

# Bella Figura

Das italienische Gesundheitssystem ist in weiten Bereichen regional finanziert. Dies führt zu großen Leistungsunterschieden in den stationären Gesundheitseinrichtungen. Bei der Akutversorgung sind die südlichen Nachbarn allerdings Spitze.

*Von Heinz Brock*

**I**talien!! Viele Österreicher und Österreicherinnen verbinden mit unseren südlichen Nachbarn Urlaub, gutes Essen und hinter jedem Stein eine mehrtausendjährige Geschichte. Die Italianità, das italienische Lebensgefühl, macht nördlich des Brenners großen Eindruck. Nicht umsonst ist Italien das

beliebteste Urlaubsziel der Österreicher im Ausland. Allerdings: In das italienische Gesundheitssystem setzen die Urlauber von nördlich des Brenners wenig Vertrauen. Spätestens seit dem Ausbruch von COVID-19 in Oberitalien im Jahre 2020 werden „italienische Verhältnisse“ als Synonym für ein überfordertes Versor-



**Entschlossenen Blickes.** Krankenschwestern des italienischen Roten Kreuzes marschieren während der Militärparade am 2. Juni in Rom. Fragt man nach der Zufriedenheit der italienischen Bürger mit ihrem Gesundheitssystem, erntet vor allem der niedergelassene Fachbereich schlechte Noten: Die Wartezeiten sind enorm.

Foto: © TONYGENTILE / REUTERS / picturedesk.com

gungssystem zitiert. Dabei sprechen globale Indikatoren wie die Lebenserwartung oder Mortalitätsraten bei vermeidbaren oder therapierbaren Krankheitsfällen durchaus für eine funktionierende Gesundheitsversorgung in Italien.

### Offenes System

Das italienische Gesundheitssystem ist klassisch dem „Beveridge“-Typ zuzuordnen. Der steuerfinanzierte nationale Gesundheitsdienst (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) wurde 1978 eingeführt und stellt den Bürgerinnen und Bürgern unentgeltlich medizinische Dienstleistungen zur Verfügung. Die gesamte Notfallversorgung, vom Transportwesen über die Notfall-Erstversorgung bis zu den Unfall- und Notfalleinrichtungen in den Krankenhäusern, wird vom SSN geleistet. Da diese stark ausgebaute und gut organisierte Versorgungsschiene einen niederschweligen und rund um die Uhr offenen Zugang zur medizinischen Behandlung bietet, wird sie wie auch in Österreich stark beansprucht – in manchen Regionen über das Fassungsvermögen hinaus. Die massive Konzentration auf die Notfalleinrichtungen während der ersten Phase der COVID-19-Pandemie wird paradoxer Weise als einer der Faktoren für die unkontrollierbare Infektionsausbreitung in Italien gewertet.

Auf nationaler Ebene legt das Gesundheitsministerium in Rom die grundsätzlichen Gesetze und Ziele der Versorgung fest, definiert das Leistungsangebot des Gesundheitsdienstes und verteilt einen Solitaritätsfond auf wirtschaftlich schwache Regionen. Die 20 italienischen Regionen sind in der Organisation der Gesundheitsversorgung aber weitgehend eigenverantwortlich. Auf lokaler Ebene stellen Gesundheitsbehörden (Aziende Sanitarie Locali, ASL) die primäre und sekundäre medizinische Versorgung über öffentliche Krankenhäuser oder über akkreditierte private Anbieter sicher. Alle drei Jahre müssen die regionalen Regierungen einen Gesundheitsplan erstellen, mit dem bestimmt wird, wie viele finanzielle Mittel die Krankenhäuser oder die lokalen Gesundheitsbetriebe erhalten. Da die Steueraufwendungen von den einzelnen Regionen selbständig festgelegt werden, gibt es aber ein starkes Nord-Süd-Gefälle. Das heißt, der reichere Norden bietet im Vergleich zum ärmeren Süden seinen Bewohnern eine viel bessere Versorgungsleistung.

### Allgemeinmediziner als Lotsen im Gesundheitssystem

Allgemeinmediziner und Pädiater haben im italienischen System eine definierte „Gatekeeping“-Funktion. Bürgerinnen und Bürger schreiben sich für die Dauer von mindestens 12 Monaten bei einem Familienarzt ihrer Wahl ein, der in dieser Zeit für Primärversorgung, Prävention und im Bedarfsfall für die Überweisung zu Spezialisten oder in Kliniken zuständig ist. Die Allgemeinmediziner sind überwiegend in selbständigen Praxen tätig und erhalten eine Kopfpauschale für jeden eingeschriebenen Patienten, die sich nach den Lebenshaltungskosten der Region und nach dem Dienstalder richtet. Zusätzlich können sie spezielle Leistungen wie zum Beispiel Visiten abrechnen. Pädiater können sowohl als frei praktizierende Spezialisten als auch als Angestellte im SSN als Familienärzte tätig sein.

Für die Behandlung durch Spezialisten können öffentliche oder private Leistungsanbieter gewählt werden, ab-

hängig davon, wie groß die Bereitschaft ist, Wartezeiten zu akzeptieren und die Kosten selbst zu tragen. Der kostenlose Zugang zu Spezialisten, die entweder direkt im SSN angestellt oder als akkreditierte Ärzte über die ASLs koordiniert werden, erfordert allerdings eine Überweisung durch einen Familienarzt. Zahnärzte, Gynäkologen und Pädiater können ohne Überweisung kontaktiert werden, zahnärztliche Leistungen werden vom SSN jedoch nicht abgegolten. Im SSN angestellte Ärzte beziehen ein Gehalt und haben Beamtenstatus. Zusätzlich ist ihnen gestattet, eine Privatpraxis zu führen, in welcher sie Honorare für ihre Leistungen verrechnen können. Nicht selten sind diese Privatpraxen vertraglich oder auch örtlich an Einrichtungen des SSN angeschlossen.

Die stationäre Versorgung ist in Italien auf ein differenziertes Netzwerk von Krankenhäusern unterschiedlicher Organisationsformen und Spezialisierungsgrade aufgebaut. Neben loka-

VERGLEICH DER SYSTEME	Italien	Österr.
Gesamte Gesundheitsausgaben (in % BIP)	8,7	10,4
OoP-Zahlungen (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	24	18
Öffentliche Gesundheitsausgaben (in % der gesamten Gesundheitsausgaben)	74	74
Gesundheitsausgaben pro Kopf (in € PPP)	2473	3966
Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner	3,1	7,3
Ärzte pro 1000 Einwohner	4,0	5,2
Pflege pro 1000 Einwohner	5,7	6,9
CT, MRI, PET pro 1000 Einwohner und Jahr	173	330
Zufriedenheits-Score mit Primärversorgung (1-10)	7,0	8,4
Zufriedenheits-Score mit Spezialisten und Krankenhaus (1-10)	6,2	7,9
Versorgung von Schenkelhalsfrakturen unter 48 Stunden in Prozent	53,2	88,7
Lebenserwartung bei Geburt	83,4	81,8
Durch Prävention vermeidbare Todesfälle pro 1000 Einwohner und Jahr	107	155
Durch Behandlung vermeidbare Todesfälle pro 1000 Einwohner und Jahr	67	77
30-Tages-Mortalität nach AMI	5,4	6,3

Datenquelle: OECD Health at a Glance 2020



**Ikongrafische Bilder.** Der Abtransport von Corona-Toten in Militärlastwagen: Bergamo führte im März 2020 vor Augen, was es bedeutet, wenn ein Gesundheitssystem kollabiert.

Foto: © laPresse / EPA / picturedesk.com

len Krankenhäusern, welche direkt vom ASL betrieben werden, stellen Krankenhausverbünde unter der Verantwortlichkeit der Regionen, Forschungs- und Universitätskrankenhäuser sowie Ordens- und Langzeitkliniken das gesamte breite Spektrum dar. Die Krankeneinnahmen setzen sich zusammen aus direkten Zahlungen, welche vom Gesundheitsministerium festgelegt werden, und leistungsbezogenen Tarifen nach einem DRG-System („diagnosis-related groups“, Abrechnungssystem nach Fallpauschale). Bezüglich der Geldflüsse an die Spitäler, der Höhe der Tarife und des Umfangs der abgebotenen Leistungen bestehen gravierende regionale Unterschiede, sodass in Folge auch der jeweilige Versorgungsumfang in den italienischen Regionen stark variiert.

### Finanzierung und Effizienz

Die italienische Volkswirtschaft, die immerhin die drittgrößte der Europäischen Union ist, wendet im Schnitt weniger Mittel für die Gesundheitsversorgung auf als der Rest der EU. Im Vergleich zu Österreich ist der Unterschied sogar markant, sowohl, was den Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes ausmacht, als auch hinsichtlich der Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Die privaten (Out-of-Pocket) Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen fallen in Italien mit 24% der gesamten Gesundheitsausgaben deutlich höher aus als in Österreich. Allerdings ist dabei nicht berücksichtigt, dass durch Privatversicherungen etwa 5% der gesamten österreichischen Versorgungsleistungen abgedeckt werden, was in Italien nur eine untergeordnete Rolle spielt. Der gesamte öffentliche Anteil der Gesundheitsausgaben als Summe von Sozialversicherungsbeiträgen (die es in Italien nicht gibt) und Steuerfinanzierung ist mit 74% in beiden Ländern gleich hoch.

Der unterschiedliche Ressourceneinsatz für den Gesundheitsbereich äußert sich naturgemäß in infrastrukturellen und personellen Kennzahlen. Während beim Pflegepersonal beide Länder unter dem EU-Schnitt liegen (in Österreich werden in dieser Statistik allerdings nur die Krankenhaus-Pflegekräfte angegeben), ist die Anzahl der Ärzte jeweils über dem EU-Schnitt – Italien

nur marginal darüber, Österreich im absoluten Spitzenfeld. Noch deutlicher zeigt sich die unterschiedliche Ausstattung der Gesundheitssysteme in der Vorhaltung von Krankenhausbetten und der Häufigkeit von bildgebender Diagnostik. Bei letzterer ist Österreich wiederum einsamer Spitzenreiter.

Lange Wartelisten für Facharzttermine und für Diagnostik im SSN werden von der italienischen

Bevölkerung als gravierende Problematik wahrgenommen, was sich auch in einem relativ niedrigen Zufriedenheits-Score mit der Primär- als auch der Spezialisten- und Krankenhausversorgung ausdrückt. Als weiterer Indikator für den Optimierungsbedarf des Gesundheitssystems kann auch der zeitverzögerte Versorgungsablauf für dringliche Operationen, wie zum Beispiel Schenkelhalsfrakturen, angesehen werden. In nur knapp über der Hälfte der Fälle findet die Operation innerhalb von zwei Tagen nach Krankenaufnahme statt, was deutlich unter international akzeptierten Standards liegt.

Die Investitionen des italienischen Staates in das Gesundheitswesen sind im Vergleich zu anderen europäischen Ländern weiterhin unterdurchschnittlich. Durch die Überalterung der Bevölkerung mit einem überdurchschnittlichen Therapie- und Pflegebedarf werden sich die Bedingungen für die Italienerinnen und Italiener wohl auf absehbare Zeit nicht ändern. Es bleibt aus diesem Grund auch nachvollziehbar, wenn Italienurlauber im Krankheitsfall lieber einen Ambulanzflug oder eine lange Autofahrt in Kauf nehmen, anstelle sich vor Ort behandeln zu lassen.

### Outcome und Effektivität

Trotz aller Defizite bescheinigt die OECD den Italienern ein effektives Gesundheitswesen, vor allem was lebensbedrohliche Diagnosen betrifft. Als Grund wird der starke Akutsektor angesehen. Zum Beispiel ist in den letzten Jahrzehnten die Herzinfarktversorgung stark verbessert worden. In Summe sind alle durch Prävention oder Behandlung vermeidbaren Todesfälle statistisch seltener als in Österreich. Ein gutes Argument für die Bedarfsgerechtigkeit des Versorgungssystems könnte auch sein, dass die Lebenserwartung der Italienerinnen und Italiener nach Spanien den zweitbesten Wert aller EU-Länder aufweist. Auf die Lebenserwartung mögen verhaltensbezogene Parameter wie Lebensstil wahrscheinlich größeren Einfluss haben als das Gesundheitssystem. Dabei spielt neben der mediterranen Ernährung vielleicht auch eine Rolle, dass der Alkoholkonsum in Italien entgegen gängiger Meinung niedriger ist als im europäischen Durchschnitt – und signifikant niedriger als in Österreich. //