

Das italienische Gesundheitssystem

Informationen im Rahmen des Dreiländer-Kongresses der DEGAM, SÜGAM und ÖGAM

Giuliano Piccoliori

Italien hat ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit einem nationalen Gesundheitsdienst (SSN – *Servizio Sanitario Nazionale*). Der SSN, 1978 eingeführt, stellt für alle Bürger medizinische Dienstleistungen unentgeltlich zur Verfügung. Das Grundprinzip ist, dass die Gesundheit als Grundrecht des Einzelnen gilt. Jeder ist mit der gleichen Würde zu behandeln, unabhängig von seiner sozialen Stellung. Jeder, der in Not ist, soll medizinische Versorgung erhalten.

Organisation

Die Organisation ist stark dezentralisiert. Das **Gesundheitsministerium** legt zwar den Gesundheitsplan fest und verwaltet den Solidaritätsfond, der schwächere Regionen mit Ausgleichszahlungen unterstützt. Bis 2004 wies das Gesundheitsministerium die finanziellen Mittel (aus dem *Fondo Sanità Nazionale* – FSN), den anderen Ebenen zu. Anfang 2004 wurde dieser Fonds nun abgeschafft. Bis 2013 erhielten die Regionen Schritt für Schritt volle Eigenverantwortlichkeit. Neu ist nun auf nationaler Ebene ein Solidaritätsfonds für Ausgleichszahlungen an schwächere Regionen.

Eine weitere überregionale Aufgabe des Gesundheitsministeriums besteht in der Kontrolle des Arzneimittelmarktes sowie der Förderung und Koordination von Forschung. So koordiniert es die *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* (IRCCS) – ein Zusammenschluss von 16 öffentlichen und 16 privaten Krankenhäusern im Dienste der Forschung. Das Gesundheitsministerium finanziert diese Institute jährlich mit circa 150 Millionen Euro und schreibt jedes Jahr einen Forschungswettbewerb aus zu Themen, die für die Patientenversorgung relevant sind. Bewerber dürfen sich nur Institutionen und Angestellte des nationalen Gesundheitssystems. Dafür werden ebenfalls 150 Millionen Euro bereitgestellt.

Die eingereichten Projekte werden von ausländischen Reviewern bewertet.

Da es in Italien noch keine universitären Abteilungen für Allgemeinmedizin gibt, ist die SAKAM (Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin) die einzige allgemeinmedizinische Institution in Italien, die schon zweimal einen solchen Forschungswettbewerb gewinnen konnte.

Ein weiterer Aufgabenbereich sind nationale Präventionsprogramme (z.B. Infos über Impfungen, Früherkennung). Die zuständige Behörde ist das Oberste Institut für Prävention und Arbeitssicherheit.

Die **regionalen Regierungen** sind die Verantwortlichen für Planung, Finanzierung, Kontrolle und Überwachung. Sie erstellen alle drei Jahre einen regionalen



Gesundheitsplan. Dieser bestimmt, wie die finanziellen Mittel an die lokalen Gesundheitsbetriebe (*Aziende Sanitarie Locali*) oder an die Krankenhäuser verteilt werden. Man orientiert sich hier an den Gesundheitsplänen der lokalen Sanitätsbetriebe (*Aziende Sanitarie Locali* – ASL). Die regionalen Regierungen üben auch eine Kontrollfunktion bezüglich Effizienz, Qualität und Bereitstellung von Dienstleistungen durch öffentliche und auch private Gesundheitsorganisationen aus. Den Regionen ist es vorbehalten, zusätzliche Leistungen, die nicht im Leistungskatalog (*Livelli assistenziali di assistenza* – LEA) enthalten sind, aus eigenen Mitteln zu finanzieren. So können die Regionen unter anderem festlegen, ob und wie viel

Zuschüsse sie für die Arzneimittelkosten gewähren. Für die meisten sogenannten lebensrettenden Medikamente (zum Beispiel Antibiotika oder Antihypertensiva) zahlt der Bürger 1 Euro per Rezept und 2 Euro per Schachtel. Die chronisch Kranken (z.B. Hypertoniker oder Diabetiker) oder Über-64-Jährige mit niedrigem Einkommen sind von dieser Kostenbeteiligung befreit. Des Weiteren haben sie für bestimmte Bereiche gesetzgebende Kompetenz.

Auf lokaler Ebene agieren die einzelnen Gesundheitsdienste, ASL (*Aziende Sanitarie Locali* – Lokale Sanitätsbetriebe). Hier findet die gesamte Verwaltung und Koordination sowohl von Krankenhaus- als auch ambulanten Diensten (also Arztpraxen) einer Region statt. Es gibt über 200 ASL; jedem sind circa 50.000 bis 200.000 Einwohner zugeordnet. Die ASL verwalten sich selbst. Die Regionen wählen den Präsidenten der ASL.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in Italien nach dem Wohnsitzprinzip geregelt. Jeder Bürger muss sich bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen lokalen Gesundheitsdienst melden. Bei der Anmeldung erhält der Versicherte eine sogenannte Gesundheitskarte. Diese ermöglicht ihm die freie Wahl eines Hausarztes.

Die Ärzte für Allgemeinmedizin oder Familienärzte übernehmen die Primärversorgung. Sie arbeiten freiberuflich, sind aber vertraglich an die ASL gebunden. Die Fachärzte arbeiten entweder in den öffentlichen Krankenhäusern oder freiberuflich – letzteres dann wirklich privat. Für den Besuch eines Facharztes im Krankenhaus benötigt der Versicherte eine Überweisung des Hausarztes und dann wird der Großteil der Kosten dort durch den ASL übernommen.

Die meisten Krankenhäuser werden von den ASL betrieben. Die größten besitzen jedoch als sogenannte Trusts Finanzautonomie und schließen Verträge mit der ASL ab. Es gibt auch private Krankenhäuser, die ebenfalls über Verträge an

den staatlichen Gesundheitsdienst gebunden sind.

Für Regelleistungen in staatlichen Gesundheitszentren und bei Vertragsärzten müssen Versicherte nichts zuzahlen. Allerdings ist eine Selbstbeteiligung bis zu 36 Euro pro Verordnung besonderer Untersuchungen (z.B. einer Magnetresonanztomografie) sowie je Facharztbesuch im Krankenhaus fällig. Die Höhe dieser Gebühren legen die Regionen fest. Die Selbstbeteiligung bei Medikamenten ist nach der Schwere der zugrunde liegenden Erkrankung gestaffelt. Sie reicht von einer geringen Rezeptgebühr bis zur vollständigen Kostenübernahme. Patienten über 65 Jahre, Kinder bis 14 Jahre bis zu einer gewissen niedrigen Einkommensgrenze (36.151,98 Euro) und zu Lasten lebende Kinder sind von den Zuzahlungen befreit; genauso Behinderte und Arbeitslose. Zahnarztbehandlungen müssen Versicherte in Italien komplett aus eigener Tasche bezahlen.

Die Verschreibung von Medikamenten ist stark reglementiert. Zum Beispiel dürfen Erkältungsmittel, Schlafmittel und Naturheilmittel nicht auf Kosten des SSN verschrieben werden. Eine Reihe von sehr teuren oder nebenwirkungsreichen Medikamenten dürfen nur von Fachärzten verschrieben werden, z.B. Interferone oder Retinoide. Statine dürfen nur bei Erreichen bestimmter Risikoschwellen nach einer strengen Risikokalkulation verschrieben werden. Für bestimmte Medikamentengruppen ist die Dauer der gestatteten Verordnung von bestimmten Befunden oder klinischen Diagnosen abhängig (z.B. Gastroskopie für Protoneninhibitoren). Die starke Reglementierung mag ein Eingriff in die Therapiefreiheit sein, richtet sich aber ziemlich streng nach EbM-Maßstäben aus und wird auch so begründet.

Etwa 30 Prozent der Italiener sind privat versichert. Ganz überwiegend handelt es sich dabei um Zusatzversicherungen, die den Versicherten ermöglichen, private Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Die privaten Krankenversicherungen arbeiten allerdings selten mit dem öffentlichen Sektor zusammen.

Finanzierung

Das italienische Gesundheitssystem wird hauptsächlich über Steuereinnahmen finanziert. So fließen Mittel aus Einkom-

mensteuer und Umsatzsteuer in das italienische Gesundheitswesen, die folgendermaßen aufgeteilt sind: Eigene Einnahmen der Sanitätsbetriebe durch die Kostenbeteiligung der Bürger (Tickets) und durch Privatleistungen des eigenen ärztlichen Personals; allgemeine direkte Steuereinnahmen der Regionen; Beteiligung der Regionen mit Sonderstatut und der autonomen Provinzen von Trient und Bozen; Staatsbilanz in dem von den anderen Finanzierungsquellen nicht abgedeckten Ausmaß.

Arzt für Allgemeinmedizin/ Familienarzt

Die ambulante Versorgung findet in Italien primär beim sogenannten Basis- oder Hausarzt statt, der entweder Allgemeinmediziner oder Kinderarzt ist. Jeder Bürger schreibt sich bei einem solchen Hausarzt in eine Liste ein, die bei Allgemeinärzten maximal 1.500 und bei Kinderärzten maximal 800 Patienten umfassen kann (in Südtirol bislang jeweils 2000 und 1000). Kinder können sich ab dem 6. Lebensjahr einschreiben, die meisten Kinder bleiben aber meist bis 14 bei ihren Pädiatern.

Um einen Facharzt aufsuchen zu können, der nicht als privater Facharzt arbeitet, bedarf es einer Überweisung durch den Hausarzt. Ausgenommen sind Besuche von Frauen-, Augen-, Zahnärzten und Psychiatern.

Die meisten HausärztInnen sind in einer Einzelpraxis niedergelassen, nur ca. 5 % sind in Gruppenpraxen organisiert. Hilfspersonal wie Helferinnen sind nicht üblich, nur in größeren Gruppenpraxen werden Rezeptionshilfen angestellt. Dort ist entsprechend eine Bestellpraxis möglich, bei den Einzelpraxen warten Patienten in der Regel nach Reihenfolge ihres Eintreffens. EDV als Praxisdokumentation ist allgemeiner Standard.

In Italien gibt es circa einen Hausarzt pro 1000 Einwohner. In Südtirol hat ein Arzt für Allgemeinmedizin durchschnittlich 1.700 eingeschriebene Patienten. Insgesamt sind in Südtirol 272 Hausärzte tätig. 35 Ärzte sind telematisch vernetzt und es gibt 25 Gemeinschaftspraxen.

Die Patienten bleiben beim eigenen Hausarzt so lange sie nicht zu einem anderen wechseln wollen, was relativ selten ist. Prinzipiell kann jeder Bürger in seinem Sprengel (Bezirk) jederzeit seinen Arzt für

AM wechseln, muss dies aber dem ASL gegenüber begründen. Auch der Arzt kann Patienten aus schwerwiegenden Gründen abweisen.

In einem Jahr hat ein Hausarzt mindestens einen Kontakt mit 80 % seiner eingeschriebenen Patienten. Im Laufe von 3 Jahren lernt er alle kennen. Im Durchschnitt sucht ein Bürger seinen Hausarzt 6– bis 10-mal im Jahr auf – mit einem starken Süd-Nord-Gefälle.

Die Familienärzte werden nach Kopfpauschalen vergütet, die mit dem Dienstalter steigen und sich zudem noch an den Lebenshaltungskosten der jeweiligen Region orientieren. Darüber erfolgt der Großteil der Entlohnung, die ggf. aufgestockt werden kann, durch Zusatzleistungen wie: Naht von kleinen oberflächlichen Wunden, Entfernung von Wundnähten, Ohrensäugungen, Wundversorgung, Infusionen, Nasentamponaden etc.

Außerdem führt er regelmäßige programmierte Hausbesuche bei nicht gefährlichen oder bei sterbenden Patienten im Rahmen der regional unterschiedlich organisierten Palliativbetreuung durch, die auch zusätzlich vom Sanitätsbetrieb honoriert werden.

Zunehmend werden auch – je nach Region – erfolgsorientierte Prämien ausgeschüttet, z.B. ab einer bestimmten Durchimpfungsrate. Für alle Hausärzte gilt, dass sie jene Patienten, die nicht auf ihrer Liste stehen, privat betreuen und abrechnen müssen.

Hausärztlicher Versorgungsauftrag

HausärztInnen in Italien sind im klassischen Sinne Gate-Keeper mit Filterfunktion für alle fachärztlichen Leistungen und Begleiter der Patienten mit chronischen Erkrankungen. Sie arbeiten im Wesentlichen mit den medizinischen Grundtechniken: Anamnese, körperliche Untersuchung und ärztliches Gespräch. Die technische Ausrüstung der Praxen ist relativ bescheiden, selten ist ein EKG-Gerät vorhanden. Sonografie, Spirometrie und Belastungs-EKG gehören nicht zur Standardausrüstung. Blutentnahmen werden nicht hausärztlich durchgeführt, sondern von den Krankenhäusern oder häufiger von lokalen Blutabnahmestellen übernommen (per Überweisung). Dennoch ist die Abklärung un-

klarer akuter Beschwerdebilder selten problematisch, da eine zeitnahe Vorstellung beim Spezialisten bei Bedarf gut möglich ist.

Hausbesuche zur Versorgung der bettlägerigen und alten Patienten gehören dagegen fest in den hausärztlichen Aufgabenbereich. Eintragungen ins Krankenblatt erfolgen hierbei in ein Patientenbuch vor Ort, was die Zusammenarbeit mit der häuslichen Pflege erleichtern soll. Die häusliche Pflege wird von der ASL organisiert.

HausärztInnen haben in Italien keine Notarztepflicht, da Notfallzentralen der ASL die hausärztliche Versorgung wäh-

rend der Nacht und an den Wochenenden mit eigenen Ärzten übernehmen. Nur in Südtirol wird – außer in Bozen – von den HausärztInnen Nacht- und Wochenenddienst geleistet.

Arbeitsunfähigkeiten werden durch den Hausarzt beurteilt und zertifiziert, eine Nachbeurteilung durch einen Medizinischen Dienst ist nicht vorgesehen. Dafür überprüft die ASL stichprobenweise mit Hausbesuchen, ob die Patienten ihrer Pflicht zu Hause zu bleiben, nachkommen.

Leichenbeschauungen werden nicht vom Hausarzt vorgenommen, sondern vom Sprengelhygieniker

(Amtsarzt) der ASL. Arbeitsunfälle werden nur hausärztlich versorgt, solange keine permanente Arbeitsunfähigkeit besteht. Einige Hausärzte nehmen (nur in Südtirol) auch Aufgaben eines Sprengelhygienikers in Rahmen einer gesonderten Tätigkeit wahr.

Korrespondenzadresse

Dr. Giuliano Piccoliori
Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin
Wangergasse 18
I-39100 Bozen
drgiupic@tin.it

Einladung zur Mitgliederversammlung der DEGAM

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie ganz herzlich zur jährlichen Mitgliederversammlung der DEGAM einladen (entspr. § 6, Abs. 1 der DEGAM-Satzung).

Diese findet statt am **Donnerstag, 17. September 2015 um 18 Uhr** (Ende ca. 19.30 Uhr) im großen Hörsaal der Freien Universität Bozen, Universitätsplatz 1 in 39100 Bozen (Südtirol/Italien).

Die Mitgliederversammlung ist wie jedes Jahr in unseren wissenschaftlichen Kongress eingebunden.

Bitte beachten Sie:

Da die Dauer der Versammlung durch das Kongressprogramm begrenzt ist, werden die Berichte sehr kurz gefasst, liegen aber in schriftlicher Form und ebenfalls auf der DEGAM-Website (interner Bereich) vor.

Tagesordnung (Stand 20. April 2015)

1. Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung, Genehmigung der Tagesordnung
2. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
3. Bericht des Präsidenten und des Geschäftsführers
4. Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
5. Entlastung des Schatzmeisters und des Präsidiums
6. Wahlen zum Stiftungsvorstand „Stiftung Deutsches Institut für Allgemeinmedizin“
7. Berichte aus den Sektionen und Arbeitsgruppen
8. Bericht der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)
9. Anträge
10. Sonstiges

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Präsident

Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, Schriftführer

