haben auf dem Arztsektor die Arbeitslosigkeit zum Problem werden lassen - Italien wies am 30.6.1978 einen Arzt pro 394 Einwohner auf (Berlinguer 1979, 32). Abhilfe meint die Regierung zu schaffen mit einem staatlich finanzierten ABM-Programm: in den nächsten drei Jahren sollen 16.000 Stellen für Jungärzte in den Praxen von Vertragsärzten eingerichtet werden (La Repubblica vom 31.1.1981)!
- 19 Dieses neue »libretto sanitario« unterscheidet sich im Inhalt und in der Zielsetzung von demjenigen, das bisher von den Krankenkassen überreicht wurde und ist vom Patienten aufzubewahren. Die im neuen »libretto sanitario« enthaltenen Daten werden in anonymisierter Form dem Obersten Gesundheitsinstitut mitgeteilt und bilden die Grundlage der epidemiologischen Beobachtung und Erfassung des Gesamtterritoriums. Sie werden auch für die Aufstellung der Umwelt- und biostatistischen Register verwendet. Um jede Diskriminierung zu vermeiden, sind alle medizinischen Zwangsmaßnahmen von der Eintragung ausgeschlossen (Art. 27).
- 20 Die Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes erfolgt über den nationalen Gesundheitsfonds und setzt sich u.a. aus folgenden zusammen: a) generalisierte Verpflichtung zur Beitragszahlung (ca. 0,3 % des Einkommens) ab 1.1.1980 für alle Bürger, die der Einkommensteuerpflicht unterliegen (Art. 63 vom Gesetz 833), b) Nettoeinkommen aus dem den Kommunen für die USL übertra-

genen Vermögen, c) Erträge aus der bezahlten Tätigkeit der USL und d) Einkünfte aus den Selbstbeteiligungsanteilen. Die Fiskalisierung der Kosten des Gesundheitsdienstes ist für die Zukunft vorgesehen (Art. 76 vom Gesetz 833).

Literaturverzeichnis

- Alf, S., B. Penth, H. Tralst: Determinanten staatlicher Gesundheitspolitik und gewerkschaftliche Strategien zur Humanisierung der Arbeit in Italien. Berlin 1980.
- Barro, G.: *La qualità della salute*. Roma 1978.
- Berlinguer, G.: *Medicina e politica*. Bari 1973.
- Berlinguer, G.: *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*. Bari 1979.
- Berlinguer, G.: Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften. Einige italienische Erfahrungen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 6. Argument Sonderband 53. Berlin/W. 1980, 43-48.
- Berlinguer, G., S. Scarpa: *La riforma sanitaria*. Roma 1974.
- Bernabei, P., G. Cirinei, P. Zolo: *L'Unità Sanitaria Locale*. Roma 1980.
- Busnelli, F.D., U. Breccia (Hrsg.): *Il diritto alla salute*. Bologna 1979.
- C.G.I.L. Arezzo e Provincia: *Leggi, note, posizioni sindacali sulla riforma sanitaria e i provvedimenti di attuazione*. Arezzo 1980.
- Consorti socio-sanitari nel processo per la riforma sanitaria. A cura della Regione Toscana, Giunta Regionale e della Provincia di Arezzo. *Atti del Convegno Regionale Arezzo, 5.-6.12.1975*. Firenze: 1976.
- Dörr, G., R. Klautke: *Gesundheitsinteressen und Industriearbeit. Aspekte der italienischen Arbeitermedizin*. Berlin 1981.
- Flacco, M.V.: *Versicherungssysteme und Gesundheitsfürsorge in Italien*. In: *Die Ortskrankenkasse* 1979, 351-355.
- Fleissner, P., W. Karner, H. Wintersberger: *Grundsätzliche Überlegungen zu einer komparativen Analyse von Gesundheitssystemen am Beispiel Italiens, Großbritanniens und der DDR*. In: Schönback, W. (Hrsg.): *Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt. Vergl. Analyse von Gesundheitssystemen*. München usw. 1980, 323-342.
- Gianni, G.: *Osservazioni e illustrazioni in sintesi sui punti più importanti della legge*. In: *La legge 23 dicembre 1978, N. 833. Istituzione del Servizio sanitario nazionale*. Milano 1979, 5-14.
- Lotte per la salute e riforma sanitaria*. A cura delle Sezioni napoletane di Medicina Democratica e Psichiatria Democratica. Napoli 1979.
- Maccararo, G.A.: *L'USL come sistema*. In: *Unità Sanitaria* 2 (1972) 4-13.
- Mann, M.: *Einige Aspekte der Praxis der »neuen italienischen Psychiatrie« aufgezeigt am Beispiel Triest*. In: *Psychiat. Prax.* 8 (1981) 76-81.
- Mori, M.: *La riforma sanitaria: una scatola da riempire*. In: *Segno critico. Materiali per la sinistra in Umbria*. (1979) 1, 83-87.
- Numero monografico sulla riforma sanitaria*. In: *Il Patronato sindacale, suppl. tecnico* Nr. 1, 1979.
- Palenzona, C.: *Les dispensaires italiens en fonction de filtre entre om-*

- nipraticien et l'hôpital. In: Blohmke, M. (Hrsg.): Effektivität von Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen. Stuttgart 1979, 15-18.
- Profeti, R.: Prevenzione e partecipazione. In: Salute e territorio. Nr. 0, 1978, 24-28.
- Regione Toscana: Raccolta di provvedimenti legislativi per l'attuazione del Servizio sanitario nazionale. Firenze 1980.
- Regione Toscana, Giunta Regionale: Prime proposte per il piano socio-sanitario 1980-82. Firenze 1980.
- Regione (La) dell'Umbria verso la riforma della sanità e dell'assistenza. A cura dell'Umbria, Giunta Regionale. Perugia 1974.
- La riforma sanitaria. G. Barro, E. Ferrari, A. Gerola u.a. Roma 1979.
- Seppilli, A., M. Mori, M.A. Modolo: Significato di una riforma. Roma 1976².
- Servizio (Il) sanitario nazionale. L. Colombini u.a. Con il coordinamento di F.A. Roversi Monaco. Milano 1979.
- Simons, T.: Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Italien. In: Igl, G., B. Schulte, T. Simons: Einführung in das Recht der sozialen Sicherheit von Frankreich, Großbritannien und Italien. Berlin 1977, 339-477.
- Simons, T.: Absage an die Anstalt. Frankfurt/M. 1980.
- Schulz, C.: Soziale Intervention als Entpsychiatisierung. Ein Centro di Medicina Sociale. In: Wambach, M.M., G. Hellerich, W. Reichel (Hrsg.), Die Museen des Wahnsinns. Frankfurt/M. 1980, 364-378.
- o.V.: Psychische Störung und kapitalistische Arbeitsorganisation. In: Pirella, A. (Hrsg.), Sozialisation der Ausgeschlossenen. Reinbek 1975, 215-226.
- Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca. A cura del Centro italiano di storia ospedaliera (CISO). Roma 1978.
- Terranova, F.: Progetto salute. Lineamenti per la costruzione del Servizio sanitario nazionale. Roma 1979.
- Terranova, F.: Health services and the state. A few thoughts about the situation in Italy today. Referat auf der 2. Konferenz der »International Advanced Study Group on Political Economy of Health«, 23-27.7.1979 in Ariccia/Italien. Typoskript.
- Terris, M.: Die drei Weltsysteme der medizinischen Betreuung. Trends und Aussichten. In: Zur Kritik der Gesundheitspolitik im heutigen Kapitalismus. Jena 1977, 52-66.
- Testo (Il) di riforma sanitaria approvato alla Camera. In: Sicurezza Sociale Nr. 15, luglio 1978.
- Trojan, A., H. Waller: Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. München usw. 1980.
- Wintersberger, H.: Gesundheitskämpfe in Italien - von der Arbeitsmedizin. In: Berger, E. (Hrsg.). Krank - zur Krise der Medizin. Wien 1977, 218-234.
- Wintersberger, H.: Zehn Jahre Arbeitermedizin in Italien. In: WSI-Mitteilungen 31 (1978) 10, 590-597.
- Chaos bei den »Sauben«. In: Deutsch. Ärztebl. 77 (1980) 304.
- Zahlreiche Zeitungsnotizen und -artikel aus der italienischen Presse der Jahre 1979-81.