

**03/2021**

Franz Prante, Alessandro Bramucci, Achim Truger

# AUSTERITÄT, DAS ITALIENISCHE GESUNDHEITSSYSTEM UND DIE CORONA-KRISE

## **Die Friedrich-Ebert-Stiftung**

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft;
- Politikberatung;
- internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern;
- Begabtenförderung;
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

## **Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung**

Die Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft Analyse und Diskussion an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit, um Antworten auf aktuelle und grundsätzliche Fragen der Wirtschafts- und Sozialpolitik zu geben. Wir bieten wirtschafts- und sozialpolitische Analysen und entwickeln Konzepte, die in einem von uns organisierten Dialog zwischen Wissenschaft, Politik, Praxis und Öffentlichkeit vermittelt werden.

## **WISO Diskurs**

WISO Diskurse sind ausführlichere Expertisen und Studien, die Themen und politische Fragestellungen wissenschaftlich durchleuchten, fundierte politische Handlungsempfehlungen enthalten und einen Beitrag zur wissenschaftlich basierten Politikberatung leisten.

## **Über die Autoren**

**Franz Prante** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Duisburg-Essen. Er promoviert an der Université Sorbonne Paris Nord.

**Alessandro Bramucci** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin und hat an der Universität Urbino promoviert.

**Achim Truger** ist Professor für Sozioökonomie mit Schwerpunkt Staatstätigkeit und Staatsfinanzen an der Universität Duisburg-Essen, Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sowie Senior Research Fellow am Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung der Hans-Böckler-Stiftung.

## **Für diese Publikation ist in der FES verantwortlich**

**Markus Schreyer**, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik, Leiter der Arbeitsbereiche Allgemeine Wirtschafts- und Finanzpolitik sowie Europäische und globale Wirtschafts- und Sozialpolitik.

Franz Prante, Alessandro Bramucci, Achim Truger

# AUSTERITÄT, DAS ITALIENISCHE GESUNDHEITSSYSTEM UND DIE CORONA-KRISE

2	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>
3	<b>1 EINLEITUNG</b>
4	<b>2 ITALIENS STAATLICHE GESUNDHEITSVERSORGUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH</b>
7	<b>3 JAHRZEHNTELANGE BUDGETBESCHRÄNKUNGEN UND MARKTLIBERALE REFORMEN IM ITALIENISCHEN GESUNDHEITSWESEN</b>
9	<b>4 AUSTERITÄT UND GESUNDHEITSAUSGABEN IN ITALIEN</b>
15	<b>5 DIE ENTWICKLUNG DER ITALIENISCHEN KRANKENHAUS- UND BETTENKAPAZITÄT – OPFER DER SPARMASSNAHMEN?</b>
21	<b>6 FAZIT: ITALIENS GESUNDHEITSSYSTEM LEIDET UNTER JAHRZEHNTE DER SPARPOLITIK</b>
24	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis
24	Abkürzungsverzeichnis
25	Literaturverzeichnis

# ZUSAMMENFASSUNG

Die anhaltende Sars-CoV-2-Pandemie stellt eine beispiellose Belastung globaler Gesundheitssysteme dar. In Italien war die Lage bereits zu Beginn der Pandemie äußerst dramatisch – in schwer betroffenen Regionen war das Gesundheitssystem den Fallzahlen schwerer Krankheitsverläufe nicht mehr gewachsen. Angesichts der lang anhaltenden Austeritätspolitik in Italien stellt sich die Frage, ob diese die Kapazitäten des Gesundheitssystems geschwächt und damit zu einem schwereren Verlauf der Pandemie in Italien beigetragen hat.

Wir zeigen in diesem Beitrag auf, dass die unter anderem zur Erfüllung der europäischen Maastricht-Kriterien und des Stabilitäts- und Wachstumspakts betriebene Austeritätspolitik das italienische Gesundheitswesen über Jahrzehnte belastet hat. Während die allgemeinen Sparmaßnahmen nach der Finanz- und Wirtschaftskrise 2008/09 und im Gefolge der Eurokrise in Italien besonders drastisch ausfielen, geht die Sparpolitik jedoch bereits bis in die frühen 1990er Jahre zurück. Italien verzeichnet seit 1992 durchweg gesamtstaatliche Primärüberschüsse. Die Staatseinnahmen waren demnach über fast drei Jahrzehnte größer als die Ausgaben für die Bereitstellung öffentlicher Güter und Dienstleistungen. Dies hat auch zu drastischen Kürzungen bei den Gesundheitsausgaben geführt. Gleichzeitig wurden Reformversuche unternommen, um das staatlich organisierte Gesundheitssystem stärker marktwirtschaftlich auszurichten. Auch wenn dieses Ziel insgesamt nicht erreicht wurde, haben diese Versuche doch bedeutende Transformationsprozesse ausgelöst.

Die Spar- und Reformpolitik im Gesundheitsbereich hat insbesondere die Akutversorgung massiv reduziert und einen substanziellen Ausbau der Notversorgung erschwert. Italien wies zu Anfang der 1990er Jahre eine ähnlich hohe Krankenhaus- und Bettenversorgung wie Deutschland auf. Doch innerhalb von drei Jahrzehnten wurde diese Kapazität in Italien viel stärker als in anderen Ländern reduziert und fiel schließlich unter den EU-Durchschnitt. Budgetrestriktionen und marktliberale Reformen haben auch die regionale Fragmentierung des Gesundheitssystems weiter verschärft. Sparmaßnahmen und marktliberale Reformen haben somit das in der italienischen Verfassung verankerte Prinzip der Universalität der Gesundheitsversorgung gefährdet.

Ob die gegenwärtige Gesundheits- und Wirtschaftskrise langfristig zu einer Investitionsoffensive im Gesundheitsbereich oder zu weiteren Kürzungen bei den Gesundheitsressourcen führt, bleibt abzuwarten. Eine erneute Phase der Sparpolitik, die durch dysfunktionale europäische Fiskalregeln in Zukunft wieder eingeleitet werden könnte, wäre in dieser Hinsicht ein besonders besorgniserregendes Szenario.

## 1

# EINLEITUNG

Die Sars-CoV-2-Pandemie und die dadurch ausgelöste Lungenkrankheit Covid-19 haben einige europäische und internationale Gesundheitssysteme in beispielloser Weise überfordert. Besonders schwerwiegend war die Lage bereits zu Anfang der Pandemie in Italien – in den am stärksten betroffenen Regionen war das italienische Gesundheitssystem nicht in der Lage, die Versorgung aller Covid-19-Patient\_innen zu gewährleisten. Bevölkerung und Wirtschaft litten im internationalen Vergleich schon früh unter strengen Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus. Die sozialen und wirtschaftlichen Schäden sind immens, und eine schnelle wirtschaftliche Erholung ist trotz zwischenzeitlicher Lockerungen kaum absehbar. Neben dem zeitlichen Ablauf und den Zufällen der Infektionsausbreitung, die Italien früh zu einem Zentrum der Pandemie machten, stellt sich im Rückblick auf eine Phase jahrelanger Austerität auch die Frage, ob diese Kürzungspolitik eine Mitverantwortung für die Überforderung des italienischen Gesundheitssystems trägt.

Die Auswirkungen der Sparpolitik auf die Gesundheitsversorgung sind aber auch über die Corona-Krise hinaus von Interesse. Insbesondere in primär öffentlich organisierten und finanzierten Gesundheitssystemen, wie in Italien, ist davon auszugehen, dass eine allgemeine Kürzungspolitik zulasten der Gesundheitsversorgung geht. In Italien ist dies auch vor dem Hintergrund regionaler und sozioökonomischer Ungleichheit von Bedeutung. Mögliche negative Effekte von Austeritätsmaßnahmen auf die Gesundheitsversorgung werden jedoch in der ökonomischen Debatte noch zu selten behandelt.

Obwohl die Kürzungsmaßnahmen nach der Finanz- und Wirtschaftskrise von 2008/09 und in der Folge der Eurokrise von 2010ff. in Italien sehr drastisch ausfielen, reicht Italiens Kürzungspolitik zeitlich deutlich weiter zurück verglichen mit vielen anderen südeuropäischen Ländern. Zudem ging die lang anhaltende Sparpolitik in Italien teilweise mit marktliberalen Reformbemühungen im öffentlichen Gesundheitssystem einher. In diesem Beitrag wollen wir den Zusammenhang von Gesundheitsversorgung und Austerität im Falle Italiens daher etwas genauer beleuchten. Dazu widmen wir uns einer beschreibenden Darstellung der Ausgaben- und Versorgungssituation im italienischen Gesundheitssystem.

Im folgenden zweiten Abschnitt wollen wir zunächst die aktuellen Gesundheitsausgaben und die Qualität des italienischen Systems im europäischen Vergleich einordnen. Dabei stellt sich die Frage, wie gut die weitgehend staatliche Versorgung im Ländervergleich abschneidet und ob sie hinsichtlich der Kosten deutlich unter oder über anderen Ländern liegt. Auf diese Querschnittsbetrachtung folgt im dritten Abschnitt eine kurze Beschreibung der jahrelangen Spar- und Reformtendenzen im italienischen Gesundheitssystem. Im vierten Abschnitt stellen wir den Bezug zur allgemeinen Austeritätspolitik seit Anfang der 1990er Jahre her. Hier gehen wir unter anderem auf den zeitlichen Vergleich der Entwicklung der Gesundheitsausgaben mit anderen europäischen Ländern ein. Im fünften Abschnitt zeigen wir die Entwicklung der Versorgungskapazitäten über den gleichen Zeitraum und gehen zum Ende kurz auf regionale Unterschiede ein. Der letzte Abschnitt zieht ein vorläufiges Fazit bezüglich der Frage, ob die langfristige Sparpolitik negative Konsequenzen für das italienische Gesundheitssystem mit sich brachte.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Als Reaktion auf die Pandemie wurden in vielen Ländern Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitssystems getroffen. Wir beschränken uns in unserer Analyse der Daten daher auf die Jahrzehnte vor der Corona-Pandemie.

## 2

## ITALIENS STAATLICHE GESUNDHEITS- VERSORGUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

### STAATLICHE VERSORGUNG IST KOSTENGÜNSTIG ...

Im Vergleich mit anderen Ländern der Eurozone sind die Gesundheitsausgaben in Italien relativ niedrig – insbesondere im direkten Vergleich mit Deutschland und Frankreich. Unter den acht bevölkerungsreichsten Ländern der Eurozone (Deutschland, Frankreich, Italien, Spanien, Niederlande, Belgien, Griechenland, Portugal) gehört Italien zu den vier Ländern (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien), die deutlich weniger für die Gesundheitsversorgung ausgeben als der Eurozonen-Durchschnitt. Die gesamten Gesundheitsausgaben der anderen vier Länder (Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande) liegen dagegen deutlich über dem Eurozonen-Durchschnitt (vgl. Abbildung 1). Im Jahr 2017 beliefen sich die öffentlichen und privaten Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung in Italien auf 8,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP).<sup>2</sup> Im gleichen Jahr betrug das Verhältnis der gesamten Gesundheitsausgaben zum BIP in Deutschland 11,2 Prozent und in Frankreich 11,3 Prozent. Von den hier betrachteten Ländern wies nur Griechenland einen niedrigeren Wert der gesamten Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP auf (8,0 Prozent).<sup>3</sup>

Im Jahr 2017 betragen die durch öffentliche und durch Pflichtversicherungen finanzierten Ausgaben für das Gesundheitswesen in Italien dabei 6,5 Prozent des BIP.<sup>4</sup> Dies ist zwar höher als in Griechenland (4,9 Prozent), Spanien (6,3 Prozent) und Portugal (5,9 Prozent), jedoch niedriger als in Euroländern vergleichbarer Größe wie Deutschland und Frankreich, wo der Anteil am BIP 9,5 Prozent bzw. 9,4 Prozent entsprach. Während der Wert der freiwilligen Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP zu den niedrigsten unter den hier betrachte-

ten Ländern gehört (0,2 Prozent), liegen die Ausgaben für eigene Zuzahlungen der privaten Haushalte, sogenannten Out-of-Pocket-Zahlungen (OOP), in Italien bei 2,1 Prozent und damit auf dem gleichen Niveau wie in Spanien und über dem Euroraum-Durchschnitt (1,7 Prozent). Während die OOP-Werte für Griechenland (2,8 Prozent) und Portugal (2,5 Prozent) noch über dem Wert für Italien liegen, weisen Deutschland (1,4 Prozent), Frankreich (1,1 Prozent) und die Niederlande (1,1 Prozent) Werte deutlich unter dem Euroraum-Durchschnitt aus.

Auch die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben sind in Italien vergleichsweise niedrig. In jeweiligen Preisen gerechnet betragen die gesamten Gesundheitsausgaben in Italien pro Kopf ca. 2.500 Euro und damit etwa 2.000 Euro weniger als in Deutschland. Vor allem die staatlichen bzw. durch Pflichtversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben pro Kopf sind mit 1.864 Euro im Vergleich zu Deutschland (3.762 Euro) extrem niedrig (etwa die Hälfte). Im Jahr 2017 mussten die italienischen privaten Haushalte bei den OOPs pro Kopf etwa 592 Euro ausgeben, d. h. mehr als in den anderen betrachteten Ländern (außer Belgien) und erheblich mehr als in Frankreich (354 Euro), wo der OOP-Beitrag zu den Gesundheitsausgaben im Vergleich zu anderen Ländern besonders niedrig ist.

### ... UND LIEFERT IM INTERNATIONALEN VERGLEICH HERVORRAGENDE ALLGEMEINE GESUNDHEITSERGEBNISSE

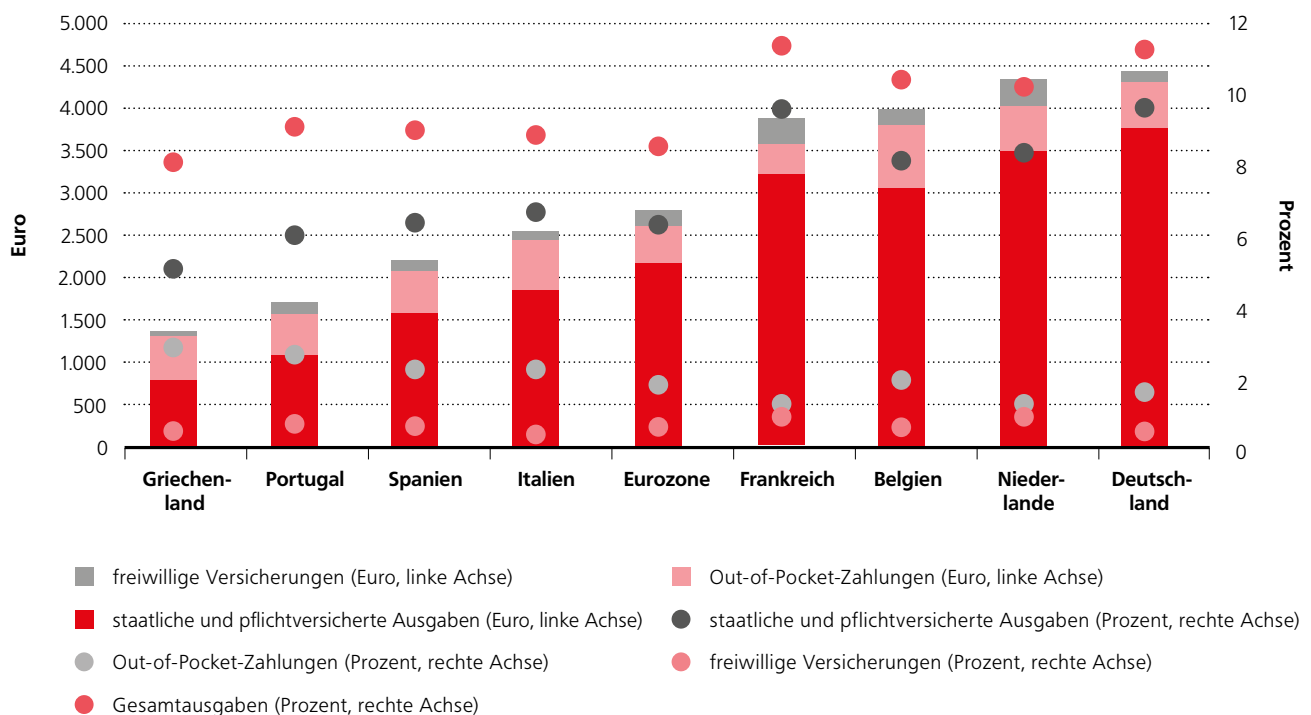
Das in Italien weitgehend staatlich bereitgestellte Gesundheitssystem scheint im europäischen Vergleich kostengünstig zu sein. Dies deckt sich mit empirischen Befunden, die häufig eine größere oder gleiche Kosteneffizienz staatlicher Krankenhausversorgung gegenüber einer privat organisierten und profitorientierten Gesundheitsversorgung feststellen (Tynkynen/Vrangbæk 2018). Neben der unten zu erörternden Frage, wie sich Austeritätsmaßnahmen in Italien auf die Gesundheitsausgaben ausgewirkt haben, ist zunächst relevant, wie es angesichts der vergleichsweise geringen Ausgaben um den allgemeinen Gesundheitszustand der italienischen Bevölkerung bestellt ist.

<sup>2</sup> Dieser Absatz sowie Abbildung 1 beziehen sich auf das Jahr 2017 als letztes Jahr mit vollständiger Verfügbarkeit von Daten zu den Gesundheitsausgaben in der OECD-Gesundheitsstatistik (2019) für die von uns betrachteten Länder.

<sup>3</sup> Auch der Eurozonen-Durchschnitt liegt bei den Gesamtausgaben unter Italien.

<sup>4</sup> Es sei darauf hingewiesen, dass die OECD die Staatsausgaben und die durch die Pflichtversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben in die gleiche Kategorie einordnet.

Abbildung 1  
**Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Euro (linke Achse) und Gesamtausgaben in % des BIP (rechte Achse),  
 aufgeschlüsselt nach Finanzierungsarten, ausgewählte Länder und Eurozonen-Durchschnitt, 2017**



Quelle: OECD; Berechnungen der Autoren.

Anmerkungen: Eurozonen-Durchschnitt (Mitglieder Stand 2020) ohne Malta und Zypern, für die keine Daten vorliegen.

Diesbezüglich zeigt eine jüngere Gesundheitsstudie auf, dass die wichtigsten Gesundheitsindikatoren Italiens zu den besten in Europa und der Welt gehören (Monasta et al. 2019). Diese Studie hebt Italien als Beispiel für die guten Ergebnisse hervor, die durch eine Mischung aus einem relativ gesunden Lebensstil und einem universellen Gesundheitssystem erzielt werden können. Das Ende der 1970er Jahre eingeführte universelle und öffentlich finanzierte italienische Gesundheitssystem genießt bereits seit Jahrzehnten ein hohes internationales Ansehen. Im Weltgesundheitsbericht des Jahres 2000 bewertete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das italienische Gesundheitssystem hinsichtlich der Gesundheitsversorgung auf Grundlage von Daten des Jahres 1997 als das zweitbeste der Welt nach Frankreich (WHO 2000: 200; Tandon et al. 2000). Im Jahr 2010 wurde die Gesamtleistung des italienischen Gesundheitssystems von der WHO erneut als die zweitbeste der Welt bewertet (WHO 2010), und Italien erreicht den neunten Platz im Index Healthcare Access and Quality (HAQ) der Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) von 2016 (Fullman et al. 2018).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Fullman et al. (2018) versuchen, den Zugang zu und die Qualität der Gesundheitsversorgung in einem Land mittels der Zahl der Todesfälle bei einer Reihe von Krankheiten zu erfassen, die bei einer wirksamen Behandlung nicht tödlich verlaufen sollten. Italien liegt in dieser Rangliste auf dem neunten Platz von 195 Ländern und ist nach den Niederlanden, Luxemburg, Finnland und Schweden auf dem fünften Rang innerhalb der Europäischen Union.

Auch beim Verhältnis der Lebenserwartung zu den Gesundheitsausgaben erreicht Italien im Jahr 2018 den zweiten Platz unter den ökonomisch gewichtigsten Ländern (nach Spanien).<sup>6</sup> Im Bloomberg-Health-Index von 2018 erreicht Italien den zweiten Platz beim Gesundheitsstand der Bevölkerung (Miller/Lu 2019). Die niedrigen Ausgaben und die guten Gesundheitsergebnisse der italienischen Bevölkerung haben dazu geführt, dass das italienische Gesundheitssystem oft als sehr effizient bewertet wird. In ihrem Länderbericht erkennt auch die Europäische Kommission an, dass Zugang und Qualität der Gesundheitsdienste in Italien trotz unterdurchschnittlicher Ausgaben im EU-Vergleich insgesamt gut sind, wenngleich in Italien deutliche regionale Unterschiede bestehen (Europäische Kommission 2020: 44).

Laut Eurostat-Daten betrug im Jahr 2018 die Lebenserwartung Neugeborener in Italien 83,4 Jahre, womit Italien nach Spanien (83,5) den zweithöchsten Wert in der EU erreicht und damit mehr als zwei Jahre über dem EU-Durchschnitt (81,0) liegt. Bei der Lebenserwartung bestehen in Italien jedoch geschlechtsspezifische, regionale und sozioökonomische Unterschiede. Frauen leben im Durchschnitt 4,4 Jahre länger als Männer. Die Lebenserwartung ist in den wirtschaftlich stärkeren nördlichen Regionen mit höherem Lebensstandard (gut drei Jahre) und für Personen mit höherem Bildungsniveau

<sup>6</sup> Siehe Bloomberg Health Care Efficiency Ranking (Miller/Lu 2018). Nur die Sonderverwaltungszone Hongkong und der Stadtstaat Singapur liegen vor Spanien und Italien.

(4,5 Jahre) höher (OECD 2019). Zwar ist die Lebenserwartung in Italien zwischen 2000 und 2018 um 3,5 Jahre gestiegen. Die anhaltende Wirtschaftskrise (vor Ausbruch von Sars-CoV-2) scheint sich jedoch auf die Entwicklung der Lebenserwartung ausgewirkt zu haben. Zwischen 2011 und 2012 gab es nach Eurostat-Angaben keine Verbesserung und zwischen 2014 und 2015 sogar eine Verschlechterung um 0,5 Jahre sowie zwischen 2017 und 2018 um 0,3 Jahre.

### ... AUSTERITÄT STELLT JEDOCH EINE GEFAHR DAR

Die im internationalen Vergleich guten allgemeinen Gesundheitsresultate bei vergleichsweise geringen Kosten lassen jedoch nicht einfach den Schluss zu, dass eine Sparpolitik in Italien keine negativen Effekte auf die Versorgung hatte. Zum einen weisen Monasta et al. (2019) darauf hin, dass die öffentlichen Gesundheitsausgaben zuletzt zurückgegangen sind, während die OOP-Ausgaben gestiegen sind (siehe dazu Abschnitt 4 unten). Eine Verlagerung größerer Kosten von der Öffentlichkeit auf einzelne Familien könnte demnach zukünftig ein Problem darstellen. So gibt es auch Warnungen davor, dass die Auswirkungen der Maßnahmen nach 2008 auf das italienische Gesundheitssystem bei Weitem noch nicht abgeschlossen sind und dass die Gefahr besteht, dass sie seinen universalistischen Charakter und seine Fähigkeit zu einer gerechten und solidarischen Versorgung, insbesondere auf regionaler Ebene, untergraben könnten (Neri 2019).

Zum anderen könnten die vergleichsweise gute Versorgung und die geringen Kosten auch ein strukturelles Resultat eines staatlich organisierten und finanzierten Gesundheitssystems sein, in dem gegenüber stärker privat organisierten Systemen (mit höherem Profitdruck bei möglicherweise stark mono- bzw. oligopolistischen Strukturen) eine kostengünstigere und mehr an tatsächlichen Gesundheitsresultaten orientierte Bereitstellung gewährleistet werden kann. Eine universelle und weitgehend kostenlose Gesundheitsversorgung trägt zum Beispiel aus Sicht der Europäischen Kommission zu den guten Gesundheitsresultaten in Italien bei (Europäische Kommission 2020: 44). Nichtsdestotrotz kann ein solches System durch Sparpolitik natürlich unter Druck gesetzt werden.

Darüber hinaus zeigt die Corona-Krise, dass gewisse Kapazitäten in der Gesundheitsversorgung nur in seltenen Notfällen benötigt werden. Eine durch Budgetplanungen getriebene jahrelange Reduktion von Akut- und Notfallversorgungskapazitäten wirkt sich dann nicht unbedingt direkt und unter Umständen nur verzögert auf allgemeine Indikatoren wie die Lebenserwartung aus. Die Indikatoren zum allgemeinen Gesundheitszustand und zur Effizienz des italienischen Gesundheitssystems berücksichtigen diesbezüglich nicht, dass im Laufe der Jahre zahlreiche Ressourcen insbesondere in Bezug auf Gesundheitseinrichtungen und Personal aus dem öffentlichen Gesundheitssystem abgezogen wurden. Der Mangel an solchen Ressourcen wurde mit dem Ausbruch der Covid-19-Krise auf tragische Weise deutlich. Um der Frage nachzugehen, inwieweit Kürzungspolitik in Italien in den vergangenen Jahrzehnten hier negative Effekte hatte, ist ein Blick auf die Entwicklung der Ausgaben und der Versorgungs-

kapazitäten im Vergleich zu den Spar- und Reformbemühungen hilfreich.

In den nächsten Abschnitten wird deutlich, dass die pandemiebedingte Überlastung des italienischen Gesundheitssystems zu einem gewissen Grad auch das Ergebnis eines Abbaus der Gesundheitsressourcen war. Dieser Ressourcenabbau wurde während dreier Jahrzehnte italienischer öffentlicher Haushaltseinschränkungen vorgenommen. Budgetrestriktionen in Verbindung mit marktorientierten Reformen stellen somit die Qualität und Zugänglichkeit des italienischen Gesundheitssystems infrage und drohen, das Grundprinzip der Universalität zu untergraben.



## 3

## Jahrzehntelange Budgetbeschränkungen und marktliberale Reformen im italienischen Gesundheitswesen

Der im Jahr 1978 gegründete Nationale Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale – SSN) entstand aus der Auflösung der italienischen Krankenkassen (Casse Mutue), die ursprünglich aus dem korporativen System des faschistischen Regimes hervorgegangen waren. Unter dem Krankenkassen-System beruhte der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Beschäftigten und ihre Familienangehörigen auf der Berufskategorie und der Höhe der in den Fonds eingezahlten Beiträge (Taroni 2019). Mit der Einführung des SSN wurde die Gesundheit als ein für alle Bürger\_innen einheitliches individuelles Grundrecht anerkannt. Dies war auch der Versuch, Versorgungsgleichheit in einem Land herzustellen, das durch soziale (zwischen Berufsgruppen) und regionale (zwischen dem industrialisierten Norden und dem hauptsächlich landwirtschaftlich geprägten Süden) Unterschiede tief gespalten war. Mit der Gründung des SSN wurde der Zugang zur Gesundheit auf universalistischer Basis gewährleistet und auf lokaler Ebene durch ein Netz lokaler Gesundheitseinheiten (Unità Sanitarie Locali – USLs) organisiert (Taroni 2019).

Der SSN soll auf Grundlage des in Artikel 32 der italienischen Verfassung verankerten Rechts auf Gesundheitsversorgung allen Staatsbürger\_innen, rechtmäßig ansässigen Ausländer\_innen und Migrant\_innen mit Aufenthaltsgenehmigung eine universelle Gesundheitsversorgung bieten (De Falco 2019). Die Gesundheitsversorgung durch Krankenhäuser und medizinische Dienste soll nach Maßgabe der Verfassung weitgehend kostenlos sein. Der SSN finanziert sich dabei hauptsächlich über Steuern auf nationaler und regionaler Ebene; ergänzt wird dies jedoch durch eigene Zahlungen der Patient\_innen (OOPs). Während die Regierung über das Gesundheitsministerium für die Koordination und die Budgetierungspolitik auf nationaler Ebene verantwortlich ist, sind die italienischen Regionen für die Organisation und Bereitstellung der Gesundheitsdienste über die lokalen Netzwerke öffentlicher und privater Anbieter verantwortlich (Ferrè et al. 2014).

Während der 1990er Jahre wurden in Italien verstärkt Reformversuche unternommen, um den SSN durch ein stärker privatwirtschaftlich orientiertes System zu ersetzen. Dieses Ziel wurde zwar insgesamt nicht erreicht, jedoch haben diese Versuche deutliche Transformationsprozesse im italienischen

Gesundheitssystem ausgelöst (vgl. Pavolini/Vicarelli 2013). Neben dem vordergründigen Ziel der Versorgung einer alternden Bevölkerung bestand eine zentrale Motivation der Reformen im italienischen Gesundheitssystem auch darin, die Kosten einzudämmen (Pavolini/Vicarelli 2013). Die verstärkten Sparmaßnahmen in den 1990er Jahren wurden von zwei weitreichenden Reformen des italienischen Gesundheitssystems in den Jahren 1992/93 und 1999 begleitet. Im Zuge dieser Reformen wurden unter anderem regulatorische Kompetenzen von der nationalen auf die regionale Ebene verschoben (Pavolini/Vicarelli 2013). Außerdem wurde die Administration des Gesundheitswesens im Sinne des marktliberalen Ansatzes der „Öffentlichen Reformverwaltung“ (New Public Management Approach) reformiert (Maino/Neri 2011; Pavolini/Vicarelli 2013). Dieser Ansatz setzt auf die Anwendung privatwirtschaftlicher Managementtechniken in der öffentlichen Verwaltung und orientiert sich stark an Konzepten der Public-Choice-Theorie (Reichard/Röber 2001). Im Zuge dessen wurden lokale Gesundheitsbehörden (USLs) in sogenannte Gesundheitsagenturen (Aziende Sanitarie Locali – ASLs) und Krankenhaus-Trufts (Aziende Ospedaliere – AOs) umgewandelt, die anstelle der zuvor von den Kommunalverwaltungen ernannten Politiker\_innen von befristeten Manager\_innen (Direttori generali) geleitet wurden. Sowohl auf den höheren Ebenen des SSN als auch im täglichen Betrieb von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen hat diese „Managerialisierung“ und „Rationalisierung“ zu einer Verlagerung des administrativen Schwerpunkts auf die Budgetierung, Kostenkontrolle und ähnliche Kriterien der privatwirtschaftlichen Betriebsführung geführt. Gleichzeitig wurde innerhalb des SSN verstärkt auf das Konzept der Konkurrenz und eine breitere Nutzung von privaten Anbietern gesetzt (Maino/Neri 2011; Pavolini/Vicarelli 2013).

„Quasi-Märkte“ sowie der zunehmende Ersatz öffentlicher Versorgungsstellen durch Fremdverträge mit privaten Anbietern sollten das Gesundheitssystem (kosten-)effizienter machen. Grundsätzlich kann zwischen der Privatisierung der Ausgaben (geringerer Anteil der Staatsausgaben an den Gesamtausgaben der Gesundheitsversorgung) und der Privatisierung der Versorgung an sich (mehr private Dienstleistungen) unterschieden werden. Die steigende Privatisierung der Dienst-

leistungen fand dabei eher in den 1990er Jahren statt. Weitere Reformversuche wurden aber auch zwischen 2001 und 2006 und danach 2007 unternommen. Mitte-Rechts-Regierungen versuchten, weitere (Teil-)Privatisierungen und eine verstärkte Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen durchzusetzen. Die 2000er Jahre waren jedoch insgesamt eher durch fokussierte und kleinere Reformschritte geprägt. Trotzdem haben auch sie einen spürbaren Effekt auf den SSN gehabt (Pavolini/Vicarelli 2013).

Die finanziellen Beschränkungen und die Reformen im Gesundheitswesen fielen in Italien in eine Zeit allgemeiner fiskalpolitischer Sparanstrengungen. Der nächste Abschnitt verdeutlicht den Zusammenhang von Restriktionen bei den Gesundheitsausgaben und einer allgemeinen Austeritätspolitik in Italien.

## 4

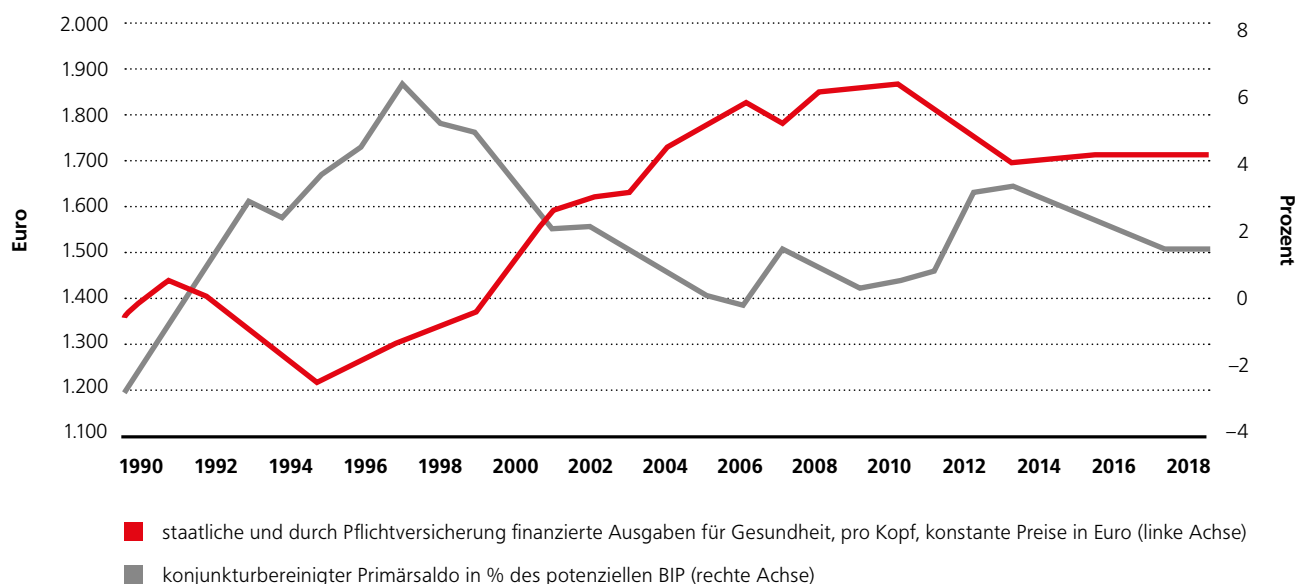
# AUSTERITÄT UND GESUNDHEITS- AUSGABEN IN ITALIEN

## SPARPOLITIK MINDERT STAATLICH FINANZIERTE GESUNDHEITSAUSGABEN

Das übergeordnete Ziel der marktliberalen Reformen und der Sparmaßnahmen bestand in einer Begrenzung der italienischen Staatsverschuldung, unter anderem aufgrund der italienischen Anstrengungen zur Erfüllung der Maastricht-Kriterien und des Stabilitäts- und Wachstumspakts (Maino/Neri 2011; Pavolini/Vicarelli 2013). Tatsächlich befindet sich Italien wegen der starken Anstrengungen zur Einhaltung dieser europäischen Vorgaben im Gegensatz zu vielen anderen Ländern bereits seit Anfang der 1990er Jahre in einem dauerhaften Austeritätsregime (Storm 2019). Die starken Konsolidierungsanstrengungen Italiens haben seit 1992 durch-

gängig gesamtstaatliche Primärüberschüsse hervorgebracht (vgl. Abbildung 2). Dies bedeutet, dass das, was an Staatseinnahmen eingenommen wurde, fast drei Jahrzehnte lang größer war, als das, was die Bevölkerung an öffentlichen Gütern und Dienstleistungen erhielt. Die nach der Finanzkrise 2008/2009 und in Reaktion auf die Eurokrise 2010ff. nochmals verschärfte Austerität hat die italienische Wirtschaft und das Gesundheitssystem weiter belastet und deutliche Ausgabenbeschränkungen im Gesundheitswesen erneut auf die Tagesordnung gesetzt. Abbildung 2 zeigt, dass Perioden mit Kürzungen der Gesundheitsausgaben tendenziell mit Perioden starker Haushaltskonsolidierung in der ersten Hälfte der 1990er Jahre und in der Euro-Krise nach 2010 einhergehen.

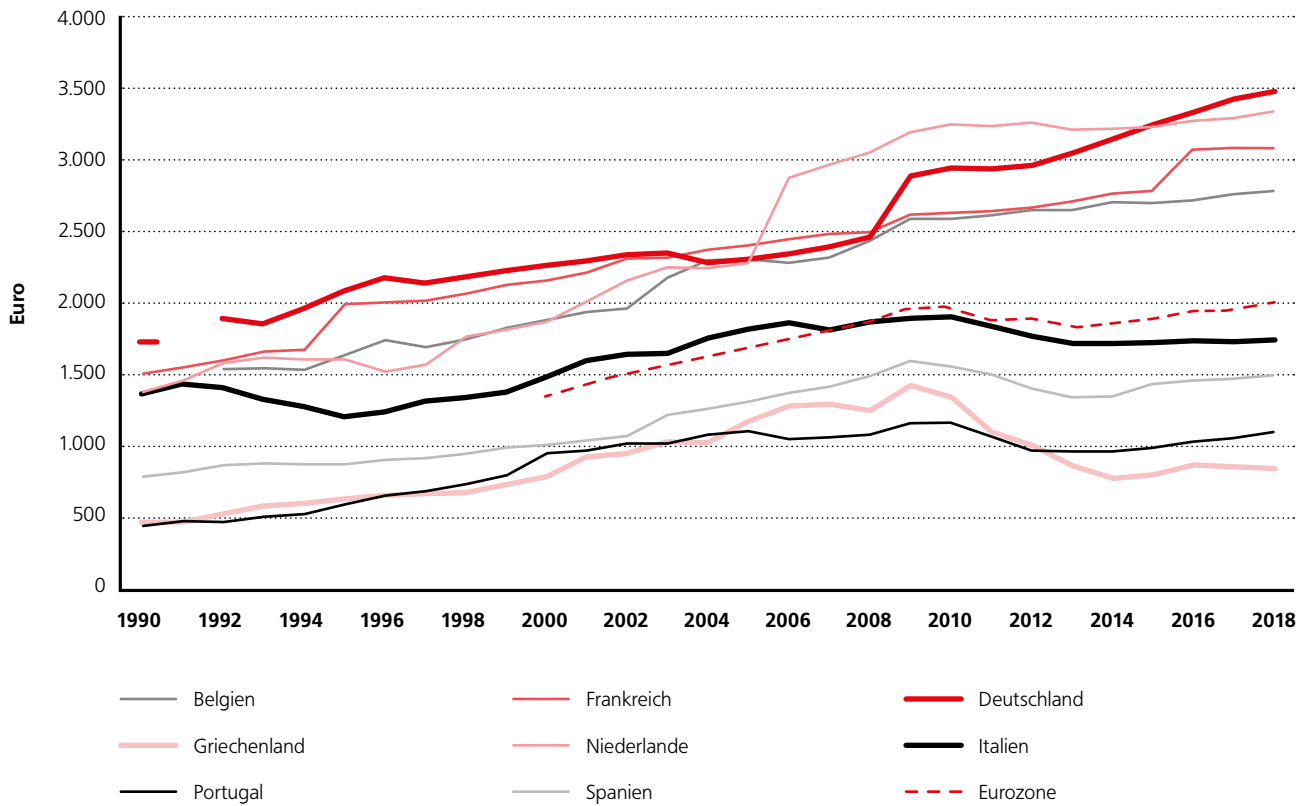
Abbildung 2  
Staatliche und durch Pflichtversicherung finanzierte Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen in Euro (Basisjahr 2010) (linke Achse) und konjunkturbereinigter Primärsaldo in % des potenziellen BIP (rechte Achse), Italien, 1990–2018



Quelle: OECD, IWF.

Anmerkungen: Die OECD ordnet staatliche und durch Pflichtversicherungen finanzierte Gesundheitsausgaben in die gleiche Kategorie ein.

Abbildung 3  
**Staatliche und durch Pflichtversicherung finanzierte Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen in Euro (Basisjahr 2010), ausgewählte Länder und Eurozonen-Durchschnitt, 1990–2018**



Quelle: OECD; Berechnungen der Autoren  
 Anmerkungen: Eurozonen-Durchschnitt (Mitglieder Stand 2020) ohne Malta und Zypern, für die keine Daten vorliegen. Brüche in den Daten vorhanden. Für 2018 vorläufige Daten oder Schätzungen der OECD.

Normalerweise nehmen die Gesundheitsausgaben aufgrund von Preiserhöhungen, Fortschritten in der Gesundheitsversorgung und einer alternden Bevölkerung in den meisten industrialisierten Ländern über die Zeit zu. Eine anhaltende Seitwärtsbewegung oder sogar ein Rückgang über mehrere Jahre ist eher selten zu beobachten. Italien ist einer dieser seltenen Fälle.

Die Entwicklung der italienischen staatlichen und pflichtversicherten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in konstanten Preisen lässt sich in der Zeit zwischen 1990 und 2018 in drei Phasen einteilen.<sup>7</sup> Abbildung 3 zeigt, dass Italien in den 1990er Jahren zunächst einen Rückgang der staatlichen Gesundheitsausgaben verzeichnete. Erst zum Ende der 1990er Jahre zeichnete sich eine beginnende Aufwärtsbewegung ab, die über die 2000er Jahre weitgehend parallel zum Durchschnitt der Eurozone verlief. Ab 2010 begann dann eine erneute Phase der Austerität, die bis 2015 anhielt und neben Italien vor allem Griechenland sowie Portugal und Spanien betraf. Im Gegensatz dazu kam es in dieser Zeit in Deutschland, Frankreich und Belgien zu einem Anstieg der

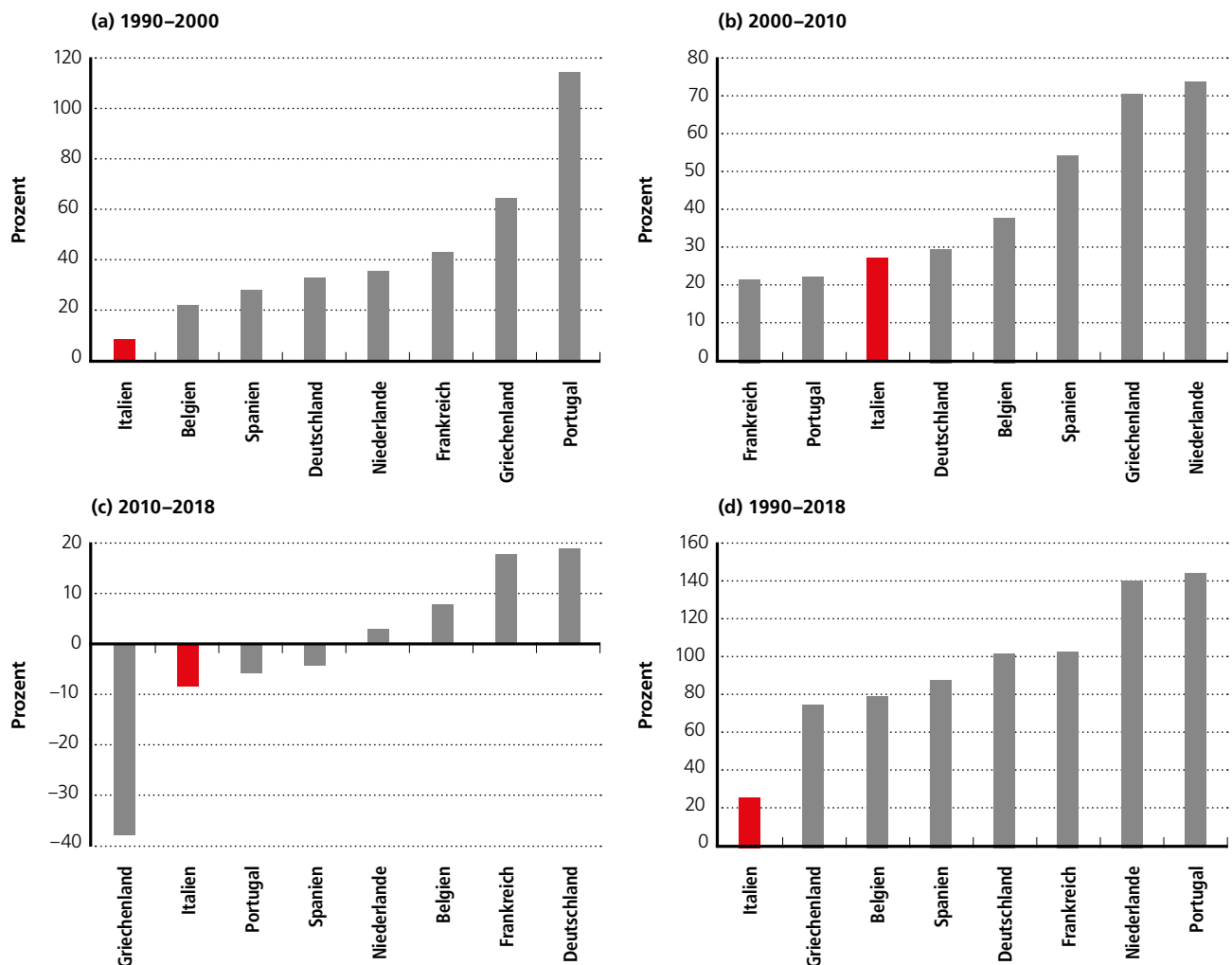
öffentlichen und pflichtversicherten Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung.

Die Abbildungen 4a bis 4d zeigen die prozentuale Veränderung der staatlichen und pflichtversicherten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitszwecke für diese drei verschiedenen Phasen und für den gesamten Zeitraum zwischen 1990 und 2018. Im Zeitraum 1990 bis 2000 gab es in Italien eine erste Phase der Budgetbeschränkungen, in der die öffentlichen Ausgaben innerhalb von zehn Jahren nur um 8,7 Prozent stiegen. Nach einer moderat expansiven zweiten Phase von 2000 bis 2010, in der die Pro-Kopf-Ausgaben in Italien um 27,1 Prozent zulegten, gab es im dritten Zeitabschnitt einen Rückgang des Wachstums der öffentlichen Gesundheitsausgaben. In diesem Zeitraum, der durch die jüngsten Haushaltskürzungen gekennzeichnet war, sanken die Pro-Kopf-Ausgaben in Italien um 8,2 Prozent – weniger stark als in Griechenland, aber stärker als in Spanien und Portugal. Im Gegensatz dazu verzeichnete die Gruppe der nördlichen Länder einen Anstieg. Insgesamt wuchsen die öffentlichen und pflichtversicherten Gesundheitsausgaben pro Kopf in Italien von 1990 bis 2018 um weniger als 26,8 Prozent, was mit Abstand der niedrigste Wert unter allen hier ausgewiesenen europäischen Ländern ist.

<sup>7</sup> Diese zeitliche Einteilung lässt sich auch mit kaufkraftbereinigten und/oder mit Daten zu laufenden Preisen vornehmen.

Abbildung 4a–4d

**Prozentuale Veränderung der staatlichen und pflichtversicherten Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen in Euro (Basisjahr 2010), ausgewählte Länder und Zeitintervalle**



Quelle: OECD; Berechnungen der Autoren.

Anmerkungen: Für Belgien fehlt der Wert für 1990, wir haben ihn durch den Wert von 1993 ersetzt; siehe Anmerkungen Abbildung 3.

## REFORMEN UND SPARMASSNAHMEN LASSEN EIGENLEISTUNGEN DER PRIVATEN HAUSHALTE STEIGEN

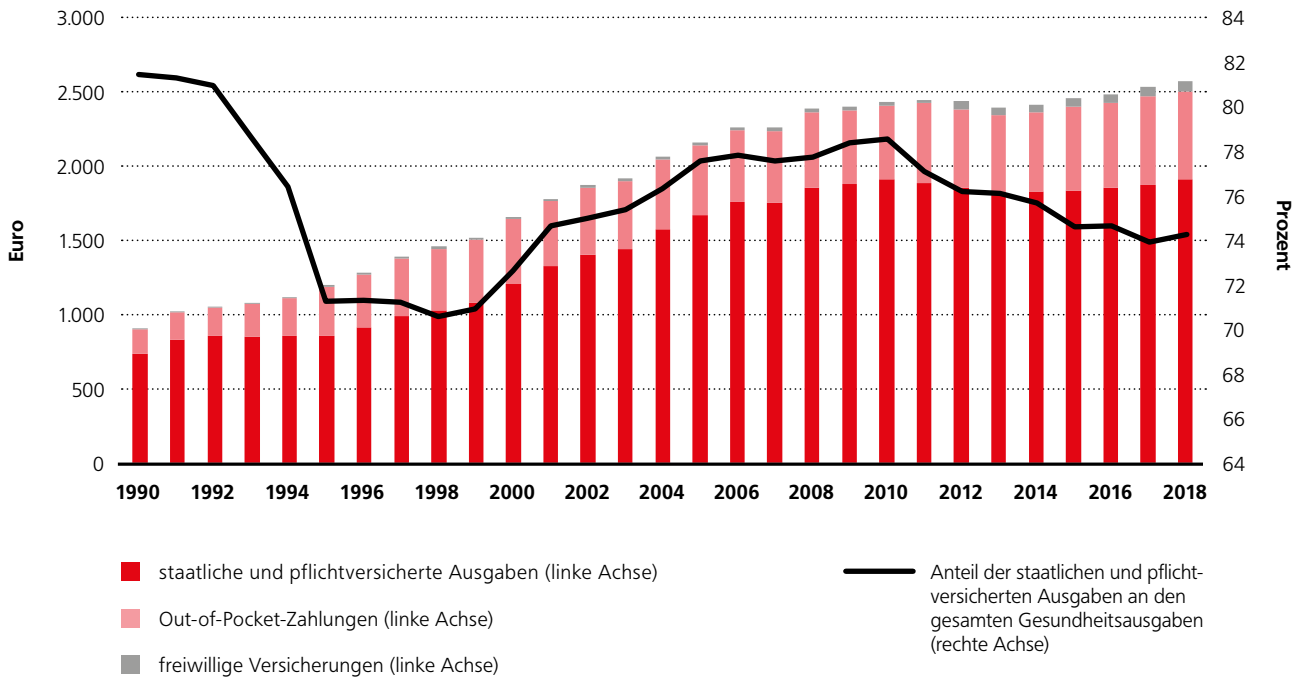
Wie oben erwähnt, weisen Monasta et al. (2019) bei ihrer umfassenden Einschätzung des Zustands des italienischen Gesundheitssystems auf den jüngsten Rückgang öffentlicher Gesundheitsausgaben als potenzielles Problem für die Versorgungsqualität hin. Gleichzeitig warnen sie vor der Verschiebung der finanziellen Belastung zu den privaten Haushalten, die durch den ebenfalls zu beobachtenden Anstieg der Eigenleistungen (OOPs) verursacht wird. Abbildung 5 stellt die Ausgaben pro Kopf (in laufenden Preisen) aufgeschlüsselt nach Finanzierungsquellen dar und zeigt auf, dass gravierende Veränderungen in der Finanzierung des italienischen Gesundheitssystems weit vor die Finanzkrise von 2008/09 und die nachfolgende Euro-Krise zurückreichen. Die Eigenleistungen der privaten Haushalte pro Kopf verzeichnen einen Anstieg

von 162 Euro im Jahr 1990 auf 591 Euro im Jahr 2018. Seit Ende der 2000er Jahre ist zudem eine Zunahme der freiwilligen finanziellen Ausgaben zu verzeichnen, die von 21 Euro im Jahr 2006 auf 69 Euro im Jahr 2018 stiegen.<sup>8</sup>

Die bereits erwähnte erste Phase der Sparpolitik und die Reformen zu Beginn der 1990er Jahre, die auf die Einführung quasi marktbasierter Elemente abzielten, haben auch den Anteil der staatlich finanzierten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben stark reduziert. Deckten die staatlichen Gesundheitsausgaben 1990 noch mehr als 80 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben ab, so sank dieser Anteil innerhalb von fünf Jahren um ca. zehn Prozentpunkte. Dieser Rückgang wurde zwar im Verlauf der 2000er Jahre zum Teil wieder ausgeglichen, die Eurokrise und Auste-

<sup>8</sup> Seit 2008 werden freiwillige Gesundheitsausgaben in Form von ergänzenden Gesundheitsfonds durch Steuererleichterungen gefördert (Ricciardi et al. 2018).

Abbildung 5  
**Gesundheitsausgaben pro Kopf aufgeschlüsselt nach Finanzierungsquellen in laufenden Preisen in Euro (linke Achse) und Anteil der staatlichen und durch Pflichtversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben (rechte Achse), Italien, 1990–2018**



Quelle: OECD.  
 Anmerkungen: Brüche in den Daten vorhanden. Daten für 2018 sind teilweise OECD-Schätzungen.

rität haben nach 2010 jedoch einen erneuten Rückgang des Anteils der staatlich finanzierten Gesundheitsausgaben hervorgerufen. Von 2010 bis 2018 sank der Anteil der Staatsausgaben von 78,5 Prozent auf 74,3 Prozent. In der gleichen Zeit stieg der Anteil der OOPs innerhalb von acht Jahren um drei Prozentpunkte und erreichte 2018 fast ein Viertel (23 Prozent) der Gesamtausgaben für Gesundheit – ein wesentlich höherer Wert als im EU-Durchschnitt (15,8 Prozent) (OECD 2019).

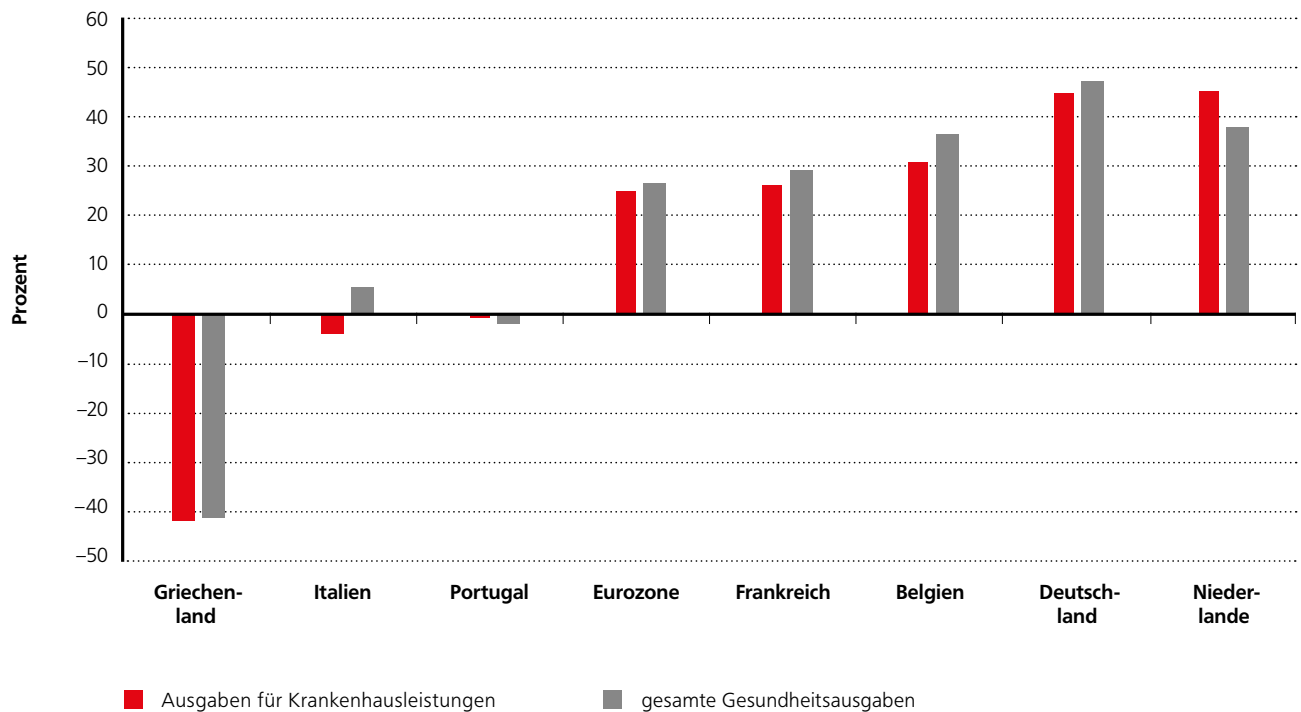
Eine Erhöhung des Anteils der privaten Gesundheitsausgaben in Italien bedeutet, dass den privaten Haushalten eine höhere Finanzierungslast aufgebürdet wurde, was die Möglichkeit des Zugangs zu Gesundheitsdiensten für viele Haushalte einschränkte. Dies gilt umso mehr in Zeiten wirtschaftlicher Schwierigkeiten und steigender Ungleichheit. Die Stagnation oder gar Verringerung des verfügbaren Einkommens in Verbindung mit höheren OOP-Zuzahlungen und übermäßigen Wartezeiten zwang eine wachsende Zahl von privaten Haushalten, insbesondere in den ärmeren Bevölkerungsschichten, die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung zu reduzieren oder zu verschieben. Sparmaßnahmen haben in Italien den in der Verfassung festgelegten Zugang zur allgemeinen Gesundheit damit untergraben (De Falco 2019).

Negative Effekte von Austeritätsmaßnahmen auf Umfragedaten zum ungedeckten Behandlungsbedarf lassen sich für mehrere europäische Länder feststellen, insbesondere dort, wo der Anteil der OOPs vergleichsweise hoch ist (Stuckler et al. 2017). Nach Angaben von Eurostat ist in Italien der Anteil

nicht gedeckten Bedarfs an medizinischer Behandlung nach Eigenangaben in der Bevölkerung von 5,2 Prozent im Jahr 2008 auf 5,9 Prozent im Jahr 2011 und dann nochmals auf 7,2 Prozent im Jahr 2015 gestiegen. Im Jahr 2018 sank der Anteil dank der (wenn auch leichten) Erholung von Wirtschaft und Beschäftigung auf 2,4 Prozent. Dennoch liegt dieser Wert über den Werten von Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden, Portugal und Spanien. Im Gegensatz dazu ging der Anteil ungedeckten medizinischen Bedarfs in Deutschland von 2,2 Prozent im Jahr 2008 auf 0,2 Prozent im Jahr 2018 zurück.

Austeritätspolitik hat in vielen europäischen Ländern zu einer Reduktion der durch Versicherungen abgedeckten Leistungen geführt und Zuzahlungen der privaten Haushalte erhöht, wodurch insbesondere ärmere Haushalte stärker an der Gesundheitsfinanzierung beteiligt wurden (Quaglio et al. 2013; Stuckler et al. 2017). Die Ineffizienz solcher Maßnahmen zur Kostenreduktion (es erfolgt eher eine Verschiebung hin zu administrativen Kosten) hat politische Entscheidungsträger\_innen jedoch nicht von der Durchsetzung solcher Maßnahmen abgehalten, trotz der Schädlichkeit für den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Stuckler et al. 2017). Umfrageergebnisse unter älteren Patient\_innen (50+) zeigen, dass OOPs nach der Finanzkrise in vielen europäischen Ländern deutlich zugenommen haben und sich die Zahl der Patient\_innen erhöht hat, die sich mit katastrophalen Gesundheitsausgaben belastet sehen (Stuckler et al. 2017).

Abbildung 6  
**Prozentuale Veränderung der Gesamtausgaben des Staates für Gesundheit und der Ausgaben für Krankenhausleistungen (2008–2018) (nach COFOG), ausgewählte Länder**



Quelle: Eurostat; Berechnungen der Autoren.

## AUSTERITÄT NACH 2008 BETRIFFT VIELE BEREICHE – KRANKENHÄUSER JEDOCH BESONDERS STARK

Nach der Finanz- und Wirtschaftskrise von 2008/09 war das Ausmaß der Kürzungen im SSN besonders dramatisch. Aufgrund der hohen Staatsschulden hatte Italien zwar bereits in den frühen 1990er Jahren damit begonnen, Maßnahmen zur Kostendämpfung bei den Gesundheitsausgaben zu ergreifen, um insbesondere die zunehmenden Ausgabenungleichgewichte zwischen den Regionen des Nordens und des Südens zu bekämpfen. Die vertiefte Austerität nach der Finanz- und Eurokrise hat diese Bestrebungen jedoch nochmals verstärkt (De Belvis et al. 2012). Die zentrale Finanzierung der Regionen wurde bereits ab 2009 und dann verstärkt unter der Regierung Monti im sogenannten „Spending Review“ reduziert.

Die Revision der öffentlichen Ausgaben beinhaltete unter anderem die Kontrolle der Arzneimittelausgaben sowie die Beschränkung bei Beschaffungen von Material und Dienstleistungen, die Senkung der Hospitalisierungsraten, die Erhöhung der Zuzahlungen und nicht zuletzt die zusätzliche Reduktion der Zahl der bereits vorher stark gesunkenen Krankenhausbetten (Neri 2019). Hinzu kamen Maßnahmen zur Eindämmung der Personalkosten. Zwischen 2007 und 2015 ist das Personal des italienischen SSN um 4,9 Prozent gesunken. Gleichzeitig wurden die Gehälter der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes, einschließlich der Beschäftigten

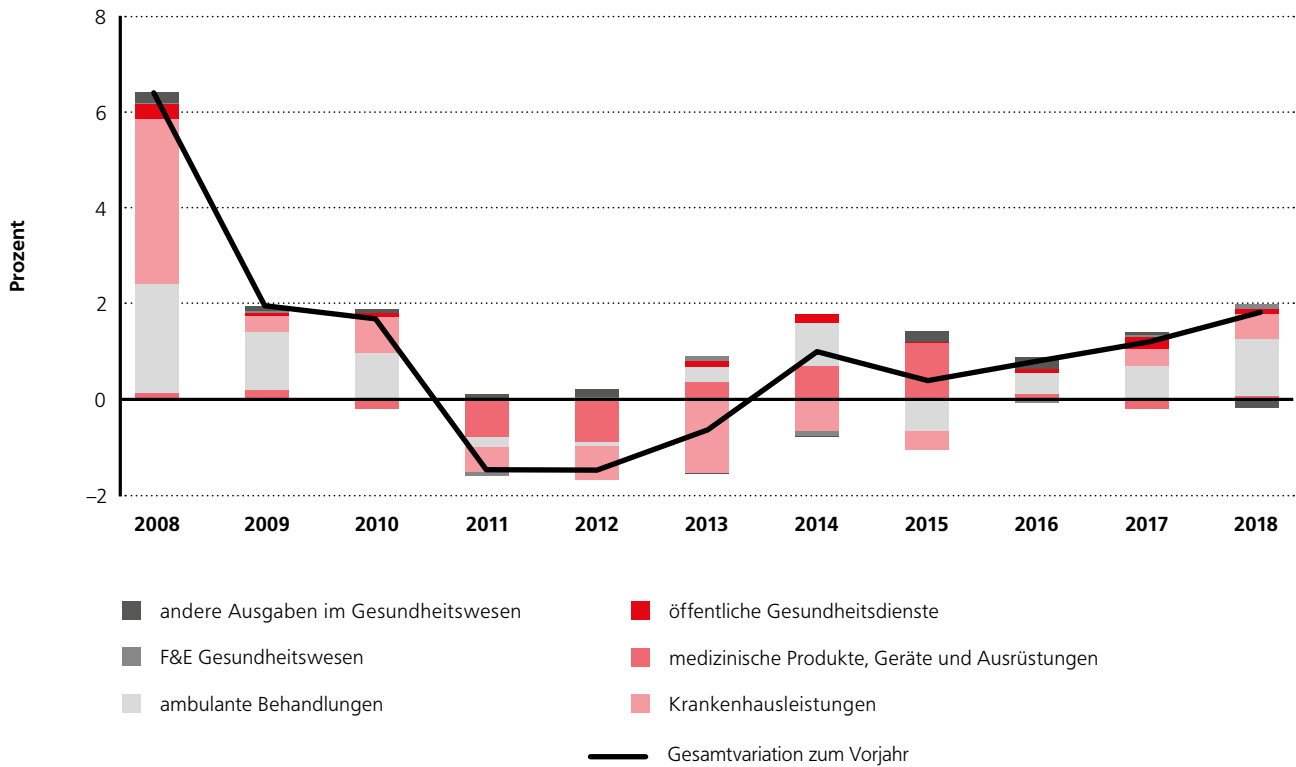
im Gesundheitswesen, auf dem Niveau von 2010 eingefroren. Ein neuer Tarifvertrag wurde erst 2018 abgeschlossen, nachdem ein Urteil des Verfassungsgerichts die Regierung gezwungen hatte, den Tarifverhandlungsprozess im öffentlichen Sektor wieder aufzunehmen. Hinzu kommt, dass das medizinische und vor allem das ärztliche Personal in Italien relativ alt ist und die Einstellungsbeschränkungen die Fluktuation des Gesundheitspersonals zusätzlich erschweren (Neri 2019).

Angesichts der erheblichen Kürzungen im Gesundheitssektor stellt sich die Frage, ob die italienische öffentliche Versorgung und insbesondere die öffentliche Beschäftigung im Laufe der Jahre von den politischen Entscheidungsträger\_innen eher als eine Quelle öffentlicher Ausgaben denn als wichtige Anbieter öffentlicher Dienstleistungen betrachtet wurden, die einer Modernisierung bedürfen und das Wirtschaftswachstum unterstützen könnten (Di Mascio/Natalini 2014).

Laut Eurostat-COFOG-Daten, in denen staatliche Ausgaben nach Aufgabenbereichen klassifiziert werden,<sup>9</sup> stiegen die gesamten öffentlichen Gesundheitsausgaben (einschließlich Investitionen, Vorleistungen, Forschung und Entwicklung und

<sup>9</sup> In den COFOG-Daten fasst das Gesundheitsaggregat (GF07 und Untergruppen) alle Arten von Staatsausgaben für Gesundheitszwecke zusammen (einschließlich Personalausgaben, Vorleistungen, Bruttoinvestitionen usw.). Die Abgrenzung der Staatsausgaben in der COFOG-Klassifikation unterscheidet sich dabei vom System der Gesundheitskonten (System of Health Accounts – SHA).

Abbildung 7  
**Zusammensetzung der jährlichen Wachstumsrate der gesamten Staatsausgaben für Gesundheit (zweite Ebene COFOG), nominale Werte, Italien, 2008–2018**



Quelle: Eurostat; Berechnungen der Autoren.

andere Komponenten) in Italien von 2008 bis 2018 nominal nur um 5,3 Prozent, während sie z. B. in Deutschland im gleichen Zeitraum um 46,8 Prozent zunahm (vgl. Abbildung 6).

Eine Aufschlüsselung der Gesundheitsausgaben nach Untergruppen (zweite Ebene der COFOG-Daten) zeigt das Ausmaß der Kürzungen bei den Krankenhausleistungen auf.<sup>10</sup> Im Gegensatz zu den nordeuropäischen Ländern haben Griechenland, Portugal und Italien die öffentlichen Ausgaben für Krankenhausleistungen gesenkt (wobei die Kürzungen im austeritätsgeplagten Griechenland besonders dramatisch ausfielen). Von 2011 bis 2018 haben in Italien die Kürzungen der öffentlichen Krankenhausleistungen wesentlich zur schwachen und teils negativen Wachstumsdynamik der öffentlichen Gesundheitsausgaben beigetragen (vgl. Abbildung 7).

Obwohl die Sparpolitik eine große Belastung für das Gesundheitssystem darstellte, ist der Anteil der Gesundheitsausgaben an den gesamten Staatsausgaben jedoch von zehn Prozent im Jahr 1995 auf 14,7 Prozent im Jahr 2008 gestiegen und lag nach COFOG-Daten auch nach 2008 noch über 14 Prozent. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Gesundheitsversorgung trotz allgemeiner Ausgabenbeschränkungen für die italienische Regierung von hoher Bedeutung war, was jedoch nicht verhindern konnte, dass die italienischen Gesundheitsausgaben hinter dem internationalen Trend zurückblieben.

Der deutlich erkennbare Zusammenhang einer schwachen Entwicklung der Gesundheitsausgaben mit drei Jahrzehnten der Sparpolitik hat in Italien glücklicherweise bis vor Kurzem keine starken negativen Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit der italienischen Bevölkerung gehabt. Italiens Bevölkerung gilt weiterhin als eine der gesündesten der Welt, wie wir eingangs erörtert haben (vgl. Monasta et al. 2019). Im Zeichen der Corona-Krise stellt sich jedoch die Frage, ob die jahrelange Sparpolitik mit einem Ressourcenabbau bei der kritischen Gesundheitsversorgung einherging, deren Wichtigkeit nur in Notsituationen, wie im Falle einer Pandemie, deutlich wird. Im nächsten Abschnitt widmen wir uns der Entwicklung dieser Kapazitäten im Zeitalter der Austerität.

<sup>10</sup> Gemäß der COFOG-Klassifikation wird die tagesklinische Einweisung unter Krankenhausleistungen klassifiziert.



## 5

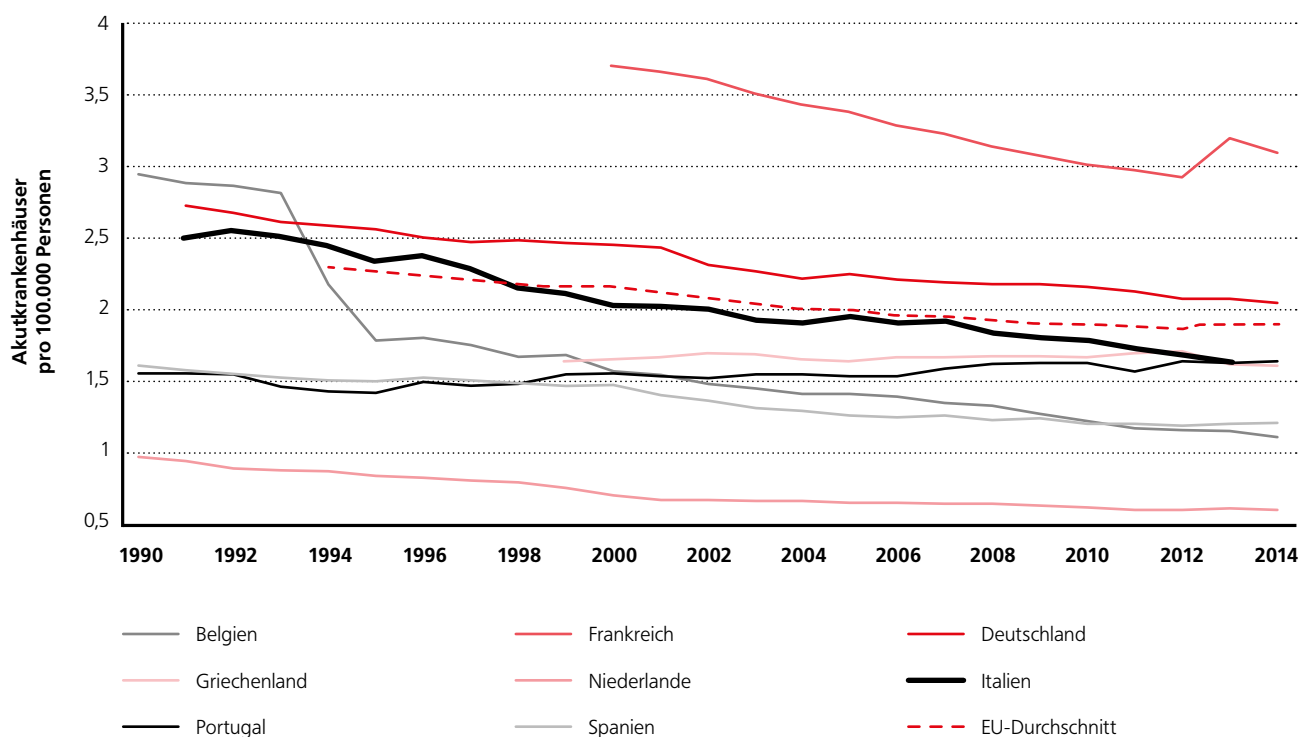
## DIE ENTWICKLUNG DER ITALIENISCHEN KRANKENHAUS- UND BETTENKAPAZITÄT – OPFER DER SPARMASSNAHMEN?

Krankenhäuser stellen einen besonders kostspieligen und spezialisierten Faktor der öffentlichen Gesundheitsversorgung dar. In der EU wird fast ein Drittel der öffentlichen Gesundheitsausgaben zur Deckung der laufenden Ausgaben der stationären Heilanstalten verwendet (HOPE 2018). In ihnen wurde daher in ganz Europa ein großes Einsparpotenzial für öffentliche Gesundheitssysteme gesehen (vgl. McKee 2004; Popic 2020). Strategien zur Kosteneindämmung veränderten die Nutzung und Bereitstellung stationärer Krankenhausversorgung zugunsten tagesklinischer und ambulanter Dienste,

was zu einer fortlaufenden Reduzierung von Krankenhauskapazitäten führte. Dies hat auch in Italien zu einer starken Reduktion der Krankenhauskapazität geführt.

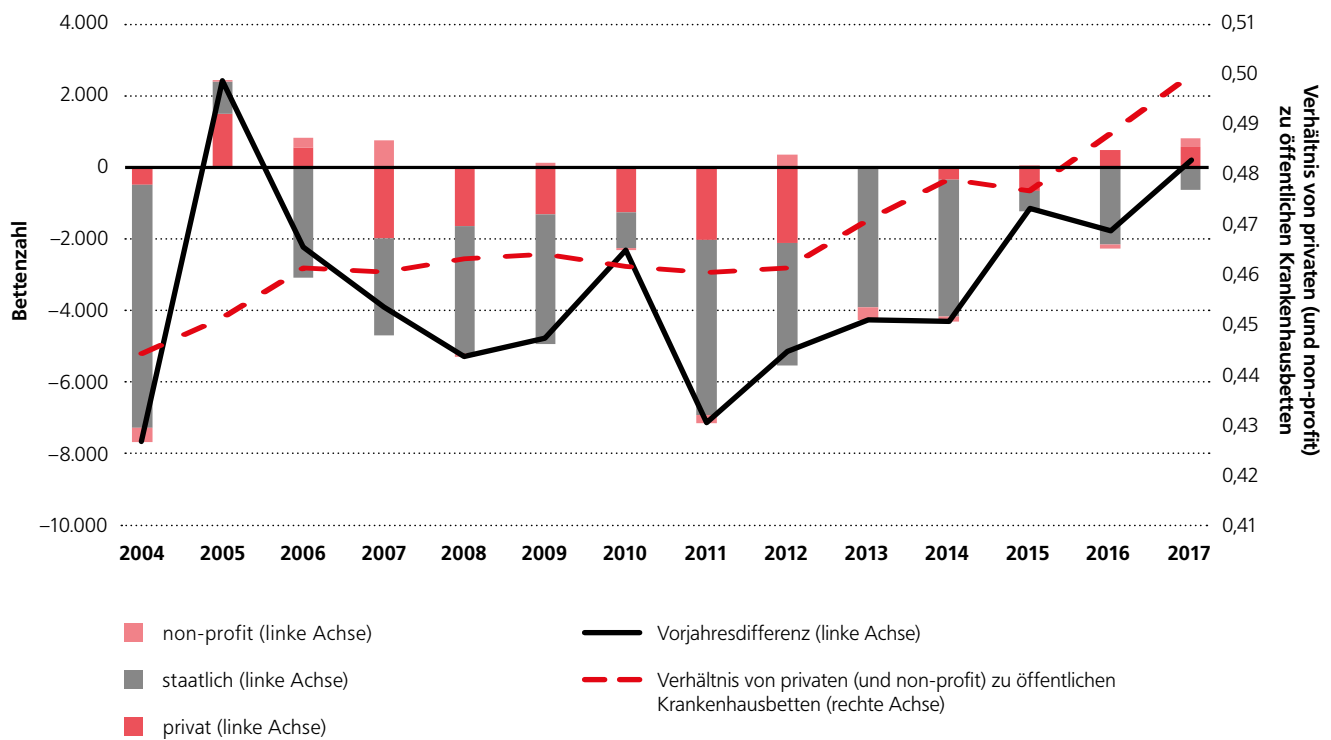
So zeigen die Daten der WHO in Abbildung 8, dass die Zahl der Krankenhäuser pro 100.000 Personen seit Anfang der 1990er Jahre in vielen Ländern Europas deutlich reduziert wurde, besonders aber in Italien und Belgien. Akutkrankenhäuser sind derzeit ein wichtiges Element im Kampf gegen Covid-19, und eine höhere Zahl hätte vermutlich die Isolierung infizierter Patient\_innen erleichtern können. Außerdem

Abbildung 8  
Anzahl der Akutkrankenhäuser pro 100.000 Personen, ausgewählte Länder und EU-Durchschnitt, 1990–2014



Quelle: WHO.

Abbildung 9  
**Vorjahresdifferenz der Gesamtzahl der Krankenhausbetten aufgeschlüsselt nach Eigentum (linke Achse) und Verhältnis von privaten (und non-profit) zu öffentlichen Krankenhausbetten (rechte Achse), Italien, 2004–2017**



Quelle: OECD; Berechnungen der Autoren.

kann eine Reduktion der Zahl der Krankenhäuser sich negativ auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung auswirken, wenn z. B. Krankenhäuser in ländlichen Regionen geschlossen werden. Abbildung 8 zeigt, dass Italien zu Anfang der 1990er Jahre pro Kopf noch eine ähnlich hohe Krankenhausversorgung wie Deutschland aufwies. Doch innerhalb von zwei Jahrzehnten hat Italien die Pro-Kopf-Krankenhauskapazität dann viel stärker reduziert als viele andere Länder.<sup>11</sup> Ab 1998 fiel die Zahl der Akutkrankenhäuser in Italien sogar unter den EU-Durchschnitt. Der Abwärtstrend setzte sich in den Jahren der Finanz- und Eurokrise fort.

Noch stärker als die Krankenhauskapazität wurde die Ausstattung mit Betten abgebaut. In Italien ist sowohl die Gesamtzahl der öffentlichen als auch die der privaten Betten seit Jahren rückläufig. Dabei war der Abbau bei den öffentlichen Betten jedoch ausgeprägter, sodass sich eine voranschreitende Privatisierung der Bettenkapazität abzeichnete. Diese Tendenz ist in Abbildung 9 zu sehen. Die Krankenhausbetten in öffentlichen Einrichtungen wurden deutlich reduziert (graue Balken). Krankenhausbetten in privaten (und gemeinnützigen) Einrichtungen wurden dagegen weniger reduziert und in manchen Jahren sogar leicht erhöht. Dies drückte sich in einem steigenden Verhältnis der privaten

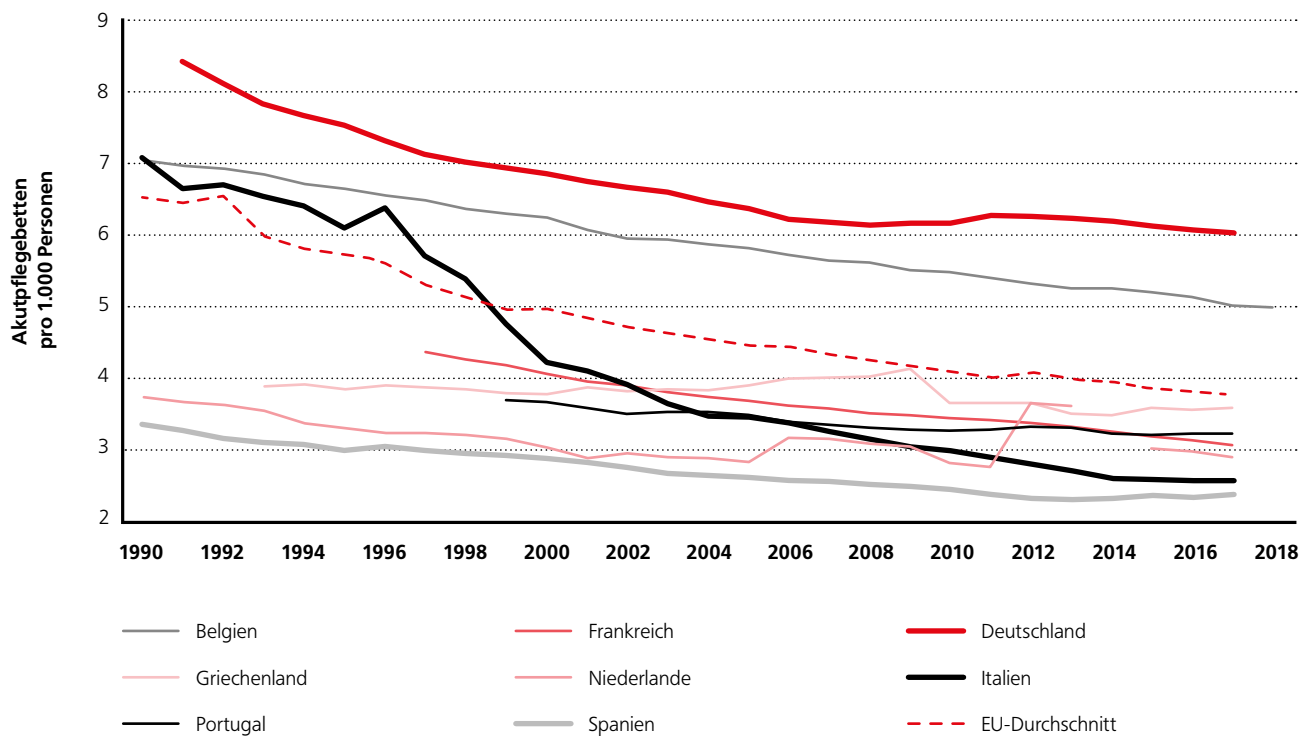
Betten (inklusive Betten gemeinnütziger Einrichtungen) zu den öffentlichen Betten aus (vgl. rot gestrichelte Linie in Abbildung 9).

Neben der allgemeinen Bettenzahl verzeichnete auch die Kapazität der Betten für die Akutversorgung seit Jahrzehnten einen Rückgang (vgl. Abbildung 10).<sup>12</sup> Wenngleich in vielen europäischen Ländern ein ausgeprägter Trend zur Reduktion der Akutbetten zu beobachten ist, haben nur wenige Länder die verfügbaren Betten so stark und auf ein so niedriges Niveau reduziert wie Italien. Im Jahr 1990 gab es in Italien noch sieben Betten pro 1.000 Personen, ein Wert nahe an Deutschland und über dem EU-Durchschnitt. Im Jahr 2017 war die Zahl der Akutbetten in Italien auf 2,6 pro 1.000 Personen gesunken und lag damit deutlich unter der Hälfte des Wertes in Deutschland und viel näher am historischen niedrigen Wert Spaniens. Innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums sah sich Italien damit am unteren Ende des Spektrums in Europa angekommen.

<sup>11</sup> Insbesondere einige ehemals zur Sowjetunion gehörige osteuropäische Länder verzeichnen vor allem in den 1990er Jahren eine noch drastischere Reduktion bei der Krankenhauskapazität und den Betten pro Kopf.

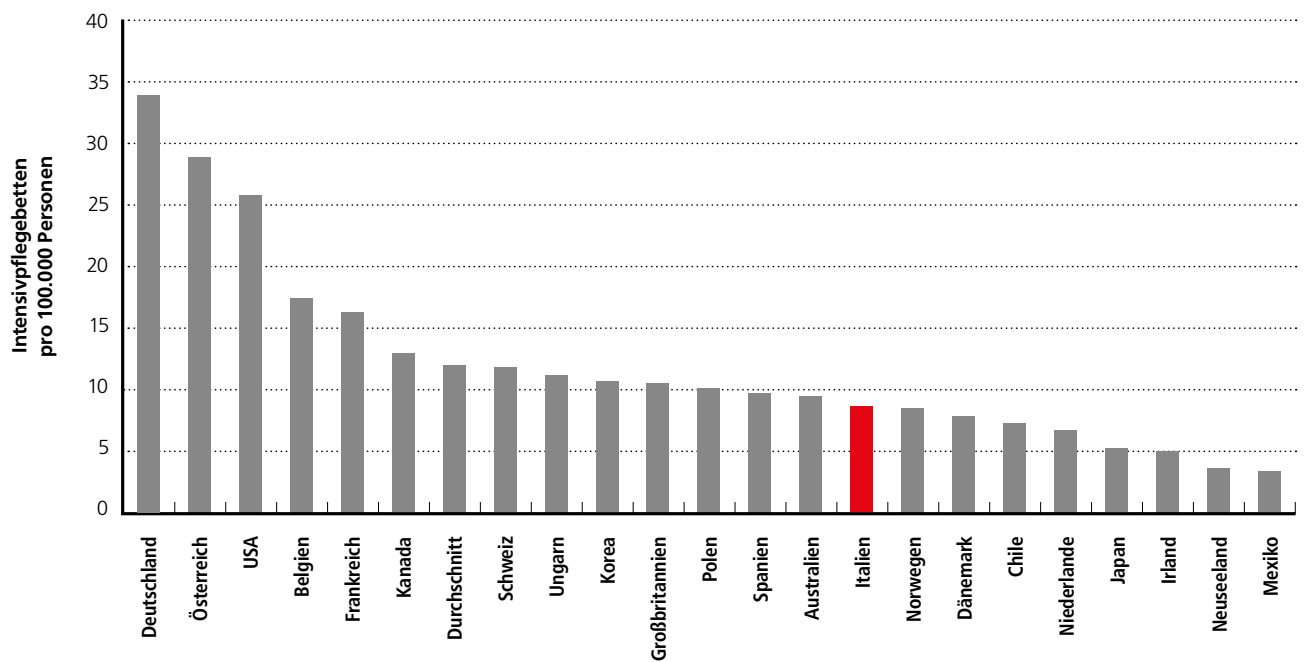
<sup>12</sup> In vielen Ländern wurde die Bettenzahl nach Ausbruch der Sars-CoV-2-Pandemie deutlich aufgestockt. Wir beziehen uns hier nur auf historische Werte.

Abbildung 10  
Anzahl der Akutpflegebetten pro 1.000 Personen, ausgewählte Länder und EU-Durchschnitt, 1990–2018



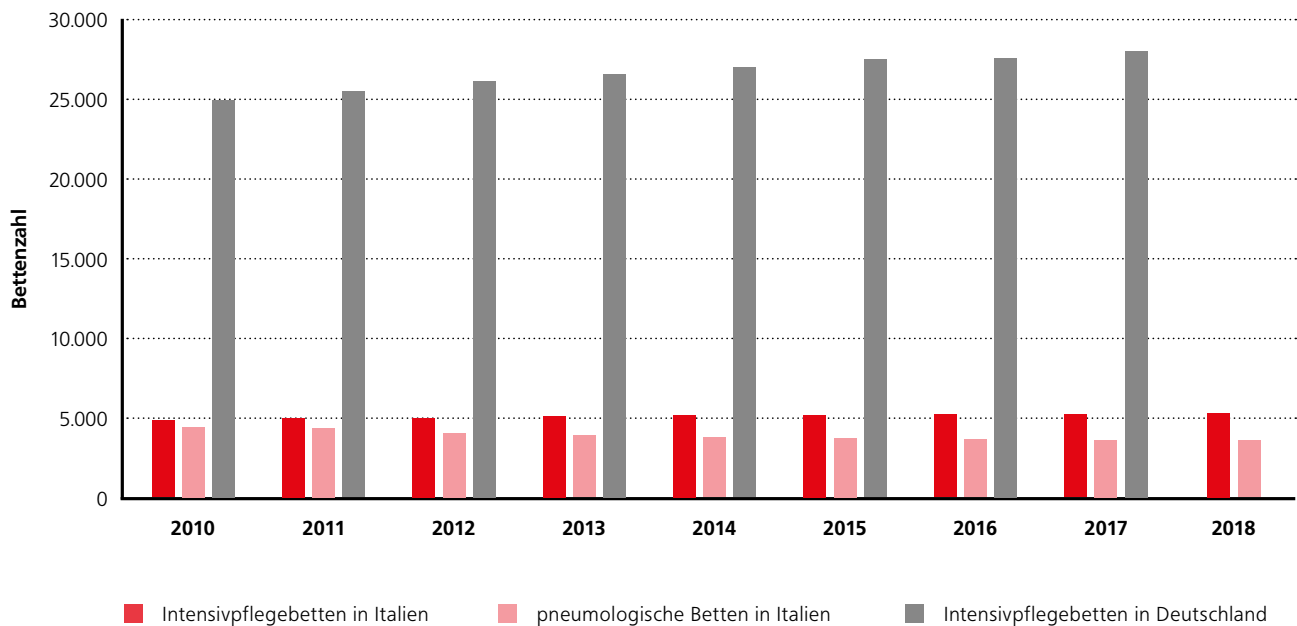
Quelle: OECD; Berechnungen der Autoren.  
Anmerkungen: EU-Durchschnitt (Mitglieder Stand 2020) mit Daten für die verfügbaren Länder.

Abbildung 11  
Anzahl der Intensivpflegebetten pro 100.000 Personen, verschiedene Länder, 2020 oder nächstgelegenes Jahr



Quelle: OECD 2020.  
Anmerkungen: Für länderspezifische Datenquelle und Jahr siehe OECD (2020).

Abbildung 12

**Gesamtzahl der Intensivpflege- und pneumologischen Betten in Italien und Intensivpflegebetten in Deutschland, 2010–2018**

Quelle: Destatis, italienisches Gesundheitsministerium.

**COVID-19: ZAHLT ITALIENS BEVÖLKERUNG DEN PREIS FÜR DIE SPARPOLITIK?**

Italien, wie auch andere europäische Länder, wäre sehr wahrscheinlich besser auf eine adäquate Behandlung von Covid-19-Patient\_innen in schwerem und kritischem Zustand vorbereitet gewesen, wenn die Kapazität der Akut- und Notfallversorgung nicht reduziert worden wäre.<sup>13</sup> Für die stationäre Behandlung von Covid-19 sind Betten mit Sauerstoffunterstützung von besonderer Bedeutung. Erste Analysen von Patient\_innendaten zu Beginn der Pandemie zeigten bereits, dass ein hoher Anteil der hospitalisierten Covid-19-Patient\_innen eine Sauerstoffunterstützung benötigt (Wu/McGoogan 2020; Zhou et al. 2020). Bei einigen Patient\_innen verschlimmern sich die Atembeschwerden im Laufe der Erkrankung und machen eine intensivmedizinische Betreuung erforderlich. Die öffentliche Diskussion konzentrierte sich daher gerade zu Beginn der Pandemie in erster Linie auf die Verfügbarkeit von Intensivpflegekapazitäten und maschinellen Beatmungsgeräten (World Economic Forum 2020).

Bei der Bereitstellung von Intensivbetten gibt es auf europäischer und internationaler Ebene seit Jahren erhebliche Unterschiede, wobei Italien pro Kopf gesehen am unteren Ende des europäischen Spektrums verharrt (Rhodes et al. 2012; OECD 2020). Abbildung 11 zeigt die Anzahl der Intensivpflegebetten pro 100.000 Personen für verschiedene

Länder im Jahr 2020 oder im nächstgelegenen Jahr mit verfügbaren Daten. Zwar ist die Zahl der Intensivbetten in den vergangenen Jahren in Italien relativ konstant geblieben, im Gegensatz zu Deutschland ist sie aber trotz Warnungen vor möglichen Engpässen auch nicht wesentlich ausgebaut worden (vgl. Abbildung 12).

Medizinische Forscher\_innen hatten bereits früher darauf hingewiesen, dass die Kapazitäten der Not- und Intensivversorgung in vielen Ländern unzureichend sind. So warnten zum Beispiel Rhodes et al. (2012: 1.648), dass ohne eine Ausweitung der intensivmedizinischen Kapazitäten in Zukunft mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Versorgungsengpässen zu rechnen sei. Dies werde in Notsituationen dann dazu führen, dass die verfügbaren Ressourcen durch „Triagierung“ rationiert werden müssten, wobei denjenigen Patient\_innen Vorrang eingeräumt wird, die am wahrscheinlichsten von der Behandlung profitieren werden. Dies stellt eine große Bedrohung für das grundlegende Recht auf Gesundheitsversorgung und den Schutz des Lebens dar. Die Maßnahmen in den durch Covid-19 überlasteten italienischen Krankenhäusern zeigen, dass solche Warnungen gerechtfertigt waren. In diesem Zusammenhang scheint die von der Regierung als Austeritätsmaßnahme nach Ausbruch der Eurokrise verordnete weitere Reduzierung der Zahl der Krankenhausbetten als besonders schwerwiegend (Maresso et al. 2015). Gleichzeitig wurde auch eine Senkung der Krankenhauseinweisungsrate von 180 pro 1.000 Personen auf 160 verordnet. Davon sollten 25 Prozent in Tageskliniken untergebracht werden (Maresso et al. 2015).

Wie schnell eine maschinelle Beatmung bei schwerem Covid-19-Verlauf erfolgen sollte, war zu Beginn der Pandemie

<sup>13</sup> Eine effektive und spezialisierte ambulante Bereitstellung von Notfallversorgungskapazitäten könnte unter Umständen einen Teil der stationären Versorgung in Krankenhäusern effektiv ersetzen.

unter Lungenfachärzt\_innen und Intensivmediziner\_innen unstritten (Gattinoni et al. 2020).<sup>14</sup> Die anfängliche Forschungslücke zu Covid-19 hätte daher auch eine umfassende Diagnose der Patient\_innen durch Lungenspezialist\_innen erfordert. Besonders tragisch erscheint in diesem Zusammenhang die erhebliche Verringerung der Zahl der pneumologischen Betten während der Phase des verschärften Sparkurses nach 2010 in Italien. Nach Angaben des italienischen Gesundheitsministeriums ist die Zahl der pneumologischen Betten von 4.414 im Jahr 2010 auf 3.573 im Jahr 2018 zurückgegangen, was einem Rückgang von ca. 19 Prozent entspricht. Es scheint nicht abwegig, dass eine anhaltende und auch vonseiten Deutschlands immer wieder geforderte Sparpolitik einen stärkeren Ausbau der intensivmedizinischen Kapazitäten in Italien und anderswo erschwert hat.

## AUSGEPRÄGTE REGIONALE UNGLEICHHEITEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Reform des italienischen Gesundheitssystems im Jahr 2001 hat den Anfang der 1990er Jahre begonnenen Regionalisierungsprozess weiter vertieft. Mit dieser Reform sind die Regionen für die Gewährleistung der sogenannten „Livelli essenziali di assistenza“ (LEA) (wesentliche Versorgungsbereiche) innerhalb des vom Gesundheitsministerium berechneten Budgets verantwortlich. Für einige italienische Regionen, vor allem die wirtschaftlich schwächeren Regionen des Südens, war dies nicht umsetzbar, und seit der zweiten Hälfte der 2000er Jahre sind sie zu strengen finanziellen Sanierungsmaßnahmen („Piani di rientro“) gezwungen, mit dem Ziel, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen und neu zu organisieren (Maino/Neri 2011).<sup>15</sup>

Infolgedessen haben die territorialen Unterschiede, zum Beispiel bei den Ausgaben für öffentliche Investitionen in die Gesundheitsversorgung (Viesti 2020) und bei den Bettenkapazitäten (Aimone Gigio et al. 2018), weiter zugenommen. Die Bettenkapazität pro 1.000 Personen ist landesweit recht ungleichmäßig verteilt (vgl. Tabelle 1). In Kalabrien standen 2017 insgesamt 2,49 Betten und 2,02 Akutbetten pro 1.000 Personen zur Verfügung, wohingegen in der Emilia-Romagna im selben Jahr 3,70 Betten insgesamt und 2,96 Akutbetten verfügbar waren. Der Ressourcenabbau war dabei in den Regionen des Südens, der Inseln und des Zentrums deutlich stärker ausgeprägt als in den nördlichen Regionen, wengleich sich überall ein deutlicher Kapazitätsabbau feststellen lässt (vgl. Abbildung 13).

Die Regionalisierung von Kompetenzen für die Organisation der Gesundheitsversorgung hat vermutlich auch die regionale Ungleichheit beim allgemeinen Zugang zur Gesund-

heitsversorgung begünstigt. So zeigen Umfrageerhebungen in Italien, dass der Anteil der Personen, die einen ungedeckten Gesundheitsbedarf angeben, in Südtalien (9,4 Prozent) doppelt so hoch ist wie in Norditalien (4,7 Prozent) (Baeten et al. 2018).<sup>16</sup> Das Nord-Süd-Gefälle in der Versorgung scheint dabei neben der wirtschaftlichen Leistung auch mit einer Ungleichheit bei administrativen und organisatorischen Kapazitäten und Fähigkeiten in Zusammenhang zu stehen (Baeten et al. 2018).<sup>17</sup>

<sup>16</sup> Auch der Zugang zur zahnärztlichen Versorgung ist nach Umfragedaten im Süden schlechter als im Norden und Gleiches gilt für Wartelisten und die Entfernungen zu Gesundheitszentren (Baeten et al. 2018).

Tabelle 1  
Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Personen für Regionen Italiens, 2017

	Regionen	akut	gesamt
Nordwest	Piemont	2,40	3,34
	Aostatal	2,84	3,56
	Ligurien	2,63	3,20
	Lombardei	2,77	3,48
Nordost	Autonome Provinz Bozen-Südtirol	2,78	3,50
	Autonome Provinz Trient-Trentino	2,53	3,52
	Venetien	2,72	3,24
	Friaul-Julisch Venetien	2,86	3,15
	Emilia-Romagna	2,96	3,70
Zentrum	Toskana	2,48	2,76
	Umbrien	2,76	3,25
	Marken	2,52	3,01
	Latium	2,52	3,13
Süden	Abruzzen	2,45	2,97
	Molise	2,80	3,41
	Kampanien	2,32	2,64
	Apulien	2,54	2,87
	Basilikata	2,41	2,96
	Kalabrien	2,02	2,49
Insel	Sizilien	2,39	2,76
	Sardinien	2,83	3,04

Quelle: ISTAT.

Anmerkungen: Italienische Regionen nach NUTS-2.

<sup>14</sup> Siehe auch Soldt 2020, Hamilton 2020 und Strauss 2020.

<sup>15</sup> Regionen, die Defizite aufweisen, sind gezwungen, unter strenger Aufsicht der Regierung ihre Ausgaben einzuschränken und die regionale Besteuerung zu erhöhen. Unter bestimmten Umständen kann die Regierung sogar einen externen Kommissar für die Verwaltung des regionalen SSN ernennen (Maino/Neri 2011). Derzeit gibt es sieben Regionen, die einem „Piano di rientro“ folgen müssen (Abruzzen, Kalabrien, Kampanien, Latium, Molise, Apulien, Sizilien), von denen zwei (Molise und Kalabrien) unter Verwaltung eines externen Kommissars stehen (siehe [http://www.salute.gov.it/portale/p5\\_1\\_2.jsp?lingua=italiano&id=145](http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&id=145) (15.3.2021)).

Abbildung 13  
Anzahl der Krankenhausbetten (stationär) pro 1.000 Personen für Gruppen italienischer Regionen, 2007–2013



Quelle: ISTAT.  
Anmerkungen: Gruppen italienischer Regionen nach NUTS-1.

Über die Krankenhaus- und Bettenkapazität hinaus hat eine anhaltende Sparpolitik in Italien (wie auch in anderen südeuropäischen Ländern) den Zugang zum Gesundheitssystem für viele Menschen eingeschränkt, insbesondere im Kontext weniger entwickelter sozialer Wohlfahrtssysteme, was die Gefahr des Ausbruchs von Infektionskrankheiten und anderer gesundheitlicher Risiken sowie die sozioökonomische Ungleichheit des Zugangs zur Gesundheitsversorgung erhöht (Karaniolos et al. 2013).

**17** Die Ungleichverteilung der Gesundheitskapazitäten ist ein Faktor hinter der in Italien zu beobachtenden interregionalen Patientenmobilität. In Italien ist diese seit 1986 gesetzlich reguliert (Nebo Ricerche PA 2018). Das Phänomen der Patientenmobilität hat seit der Einführung des Gesetzes um mehr als 40 Prozent zugenommen (Nebo Ricerche PA 2018). Im Jahr 2016 verlief die Gesundheitsmigration vor allem von Süden nach Norden. Die häufigsten Ziele sind dabei die Regionen der Lombardei und Emilia-Romagna, welche unter anderem auch über eine größere Krankenhauskapazität verfügen. Bei den Ausgangsregionen der Patientenmobilität liegen Kalabrien, Molise und Basilikata vor anderen Regionen (Nebo Ricerche PA 2018).

## 6

# FAZIT: ITALIENS GESUNDHEITSSYSTEM LEIDET UNTER JAHRZEHTEN DER SPARPOLITIK

Die Covid-19-Krise offenbart auf tragische Weise die Konsequenzen eines durch Ausgabenreduktion motivierten Abbaus der Kapazitäten im italienischen Gesundheitssystem, wobei Ähnliches in vielen Ländern zu beobachten ist. Insgesamt dauert die Reduzierung der Ressourcen im öffentlichen Gesundheitssystem und insbesondere im Betrieb der öffentlichen Krankenhäuser in Italien nunmehr seit fast 30 Jahren an. Dies ist auch das Ergebnis einer jahrzehntelangen Sparpolitik im Gesundheitsbereich, die insbesondere die Akutversorgung massiv reduziert und einen substanziellen Ausbau der Notversorgung erschwert hat. Zusammen mit Privatisierungen und einer starken regionalen Fragmentierung des Gesundheitssystems hat dies zu einer inadäquaten Versorgung mit Personal und technischen Ressourcen geführt sowie die effektive Notfallkoordination zwischen den Gesundheitsdiensten erschwert. Auch über die Notfallversorgung hinaus haben Budgetrestriktionen, marktorientierte Reformen und regionale Zersplitterung die hohe Qualität und Leistungsfähigkeit des italienischen Gesundheitssystems gefährdet. Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen haben außerdem bestehende sozioökonomische und regionale Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung vergrößert. All dies erfordert angesichts der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung und der Krise nach dem Ausbruch des Covid-19-Virus ein tiefgreifendes Umdenken in der öffentlichen Gesundheitspolitik, sowohl im italienischen als auch im europäischen Kontext. Dies sollte auch in Deutschland zur Kenntnis genommen werden. Denn es erscheint zumindest nicht abwegig, dass die auch hierzulande immer wieder geforderte Sparpolitik einen stärkeren Ausbau der Notversorgung in Italien und anderswo erschwert sowie einen Ressourcenabbau in anderen Bereichen verstärkt hat.

Die italienische Bevölkerung zahlte bereits zu Beginn der Pandemie den Preis für die anhaltend restriktive Haushaltspolitik im SSN, dem es durch die beträchtliche Reduzierung seiner Ressourcen erheblich erschwert wurde, den Folgen von Covid-19 effektiv zu begegnen. Der Ausbruch der Gesundheitskrise stellt somit einen Weckruf dar, der nicht ungehört bleiben darf.

Einige frühe Lehren lassen sich schon jetzt für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitspolitik ziehen (vgl. Armocida et al. 2020; Popic 2020). Die auf so fatale Weise deutlich gewordenen

existenziellen Gefahren einer Pandemie für die öffentliche Gesundheitsversorgung erfordern in Zukunft eine stärkere nationale und europäische bzw. internationale Koordination der Akut- und Notfallversorgung (Grasselli et al. 2020; Wu/McGoogan 2020). Akutversorgungskapazitäten und die Finanzierung der Gesundheitssysteme inklusive Kapazitäten der laboratorischen Diagnostik müssen zudem flexibler werden und langfristig angelegt sein, um auf solch außergewöhnliche Notfälle wie die Sars-CoV-2-Pandemie adäquat reagieren zu können. Dazu gehört auch die Personalplanung, welche sich in solchen Fällen als systemrelevant erweist und den Schutz der Bevölkerung garantieren können muss. Kurzfristige Kostenabwägungen müssen einer langfristigen Perspektive auf die Versorgung bei Weitem untergeordnet werden. Eine verstärkte Koordination ist für solche Fälle auch zwischen privatem und öffentlichem Gesundheitssektor unabdingbar. Auch hat die Regionalisierung und Fragmentierung der Gesundheitsversorgung in Italien eine schnelle und koordinierte Reaktion erschwert. Ähnliche Lehren lassen sich für viele europäische Länder ziehen.

Austerität und neoliberale Reformen bedrohen in Italien und anderen europäischen Ländern jedoch darüber hinaus auch die Versorgung zu „normalen Zeiten“ und verschärfen die sozioökonomische Ungleichheit beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (Quaglio et al. 2013; Pavolini/Guillén 2013; Stuckler et al. 2017). Ein generelles Umdenken ist auch hier erforderlich. Ob sich in Sachen Gesundheitspolitik tatsächlich ein solches strukturelles Umdenken ergibt, bleibt abzuwarten.

In den Monaten nach dem Ausbruch der Pandemie hat die italienische Regierung erhebliche finanzielle Ressourcen für den Ausbau der Krankenhauskapazitäten mobilisiert, insbesondere für die Aufstockung der Intensivbetten und die Einstellung von neuem Gesundheitspersonal (Ministero dell'Economia e delle Finanze 2020). Auch das expansive Haushaltsgesetz für 2021 hat die Ressourcen für die Gesundheitsversorgung im Land erheblich erhöht. Das Haushaltsgesetz hat eine Erhöhung des nationalen Gesundheitsbudgets um 1 Milliarde Euro vorgesehen sowie Finanzmittel für die Einstellung von neuem medizinischem Personal, Investitionen in die Renovierung von Krankenhauseinrichtungen und der Impfversorgung zur Verfügung gestellt (Ministero dell'Economia e delle Finanze 2021a). Zusätzliche Ressourcen

für das italienische Gesundheitssystem werden auch aus dem Wiederaufbaufonds „Next Generation EU“ kommen.<sup>18</sup>

Es sollte in dieser Hinsicht jedoch tunlichst vermieden werden, dass der durch die Corona-Krise absehbar entstehende starke Anstieg der Staatsschuldenquote in Italien und andernorts zu einer erneuten Phase der Austeritätspolitik führt, wie es auch nach der Finanz- und Eurokrise geschah. Dies wäre nicht nur aus ökonomischer Sicht falsch, da es die wirtschaftliche Erholung nach der Krise gefährden würde; eine solche Politik würde wahrscheinlich auch mit einer Verstärkung des finanziellen Drucks auf die öffentliche Gesundheitsversorgung einhergehen und den (Wieder-)Aufbau von Kapazitäten beschränken.

---

<sup>18</sup> Die Mittel betragen für Italien etwa 209 Milliarden Euro (davon etwa 60 Prozent als Kredite und der Rest als Subventionen). Der Plan der italienischen Regierung sieht 19,7 Milliarden Euro für die Stärkung des nationalen Gesundheitssystems vor, mit Fokus auf die Entwicklung eines lokalen Gesundheitsnetzwerks und die Modernisierung der technologischen Ausrüstung des SSN (vgl. Ministero dell’Economia e delle Finanze 2021b).





# Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- 5 Abbildung 1  
**Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Euro (linke Achse) und Gesamtausgaben in % des BIP (rechte Achse), aufgeschlüsselt nach Finanzierungsarten, ausgewählte Länder und Eurozonen-Durchschnitt, 2017**
- 9 Abbildung 2  
**Staatliche und durch Pflichtversicherung finanzierte Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen in Euro (Basisjahr 2010) (linke Achse) und konjunkturbereinigter Primärsaldo in % des potenziellen BIP (rechte Achse), Italien, 1990–2018**
- 10 Abbildung 3  
**Staatliche und durch Pflichtversicherung finanzierte Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen in Euro (Basisjahr 2010), ausgewählte Länder und Eurozonen-Durchschnitt, 1990–2018**
- 11 Abbildung 4a–4d  
**Prozentuale Veränderung der staatlichen und pflichtversicherten Gesundheitsausgaben pro Kopf in konstanten Preisen in Euro (Basisjahr 2010), ausgewählte Länder und Zeitintervalle**
- 12 Abbildung 5  
**Gesundheitsausgaben pro Kopf aufgeschlüsselt nach Finanzierungsquellen in laufenden Preisen in Euro (linke Achse) und Anteil der staatlichen und durch Pflichtversicherung finanzierten Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben (rechte Achse), Italien, 1990–2018**
- 13 Abbildung 6  
**Prozentuale Veränderung der Gesamtausgaben des Staates für Gesundheit und der Ausgaben für Krankenhausleistungen (2008–2018) (nach COFOG), ausgewählte Länder**
- 14 Abbildung 7  
**Zusammensetzung der jährlichen Wachstumsrate der gesamten Staatsausgaben für Gesundheit (zweite Ebene COFOG), nominale Werte, Italien, 2008–2018**
- 15 Abbildung 8  
**Anzahl der Akutkrankenhäuser pro 100.000 Personen, ausgewählte Länder und EU-Durchschnitt, 1990–2014**
- 16 Abbildung 9  
**Vorjahresdifferenz der Gesamtzahl der Krankenhausbetten aufgeschlüsselt nach Eigentum (linke Achse) und Verhältnis von privaten (und non-profit) zu öffentlichen Krankenhausbetten (rechte Achse), Italien, 2004–2017**
- 17 Abbildung 10  
**Anzahl der Akutpflegebetten pro 1.000 Personen, ausgewählte Länder und EU-Durchschnitt, 1990–2018**
- 17 Abbildung 11  
**Anzahl der Intensivpflegebetten pro 100.000 Personen, verschiedene Länder, 2020 oder nächstgelegenes Jahr**
- 18 Abbildung 12  
**Gesamtzahl der Intensivpflege- und pneumologischen Betten in Italien und Intensivpflegebetten in Deutschland, 2010–2018**
- 20 Abbildung 13  
**Anzahl der Krankenhausbetten (stationär) pro 1.000 Personen für Gruppen italienischer Regionen, 2007–2013**
- 19 Tabelle 1  
**Anzahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Personen für Regionen Italiens, 2007**

# Abkürzungsverzeichnis

AO	Aziende Ospedaliere
ASL	Aziende Sanitarie Locali
BIP	Bruttoinlandsprodukt
GBD	Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study
HAQ	Healthcare Access and Quality
LEA	Livelli essenziali di assistenza
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OOP	Out-of-Pocket-Zahlungen
SHA	System of Health Accounts
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
USL	Unità Sanitarie Locali
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# Literaturverzeichnis

- Aimone Gigio, L.; Alampi, D.; Camussi, S.; Ciaccio, G.; Guaitini, P.; Lozzi, M.; Mancini, A. L.; Panicara, E.; Paolicelli, M.; 2018: The Italian Healthcare System: The Difficult Balance between Budget Sustainability and the Quality of Services in Regions Subject to Financial Recovery Plan, in: *Questioni di Economia e Finanza (Occasional Papers) 427*, Bank of Italy, Economic Research and International Relations Area.
- Armocida, B.; Formenti, B.; Ussai, S.; Palestra, F.; Missoni, E. 2020: The Italian Health System and the COVID-19 Challenge, in: *The Lancet Public Health* 5 (5), S. e253.
- Baeten, R.; Spasova, S.; Vanhercke, B.; Coster, S. 2018: Inequalities in Access to Healthcare: A Study of National Policies, European Social Policy Network (ESPN), Brüssel.
- De Belvis, A. G.; Ferrè, F.; Specchia, M. L.; Valerio, L.; Fattore, G.; Ricciardi, W. 2012: The Financial Crisis in Italy: Implications for the Healthcare Sector, in: *Health Policy*, Vol. 106 (1), S. 10–16.
- De Falco, R. 2019: Access to Healthcare and the Global Financial Crisis in Italy: A Human Right Perspective, in: *e-cadernos CES* 31, S. 170–193.
- Di Mascio, F.; Natalini, A. 2014: Austerity and Public Administration: Italy Between Modernization and Spending Cuts, in: *American Behavioural Scientist* 58 (12), S. 1.634–1.656.
- Europäische Kommission 2020: Country Report Italy 2020, Commission Staff Working Document, SWD(2020), Brüssel.
- Ferrè, F.; De Belvis, A. G.; Valerio, L.; Longhi, S.; Lazzari, A.; Fattore, G.; Ricciardi, W.; Maresso, A. 2014: Italy: Health System Review, in: *Health Systems in Transition* 16 (4), S. 1–168.
- Fullman, Nancy; Yearwood, Jamal; Abay, Solomon; Cristiana, Abbafati; Abd-Allah, Foad; Abdela, Jemal; Abdelalim, Ahmed; Abebe, Zegeye; Abebo, Teshome; Aboyans, Victor; Niguse, Haftom; Abreu, Daisy; Abu-Raddad, Laith; Adedoyin, Rufus; Adetokunboh, Olatunji; Adhikari, Tara; Afarideh, Mohsen; Afshin, Ashkan 2018: Measuring Performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 Countries and Territories and Selected Subnational Locations: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, in: *The Lancet* 391 (10.136), S. 2.236–2.271.
- Gattinoni, L.; Coppola, S.; Cressoni, M.; Busana, M.; Chiumello, D. 2020: Covid-19 Does Not Lead to a „Typical“ Acute Respiratory Distress Syndrome, in: *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 201 (10), S. 1.299–1.300.
- Grasselli, G.; Pesenti, A.; Cecconi, M. 2020: Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response, in: *JAMA* 323 (16), S. 1.545–1.546.
- Hamilton, J. 2020: Ventilators Are No Panacea For Critically Ill COVID-19 Patients, in: *NPR* 2.4.2020, <https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/04/02/826105278/ventilators-are-no-panacea-for-critically-ill-covid-19-patients?t=1586346416702&t=1588770996452> (15.3.2021).
- HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) 2018: Hospitals in Europe: Healthcare Data, European Hospital and Healthcare Federation, Brüssel.
- Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J. P.; McKee, M. 2013: Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe, in: *The Lancet* 381 (9.874), S. 1.323–1.331.
- Maino, F.; Neri, S. 2011: Explaining Welfare Reforms in Italy between Economy and Politics: External Constraints and Endogenous Dynamics, in: *Social Policy & Administration* 45, S. 445–464.
- Maresso A.; Mladovsky, P.; Thomson, S.; Sagan, A.; Karanikolos, M.; Richardson, E.; Cylus, J.; Evetovits, T.; Jowett, M.; Figueras, J.; Kluge, H. 2015: Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experience, Observatory Studies Series 41, WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- McKee, M. 2004: Reducing Hospital Beds: What Are the Lessons to Be Learned?, Policy Brief No. 6, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Miller, L. J.; Lu, W. 2018: These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care, in: *Bloomberg*, 19.9.2018, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top> (15.3.2021).
- Miller, L. J.; Lu, W. 2019: These Are the World's Healthiest Nations, in: *Bloomberg*, 24.2.2019, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> (15.3.2021).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze 2020: Health and Civil Protection, [https://www.mef.gov.it/en/covid-19/Health-and-Civil-Protection/\(15.3.2021\)](https://www.mef.gov.it/en/covid-19/Health-and-Civil-Protection/(15.3.2021)).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze 2021a: The 2021 Budget Law, <https://www.mef.gov.it/en/focus/The-2021-Budget-Law-00001/> (15.3.2021).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze 2021b: The Recovery and Resilience Plan: Next Generation Italia, <https://www.mef.gov.it/en/focus/The-Recovery-and-Resilience-Plan-Next-Generation-Italia/> (15.3.2021)
- Monasta, L. et al. 2019: Italy's Health Performance, 1990–2017: Findings from the Global Burden of Disease Study 2017, in: *The Lancet Public Health* 4 (12), e645–e657.
- Nebo Ricerche PA 2018: SSN 40: Rapporto Sanità 2018: 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale: A cura di Natalia Buzzi e Iolanda Mozzetta, [https://www.researchgate.net/publication/328052719\\_Rapporto\\_Sanita\\_2018\\_-\\_40\\_anni\\_del\\_Servizio\\_Sanitario\\_Nazionale](https://www.researchgate.net/publication/328052719_Rapporto_Sanita_2018_-_40_anni_del_Servizio_Sanitario_Nazionale) (15.3.2021).
- Neri, S. 2019: The Italian National Health Service after the Economic Crisis: From Decentralization to Differentiated Federalism, in: *e-cadernos CES* 31, S. 147–169.
- OECD 2019: Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies, Paris; Brüssel.
- OECD 2020: Beyond Containment: Health Systems Responses to COVID-19 in the OECD, [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119\\_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD) (15.3.2021).
- Pavolini, E.; Guillén, A. (Hrsg.) 2013: Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance, Work and Welfare in Europe, London.
- Pavolini E.; Vicarelli G. 2013: Italy: A Strange NHS with Its Paradoxes, in: Pavolini E.; Guillén A. M. (Hrsg.): *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms, Work and Welfare in Europe*, London, S. 81–101.
- Popic, T. 2020: European Health Systems and COVID-19: Some Early Lessons, EUROPB-Blog, London School of Economics and Political Science: <https://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2020/03/20/european-health-systems-and-covid-19-some-early-lessons/> (15.3.2021).

- Quaglio, G.; Karapiperis, T.; Van Woensel, L.; Arnold, E.; McDaid, D. 2013: Austerity and Health in Europe, in: *Health Policy* 113 (1-2), S. 13–19.
- Reichard C.; Röber M. 2001: Konzept und Kritik des New Public Management, in: Schröter E. (Hrsg.): *Empirische Policy- und Verwaltungsforschung*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Ricciardi, W.; Alleva, E.; De Castro, P.; Giuliano, F.; Salinetti, S. 2018: 1978–2018: Quarant'anni di scienza e sanità pubblica: La voce dell'Istituto Superiore di Sanità, [https://www.researchgate.net/publication/329759137\\_Riforma\\_del\\_Servizio\\_Sanitario\\_Nazionale\\_tra\\_la\\_conquista\\_del\\_diritto\\_alle\\_cure\\_e\\_le\\_insie\\_della\\_insostenibilita\\_In\\_1978-2018\\_quaranta\\_anni\\_di\\_scienza\\_e\\_sanita\\_pubblica\\_La\\_voce\\_dell%27Istituto\\_Superio](https://www.researchgate.net/publication/329759137_Riforma_del_Servizio_Sanitario_Nazionale_tra_la_conquista_del_diritto_alle_cure_e_le_insie_della_insostenibilita_In_1978-2018_quaranta_anni_di_scienza_e_sanita_pubblica_La_voce_dell%27Istituto_Superio) (15.3.2021).
- Rhodes, A.; Ferdinande, P.; Flatten, H.; Guidet, B.; Metniz, P. G.; Moreno, R. P. 2012: The Variability of Critical Care Bed Numbers in Europe, in: *Intensive Care Med* 38, S. 1.647–1.653.
- Soldt, R. 2020: „Es wird zu häufig intubiert und invasiv beatmet“, in: *FAZ*, 7.4.2020, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/beatmung-beim-coronavirus-lungenfacharzt-im-gespraech-16714565.html> (15.3.2021).
- Storm, S. 2019: Lost in Deflation: Why Italy's Woes Are a Warning to the Whole Eurozone, in: *International Journal of Political Economy* 48 (3), S. 195–237.
- Strauss, M. 2020: Ventilators Aren't a Panacea for a Pandemic Like Coronavirus, in: *The Spectator*, 4.4.2020, <https://www.spectator.co.uk/article/ventilators-aren-t-a-panacea-for-a-pandemic-like-coronavirus> (15.3.2021).
- Stuckler, D.; Reeves, A.; Loopstra, R.; Karanikolos, M.; McKee, M. 2017: Austerity and Health: The Impact in the UK and Europe, in: *European Journal of Public Health* 27 (4, 1), S.18–21.
- Tandon, A.; Murray, C. J. L.; Lauer, J. A.; Evans, D. B. 2000: Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries, GPE Discussion Paper Series: No. 30, EIP/GPE/EQC World Health Organization.
- Taroni, F. 2019: *Il volo del calabrone: 40 anni di Servizio sanitario nazionale: Il Pensiero Scientifico Editore, Rom.*
- Tynkkynen, L.-K.; Vrangbæk, K. 2018: Comparing Public and Private Providers: A Scoping Review of Hospital Services in Europe, in: *BMC Health Services Research* 18 (141), S. 1–14.
- Viesti, G. 2020: Gli Investimenti Pubblici nella Sanità Italiana 2000-2017: Una Forte Riduzione con Crescenti Disparità Territoriali, Menabò di Etica ed Economia, <https://www.eticaeconomia.it/gli-investimenti-pubblici-nella-sanita-italiana-2000-2017-una-forte-riduzione-con-crescenti-disparita-territoriali/> (15.3.2021).
- WHO 2000: *The World Health Report 2000*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- WHO 2010: *World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- World Economic Forum 2020: What Exactly Is a Ventilator – And How Vital Are They in Treating COVID-19?, <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/ventilator-shortage-covid-19-coronavirus-pandemic-breathing-lung> (15.3.2021).
- Wu, Z.; McGoogan, J. M. 2020: Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72.314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention, in: *JAMA* 323 (13), S. 1.239–1.242.
- Zhou, F.; Yu, T.; Du, R.; Fan, G.; Liu, Y.; Liu, Z.; Xiang, J.; Wang, Y.; Song, B.; Gu, X.; Guan, L.; Wie, Y.; Li, H.; Wu, X.; Xu, J.; Tu, S.; Zhang, Y.; Chen, H.; Cao, B. 2020: Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study, in: *The Lancet* 395 (10.229), S. 1.054–1.062.

Impressum:

© 2021

**Friedrich-Ebert-Stiftung**

Herausgeberin: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik  
Godesberger Allee 149/D-53175 Bonn  
Fax 0228 883 9205, [www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)  
Bestellungen/Kontakt: [wiso-news@fes.de](mailto:wiso-news@fes.de)

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet.

Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

**ISBN: 978-3-96250-795-4**

Titelmotiv: © picture alliance/zumapress.com

Gestaltung: [www.stetzer.net](http://www.stetzer.net)

Druck: [www.bub-bonn.de](http://www.bub-bonn.de)

**Kapitalmarktunion: Schlüssel zum Wiederaufbau der europäischen Wirtschaft?**  
**WISO DIREKT – 10/2021**

**Ohne sichere Staatsanleihen funktioniert der Euro nicht**  
**WISO DIREKT – 09/2021**

**Geldpolitik in Europa: Der Fokus auf Preisstabilität ist progressiv**  
**WISO DIREKT – 08/2021**

**Die Formel für ein soziales Europa: Komplementäre Sozialpolitik plus sozialkompatible Gestaltung von Währungsunion und Binnenmarkt**  
**WISO DIREKT – 05/2021**

**Europa braucht die Finanztransaktionssteuer – gerade jetzt**  
**WISO DIREKT – 02/2021**

**Polarisierung oder Konvergenz? Zur ökonomischen Zukunft des vereinten Europas**  
**WISO DIREKT – 01/2021**

**Europäische Industriepolitik nach der Corona-Krise**  
**WISO DIREKT – 22/2020**

**Europäische Wettbewerbspolitik: Faire Bedingungen im größten Wirtschaftsraum der Welt**  
**WISO DIREKT – 19/2020**

**Die Verteilungsfrage ist zurück! Steuerpolitische Prioritäten auf europäischer Ebene aus gewerkschaftlicher Sicht**  
**WISO DIREKT – 14/2020**

**Europa kann es besser: Wirtschaftspolitische Szenarien für ein stabileres Wachstum und mehr Wohlstand**  
**FÜR EIN BESSERES MORGEN – 2019**

**Wirtschaftliche Polarisierung in Europa: Ursachen und Handlungsoptionen**  
**FÜR EIN BESSERES MORGEN – 2019**

**Europas Kohäsion: Fortschritt im Schneckentempo**  
**WISO DIREKT – 09/2019**

**Wie weiter mit der Euro-Zone? Aktuelle Reformvorschläge im Vergleich**  
**WISO DISKURS – 20/2018**

**Ressourcen für mehr Wohlstand in Europa: Ansatzpunkte für ein progressives EU-Budget**  
**WISO DISKURS – 17/2018**

**Fiskalpolitik in der EWU: Reform des Stabilitäts- und Wachstumspakts nicht vergessen!**  
**WISO DIREKT – 10/2018**