

Das italienische Gesundheitssystem

Föderalisierung des nationalen Gesundheitsdienstes SSN und Rationierung von Leistungen – Folge 8 der Reihe „EU-Gesundheitssysteme“

von **Julia Bathelt**

Im Jahre 1978 erfuhr das italienische Gesundheitswesen eine der wichtigsten Neuordnungen in seiner Geschichte. Durch ein Reformgesetz wurde der nationale Gesundheitsdienst „Servizio sanitario nazionale (SSN)“ eingeführt. Ziel war es, das Leistungsangebot landesweit zu vereinheitlichen, das Nord-Süd-Gefälle in der Gesundheitsversorgung zu eliminieren und die Kosten zu dämpfen.

Da diese Ziele jedoch überwiegend nicht erreicht wurden, folgten in den neunziger Jahren weitere Reformen. 1992 wandelte sich der SSN von einer ehemals öffentlichen Institution zu einem dezentralisierten, marktorientierten Modell. Nun standen Effizienz, Wirksamkeit und die Qualität des Gesundheitswesens stärker im Mittelpunkt.

Autonomie für die Regionen

Mit der Reform von 1999 verabschiedete sich das Gesundheitssystem Italiens wieder ein Stück weit von der Marktorientierung. Stattdessen erhielt die regionale Verwaltungsebene mehr Verantwortung. Unter der Regierung Berlusconi erfuhr das italienische Gesundheitssystem 2001 seine vorerst letzte Umstrukturierung. Den 21 Regionen, die mit unseren Bundesländern vergleichbar sind, wurden zunächst weitere Kompetenzen übertragen, nach einer Übergangsphase sogar die volle Autonomie in Gesundheitsfragen.

Neben der Föderalisierung wurde auch die Rationierung der Ge-

sundheitsleistungen vorangetrieben. So erneuerte und reduzierte die Regierung den Katalog der Leistungen, die jeder Bürger kostenlos in Anspruch nehmen kann. Allerdings ist es den Regionen vorbehalten, zusätzliche Leistungen aus eigenen Mitteln zu bezahlen.

Zudem beinhaltet das Reformpaket den Abbau der Bettenzahl in den Krankenhäusern (von 5,5 auf fünf pro 1.000 Einwohner). Ferner wird die Versorgung mit Arzneimitteln regionalisiert, das heißt die Regionen legen selbst fest, ob und wie viel sie zuzahlen. Auch legte der Staat ein Ausgabenlimit für die Jahre bis 2004 fest, um die rasant gestiegenen Gesundheitsausgaben in den Griff zu bekommen. Dies hat bereits jetzt dazu geführt, dass einige Regionen vor dem finanziellen Kollaps stehen. Denn die Regionen erhalten seit 2001 einen an Einwohnerzahl und Gesundheitsstrukturen bemessenen Betrag zugewiesen und müssen hohe Ausgaben selbst ausgleichen.

Staatliches Gesundheitssystem

Gewöhnlich werden staatliche Gesundheitssysteme überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanziert. Italien stellt hier eine Ausnahme dar, denn die Finanzierung des SSN wird nur zu rund 37 Prozent durch staatliche Gelder abgedeckt. Daneben werden verschiedene regionale Steuern, Arbeitgeberbeiträge und private Zuzahlungen der Patienten zur Finanzierung des Gesundheitssektors herangezogen.

Rund 30 Prozent der Italiener sind privat versichert. Dabei handelt es sich vielfach um Zusatzversicherungen, die den Versicherten Zugang zu privaten Gesundheitsdienstleistungen ermöglichen, welche nicht vom SSN übernommen werden. Der Vorteil eines privaten Versicherungsschutzes ist der schnellere und unkompliziertere Zugang zu Gesundheitsleistungen und oftmals ein angenehmeres Umfeld. Häufig bieten Arbeitgeber ihren Angestellten und deren Familien privaten Versicherungsschutz an. Bürger können aber auch direkt eine private Krankenversicherung für sich und ihre Familie abschließen.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern kooperieren die privaten Versicherungen in Italien nur selten mit dem öffentlichen Sektor. Dies hat zur Folge, dass die Leitungen der Privatversicherer die des staatlichen Gesundheitsdienstes selten ergänzen, sondern meistens ersetzen.

Freier Zugang zu Grundleistungen

Seit der Reform von 1978 haben alle italienischen Staatsbürger freien Zugang zu den Grundleistungen der medizinischen Versorgung. 1998 wurden erstmals auch Immigranten einbezogen. Während Immigranten, die sich legal in Italien aufhalten, die gleichen Rechte wie die Staatsbürger haben, ist der Zugang zu den Gesundheitsdiensten für illegale Immigranten begrenzt.

Ähnlich wie bei uns spielen steigende Gesundheitsausgaben auch in Italien eine immer größere Rolle. Zwischen 1999 und 2003 stiegen die Ausgaben um mehr als dreißig Prozent auf 73,6 Milliarden Euro. Dies entspricht 8,1 Prozent des Bruttoinlandsproduktes. Die explodierenden Ausgaben sind unter anderem auf den wachsenden Anteil älterer Leute zurückzuführen, denn rund 60 Prozent der Ausgaben entfallen auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen. Die Gesamtgesundheitsausgaben werden zu 76

Prozent vom Staat und zu 24 Prozent von privaten Haushalten getragen.

Familienarzt als erster Ansprechpartner

Die ambulante Versorgung findet in Italien primär beim so genannten Familienarzt statt, der in der Regel Allgemeinmediziner oder Kinderarzt ist. Jeder Versicherte schreibt sich bei einem Familienarzt in eine Liste ein, die bei Allgemeinärzten rund 1.500 und bei Kinderärzten etwa 800 Patienten umfasst. Die Familienärzte sind entweder in den Ambulanzen der Gemeinden angestellt oder sind vertraglich an die lokalen Verwaltungseinheiten gebunden.

Um einen Facharzt aufsuchen zu können, bedarf es einer Überweisung durch den Familienarzt. Ausgenommen sind Besuche von Frauen-, Augen- und Zahnärzten. Die ambulante fachärztliche Versorgung wird zum einen durch Ärzte abgedeckt, die in den Krankenhausambulanzen angestellt sind. Zudem gibt es vertraglich gebundene Ärzte, die in die öffentlichen Krankenhäuser oder Ambulanzen kommen sowie freiberuflich tätige Ärzte, die einen Vertrag mit dem nationalen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben.

Die Familienärzte werden nach Kopfpauschalen vergütet, die mit dem Dienstal steigen und sich an den Lebenshaltungskosten der jeweiligen Region orientieren. Weitere Einkünfte erhalten sie vor allem durch Zuzahlungen für Sonderleistungen. Fachärzte, die in Ambulanzen angestellt sind, werden ihrem Dienstal entsprechend nach Stunden bezahlt. Viele Spezialisten arbeiten nämlich nur stundenweise in den Ambulanzen und führen nebenbei noch eine Privatpraxis. Freiberufliche niedergelassene Ärzte, die einen Vertrag mit dem nationalen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben, erhalten Einzelleistungsvergütungen. Für alle niedergelassenen Ärzte gilt, dass sie jene Patienten, die nicht auf ihrer Liste stehen, privat betreuen und abrechnen dürfen.

Pflichtmitgliedschaft in der Ärztekammer

Die meisten Krankenhäuser werden von den lokalen Gesundheitsträgern betrieben. Allerdings sind die großen öffentlichen Häuser inzwischen finanziell autonom und schließen Verträge mit der zuständigen Lokalbehörde ab. Auch ein Großteil der Privatkliniken hat sich vertraglich an den staatlichen Ge-

sundheitsdienst gebunden. Die Gehälter der Klinikärzte handeln die Ärztegewerkschaften mit der Regierung aus. Überdies haben die Ärzte die Möglichkeit, Privatpatienten ambulant im Krankenhaus zu betreuen und dafür ein zusätzliches Einkommen zu beziehen.

Jeder italienische Arzt ist Pflichtmitglied einer der Ärztekammern, die auf Ebene der Provinzen organisiert sind. Die Ärztekammern führen das Ärzteregister, überwachen die Einhaltung der Berufspflichten und haben die Disziplinargewalt inne. Zudem sind sie in beratender Funktion an den Gehalts- und Honorarverhandlungen beteiligt. Die eigentliche Interessenvertretung obliegt den autonomen Ärztegewerkschaften, von denen es eine Vielzahl in Italien gibt und die vom Ministerium zu den Honorarverhandlungen eingeladen werden.

Im staatlichen Gesundheitswesen sind rund 635.000 Personen beschäftigt, davon gut 96.000 Ärztinnen und Ärzte. Auf 1.000 Einwohner kommen durchschnittlich 5,9 Ärzte und 0,5 Zahnärzte. Die Ärztedichte schwankt jedoch stark je nach Region.

Weitere Informationen:

www.fnomceo.it (Ärztekammer),

www.ministeriosalute.it (Gesundheitsministerium)

OP-PLANUNG

- **AMBULANTER OP n. § 115b**
Sie möchten einen OP neu erstellen oder den jetzigen auf den aktuellen Stand der Technik, Hygiene und Sicherheit nachrüsten
- **ÄRZTEHAUS / PRAXISKLINIK**
Sie wollen ein Ärztehaus / eine Praxisklinik gründen und im gemeinschaftlich genutzten OP sicher und wirtschaftlich ambulante Operationen durchführen
- **PRIVATKLINIK n. § 30 d. GewO**
Sie möchten eine Privatklinik n. § 30 d. GewO errichten oder eine interdisziplinäre Privatklinik mit Kollegen aufbauen zur ambulanten und teilstationären Patientenversorgung



KLINIKPLANUNG

- Medizintechnische Funktionalplanung
- Einrichtungsplanung – Innenarchitektur
- OP- und Klimatechnik nach RKI-Richtlinien
- Sterilisation – Instrumentenaufbereitung
- Projektentwicklung – Projektsteuerung
- Genehmigungsverfahren – Betreiberkonzepte

medical plan GmbH
Toyota-Allee 41
50858 Köln

Fon 02234 - 9333828
Fax 02234 - 9333822
info@medical-plan.de

medicalplan
konzept · projekt · consulting