

AUTONOME PROVINZ  
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

# **Bericht 2019 zum Performance-Plan und Allgemeiner Dreijahresplan 2019 – 2021**

**Beschluss des Generaldirektors Nr. 434 vom 28.07.2020**



# Inhaltsverzeichnis

Planvorstellung.....	2
Zweck.....	2
Inhalte.....	2
1. Zusammenfassung der für die Bürgerinnen und Bürger und Stakeholder relevanten Informationen	2
1.1. Kontextanalyse und Definition des Landesszenariums .....	2
1.1.1. Über uns .....	2
1.1.2. Auftrag.....	3
1.1.3. Aufbau .....	3
1.2. Demografische, sozialsanitäre Indikatoren und Zusammensetzung der Bevölkerung .....	4
1.2.1. Betreuungsberechtigte Bevölkerung und deren Zusammensetzung.....	4
1.2.2. Geburtenzahl und Bevölkerungsentwicklung .....	4
1.2.3. Lebenserwartung und Sterblichkeitsrate.....	5
1.3. Aspekte der Gesundheit.....	5
1.3.1. Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten .....	5
1.3.2. Diabetes.....	6
1.3.3. Bösartige Tumore .....	7
1.3.4. Onkologische Screenings .....	7
1.3.5. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenerkrankungen .....	8
1.3.6. Lebensmittelsicherheit.....	9
1.3.7. Physische und neurologische Rehabilitation .....	10
2. Prozess und Methode der Zieldefinition.....	11
3. Struktur.....	11
4. Ziele .....	12
4. A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle.....	12
4. B) Entwicklung der Informationssysteme und der Unterstützung durch die Informatik.....	14
4. C) Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen.....	16
4. D) Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement).....	23
4. E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes .....	27

# Planvorstellung

## Zweck

Die Performance ist jener Beitrag, den ein Unternehmen über die eigene Tätigkeit und in Hinblick auf die Erreichung der Ziele, für welches es gegründet wurde, erbringt. Seine Bemessung und Bewertung – des Südtiroler Sanitätsbetriebes in seiner Gesamtheit, wie auch seiner Organisationseinheiten sowie auch der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – dient der Verbesserung der Qualität der angebotenen Dienste sowie dem Ausbau der Fachkompetenzen.

Hinsichtlich der Definition und Vorgabe der Ziele, die sich der Betrieb vorgibt, sowie der erwarteten Ergebnisse und die Definition der Bewertungskriterien, so wie von Absatz II des Gesetzesdekretes Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 vorgesehen, wird auf das Dokument „Jahres-Performance-Plan – 2019“ verwiesen.

Der Plan ist auf der Website des Betriebes ([www.sabes.it](http://www.sabes.it)) Sektor „Transparente Verwaltung“, unter „Performance“, veröffentlicht und kann von dort heruntergeladen werden.

## Inhalte

Der Plan beinhaltet die strategischen und operativen Zielsetzungen.

In der Abfassung der Planungsinhalte werden die Prinzipien der Transparenz, des sofortigen Verständnisses, der Wahrheitstreue und Überprüfbarkeit der Beteiligung, der internen und externen Kohärenz, sowie des mehrjährigen Planungshorizontes beachtet.

## 1. Zusammenfassung der für die Bürgerinnen und Bürger und Stakeholder relevanten Informationen

### 1.1. Kontextanalyse und Definition des Landesszenariums

#### 1.1.1. Über uns

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen, in diesem Dokument als Südtiroler Sanitätsbetrieb bezeichnet, ist im Sinne des Art. 4 des Landesgesetzes Nr. 3 vom 21.04.2017 „Organisationsstruktur des Landesgesundheitsdienstes“ eine Hilfskörperschaft des Landes; er ist eine mit Verwaltungsautonomie ausgestattete Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er dient dem Schutz, der Förderung und der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Übereinstimmung mit den europäischen, staatlichen, regionalen und lokalen Gesetzesvorschriften und in Übereinstimmung mit den Vorgaben und Zielen, die im Landesgesundheitsplan 2016 – 2020 enthalten sind, der mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29.11.2016 genehmigt worden ist.

Der Sanitätsbetrieb hat seinen Rechtssitz in Bozen, Sparkassenstraße 4.

Das Gesundheitswesen in Südtirol steht vor großen Herausforderungen. Im Wesentlichen muss es der Gesamtbevölkerung einen qualitativ hohen Betreuungsstandard durch das Angebot von branchenübergreifenden Leistungen und Diensten gewährleisten, die auf die realen Bedürfnisse der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Prinzipien der Effizienz, Angemessenheit, aber auch der Sicherheit und der Tragbarkeit, sodass die Patientinnen und Patienten im „best point of service“ und auch ihrem Wohnort so nah wie möglich betreut werden.

Ein Teil der wichtigsten Thematiken dieses Planes sind direkt an das Dokument der Programmrichtlinien der Landesverwaltung gebunden, welches für 2019 dem Betrieb übermittelt wurde. Diese Richtlinien basieren auf die Methodik der „Balanced Scorecard“ und betreffen die Entwicklung der Governance, der Informationssysteme und des Supportes durch die Informatik. Breiter Raum wird auch der Umschulung der Gesundheitsdienste, den Gesundheitszielen und der Qualifizierung der klinischen Versorgung mit besonderer Aufmerksamkeit auf Qualität, Angemessenheit und Risk Management gegeben. Der Plan beinhaltet auch Ziele für die Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes, die sich hauptsächlich auf die Entwicklung des Personals und der Betriebskultur konzentrieren. Von Bedeutung sind auch die Ziele zwecks Einhaltung des Finanzhaushaltes.

Das Dokument nimmt außerdem Bezug auf einzeln verfügbare Bereichspläne wie zum Beispiel der Landesplan für die Prävention, die Ausbildung, die Informatik, die Antikorruption und die Transparenz.

### **1.1.2. Auftrag**

Hauptaufgabe des Betriebes ist es, den Schutz der Gesundheit auf dem gesamten Landesgebiet zu gewährleisten, also den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung entgegen zu kommen, indem Leistungen und Prävention, Pflege und Rehabilitation gesichert werden wie dies in der Landesplanung vorgesehen sowie in der europäischen, staatlichen, regionalen und Landesgesetzgebung berücksichtigt wird. Der Betrieb verfolgt außerdem das Ziel der Förderung der Gesundheit im Sinne einer gesamten Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung. Zu diesem Zwecke werden die von der Landesverwaltung festgesetzten Wesentliche Betreuungsstandards (WBS, oder „Livelli essenziali di assistenza“ (LEA)) und die zusätzlichen von der Landesregierung definierten Leistungen „Extra-LEA“ (extra WBS) gewährleistet.

### **1.1.3. Aufbau**

Der Betrieb bietet seine Gesundheitsleistungen über die von ihm direkt oder indirekt geführten Dienste aber auch über andere öffentliche oder privat vertragsgebundene Einrichtungen an. Dabei müssen die von den Verträgen bestimmten qualitativen und quantitativen Vorschriften unter Beachtung der Haushaltseinschränkungen eingehalten werden.

Der Betrieb ist sich bewusst, wie wichtig eine Entwicklung der verschiedenen Formen der Zusammenarbeit, der Synergien und des Miteinbeziehens ist. Daher verfolgt er seine Ziele bezüglich Planung und Führung im Sinne einer geteilten Mitbestimmung der Entscheidungen je nach Kompetenzbereich, in Zusammenarbeit mit den lokalen Einrichtungen, die Ansprechpartner für die Interessen der Allgemeinheit sind und somit eine wichtige Rolle zum Anreiz, zur Beteiligung und Kontrolle der Betriebstätigkeit spielen.

Der Betrieb erstreckt sich über das Land Südtirol und ist in vier Gesundheitsbezirken gegliedert:

1. Gesundheitsbezirk Bozen;
2. Gesundheitsbezirk Meran;
3. Gesundheitsbezirk Brixen;
4. Gesundheitsbezirk Bruneck.

Der Landesgesundheitsplan sieht soweit möglich eine wohnortnahe Betreuung für die Patientinnen und Patienten vor. Das Einzugsgebiet jedes Gesundheitsbezirkes wird von der Landesregierung festgelegt und ist in Sprengel unterteilt, deren Einzugsbereich sich aus den Einwohnerinnen und Einwohnern der dazugehörenden Gemeinden zusammensetzen. Der Gesundheitssprengel stellt die technisch-funktionelle Einheit des Dienstes für Basismedizin dar, dessen Aufgabe darin besteht, die Erbringung der Leistungen der Basismedizin zu organisieren und zu koordinieren.

Der Gesundheitssprengel arbeitet mit den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und den Kinderärztinnen und –ärzten freier Wahl zum Schutz der Gesundheit der Wohnbevölkerung zusammen; er ist Bezugszentrum auf territorialer Ebene und arbeitet in einer intensiven und ständigen Vernetzung mit den Sozialdiensten. Er stellt außerdem den Orientierungspunkt dar und ist zugleich Filter für den Zugang zu den Leistungen des Krankenhauses, zu den fachärztlichen, ambulanten und zusätzlichen Leistungen, die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes sind.

Die stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten werden, laut Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015 von einem Landeskrankenhausnetz betreut, in dem die Koordinierung der in den 7 Krankenhausstandorten erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der Verantwortung des Sanitätsbetriebes verstärkt wird. Die Koordinierung der erbrachten Leistungen erfolgt aufgrund eines Betreuungsmodells auf mehreren Ebenen, welches zwischen Basisbetreuung, fachärztliche Betreuung und Betreuung mittels komplexer Behandlungen unterscheidet. Die Basisbetreuung sieht eine Reihe von ärztlichen Behandlungen vor, die jedes Krankenhaus als Mindestangebot erbringt. Zusätzlich zu dieser Basisbetreuung können in jedem Krankenhaus weitere Fach- oder Kompetenzbereiche vorgesehen werden. Besonders komplexe Eingriffe bzw. Behandlungen werden hauptsächlich im Landeskrankenhaus Bozen vorgenommen, was allerdings nicht bedeutet, dass diese Leistungen nicht auch in anderen Gesundheitsbezirken verortet sein können.

Das Krankenhausnetzwerk besteht aus:

- dem Landeskrankenhaus Bozen;
- dem Bezirkskrankenhaus Meran-Schlanders, mit Sitzen in Meran und Schlanders;
- dem Bezirkskrankenhaus Brixen-Sterzing, mit Sitzen in Brixen und Sterzing;
- dem Bezirkskrankenhaus Bruneck-Innichen, mit Sitzen in Bruneck und Innichen.

Die Krankenhausanstalten gewährleisten die Krankenhausversorgung wie von den gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften sowie den Vorgaben und Richtlinien des Landesgesundheitsplanes und den Beschlüssen der Landesverwaltung vorgesehen.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb will sich in der nächsten Zukunft eine neue Ordnung geben, um den Zugang zu den Gesundheitsleistungen für die Bürgerinnen und Bürger zu garantieren und den Kriterien der Angemessenheit, der Wirksamkeit und der Effizienz zu entsprechen. Die Neuordnung des Betriebes erfolgt über die Definition der klinischen Hauptprozesse, der klinischen Sekundärprozesse und der Supportleistungen. Die Organisationsform der Leistungserbringung über sieben Krankenhausstandorte und 20 Gesundheitssprengel in den vier Gesundheitsbezirken bedarf einer klaren Festlegung der Verantwortung und geeigneter Führungsinstrumente (Governance).

Die strategische Ausrichtung des Betriebes ist im Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015 und im Landesgesundheitsplan 2016-2020 festgeschrieben und hat die bestmögliche medizinische Betreuung jedes Patienten unabhängig vom sozialen Hintergrund, der Herkunft, des Geschlechts und des Alters zum Ziel. Die Gesundheitsversorgung soll wohnortnah angeboten werden, qualifiziert und angemessen sein. In diesem Sinne ist es auch notwendig, dass die Dienstleisterinnen und -leister aller Ebenen im Netz arbeiten.

## **1.2. Demografische, sozialsanitäre Indikatoren und Zusammensetzung der Bevölkerung**

In der Folge werden einige Indikatoren und Informationen über die Zusammensetzung der betreuungsberechtigten Bevölkerung dargestellt sowie einige Aspekte in Bezug auf deren Gesundheitszustand im Hinblick auf die für die Jahre 2019-2021 geplanten Maßnahmen.

Die angeführten Informationen stammen zum Großteil aus dem Jahresgesundheitsbericht 2017, der von der epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes verfasst wurde.

### **1.2.1. Betreuungsberechtigte Bevölkerung und deren Zusammensetzung**

Im Jahr 2017 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 528.829 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 71 Einwohnern pro Quadratkilometer. 55,0 Prozent des Landesgebietes weisen einen niedrigen Erschließungsgrad auf, 21,1 Prozent einen mittleren Erschließungsgrad und 23,9 Prozent einen hohen Erschließungsgrad (Volkszählung 2011).

Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (44,5 Prozent), in etwa ein Viertel in dem von Meran (26,0 Prozent) und etwa ein Sechstel jeweils in den Bezirken Brixen (14,5 Prozent) und Bruneck (15,0 Prozent). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den beiden Gesundheitsbezirken Bozen Stadt (20,4 Prozent) und Meran (10,8 Prozent).

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Bevölkerung ist mittlerweile auf 42,1 Jahre (40,8 Jahre für Männer und 43,4 Jahre für Frauen) geklettert und somit um 0,8 Punkte im letzten Fünfjahreszeitraum gestiegen.

Der Altersindex ist mit 122,7 Personen im Alter ab 65 Jahre je 100 Kinder unter 14 Jahren in den letzten fünf Jahren um 6,9 Punkte gestiegen und fällt bei den Frauen höher (142,5 Prozent) als bei den Männern (104,1 Prozent) aus. Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 168,7 Prozent. Der Abhängigkeitsindex liegt bei 54,4 Prozent. Für die Frauen (58,0 Prozent) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,8 Prozent). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 56,1 Prozent.

### **1.2.2. Geburtenzahl und Bevölkerungsentwicklung**

Aus strategischer Sicht ist die Betreuung während der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Geburt und des Neugeborenen für das Gesundheitssystem sehr wichtig, da sie sich auf das Wohlergehen der gesamten Bevölkerung auswirkt. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Eigenschaften und kritischen Punkte der Betreuung zu überwachen.

Im Jahr 2017 wurden in Südtirol 5.580 Kinder geboren, 5.246 davon von ansässigen Müttern (94,0 Prozent), die anhand der Geburtsbescheinigung (Certificato di assistenza al parto = CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2017 kommt es zu einem Rückgang der Neugeborenen im Vergleich zum Vorjahr (5.674 Neugeborene) aber im Einklang mit dem Durchschnitt der letzten Jahre (durchschnittliche Anzahl im Zeitraum 2013-2016 ca. 5.600 Geburten). Fast alle Geburten fanden in den Geburtsstellen

des Landes statt, 33 Frauen entbanden zu Hause. Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol weiterhin ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Betreuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten. Die Geburtenrate beträgt 10,5 Neugeborene pro 1.000 Einwohner und ist somit der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 7,7 Neugeborene pro 1.000 Einwohner). Im Jahr 2017 wuchs die Bevölkerung um 6,6 Personen pro 1.000 Einwohner. Einen wichtigen Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationsaldo von 4,8 Promille. Das natürliche Wachstum von 1,8 Promille gehört auch weiterhin zu den höchsten unter den italienischen Regionen. Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, welche die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,7 Kindern je Frau (1,34 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene).

### **1.2.3. Lebenserwartung und Sterblichkeitsrate**

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Landessterbetafeln aus dem Jahr 2015 80,8 Jahre für die Männer und 85,7 Jahre für die Frauen. ISTAT-Schätzungen für das Jahr 2016 zufolge besitzt Südtirol eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (81,3 gegenüber 80,6 für die Männer und 86,1 gegenüber 85,1 für die Frauen). Die Lebenserwartung bei der Geburt verlief in den letzten Jahren konstant zunehmend: Sie verlängerte sich in den letzten zehn Jahren für die Männer um 2,5 Jahre, für die Frauen um 1,5 Jahre. Im Vergleich zum Jahr 2015 hat sich die Lebensdauer der Männer (0,5 Jahre) und der Frauen (0,4 Jahre) verlängert. Die Lebenserwartungsdifferenz zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren nach der Sterbetafeln 1977-79 auf 4,8 Jahre nach den neueren Tafeln).

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2016 vollständig, für die nach diesem Datum erfolgten Todesfälle jedoch nicht verfügbar. Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2016 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 4.138, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 794,5 pro 100.000 entspricht.

Die Haupttodesursache waren 2016 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 39,7 Prozent der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 31,6 Prozent in der männlichen Bevölkerung. Unter den Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 33,1 Prozent gegenüber den 25,7 Prozent unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (6,7 Prozent vs. 3,6 Prozent) vor.

## **1.3. Aspekte der Gesundheit**

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheitsleistungen und sonstigen Diensten ab, sondern auch von zahlreichen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren.

Nachstehend werden einige der wichtigsten Aspekte des Gesundheitszustandes der lokalen Bevölkerung beschrieben, die Gegenstand der Ziele und Maßnahmen dieses Planes sind.

Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wie Lebenserwartung bei der Geburt und Kindersterblichkeitsrate wird in der Folge auf andere Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen, wie der Lebensstil, die Prävention mittels Screening und Impfungen, die Inzidenz von Neoplasien, die chronischen Krankheiten, die Verbreitung von Diabetes und nicht zuletzt die Rehabilitationstätigkeit.

### **1.3.1. Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten**

Die chronischen Krankheiten sind fast auf der gesamten Welt die häufigste Todesursache. Zu dieser umfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen usw. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Bekämpfung für die öffentliche Gesundheit eine Priorität darstellt.

Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; somit besteht ein klarer Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Im Jahr 2017 ist die Südtiroler Bevölkerung im Vergleich zum nationalen Durchschnitt eine relativ junge Bevölkerung (im Einklang mit der demografischen Entwicklung und einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung), mit einem Durchschnittsalter von 42,6 Jahren und einem Altersindex von 130,9 Jahren (d. h. auf 100 Jugendliche kommen 131 Senioren). Auf nationaler Ebene wird ein Altersindex von 165,3 geschätzt.

Im Jahr 2017 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 29,3 Prozent (mehr als jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten verzeichnet. 15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 6 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 4 Männer pro 100 eine Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 77 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen unter Berücksichtigung der territorialen Bevölkerungsstruktur ergibt für den ländlichen Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten eine Prävalenzschätzung der chronischen Kranken, die leicht oberhalb des städtischen Sprengels Bozen liegen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit Alzheimer und Demenz und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran sind die Hypothyreose und die venöse Vaskulopathie signifikant stärker verbreitet. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigeren Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Hypertonie und Psychose (Brixen) und Epilepsie (Bruneck) vor.

### 1.3.2. Diabetes

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt - auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,3 Prozent der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2017), wobei jedoch weitere 3 Prozent mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind.

Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

- Diabetes Typ 1 (8 Prozent der Fälle) ist eine vorwiegend in der Kindheit und Jugend vorkommende Form, die mit Insulin behandelt werden muss;
- Diabetes Typ 2 (über 90 Prozent der Fälle) bricht allgemein im Erwachsenenalter oder Greisenalter aus und kann oft durch Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika unter Kontrolle gehalten werden.

Im Jahr 2017 wurden in Südtirol 1.222 Patienten mit Diabetes Typ I und 20.604 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut, bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,2 Prozent (Typ I) und 4,0 Prozent (Typ II).

Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 12,3 Prozent zwischen 65 und 74 Jahre und 16,2 Prozent ab 75 Jahren. Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 41,7 Jahren (Typ I) vs. 70,9 Jahren (Typ II).

Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene nicht homogen. In den größeren Städten verzeichnen wir standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt, was auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitsystems seitens der dort ansässigen Diabetiker zurückzuführen ist. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Gröden, Gadertal, Ahrntal und Sarntal.

Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 auf Landesebene leiden auch an einer Herz-Kreislaufkrankheit und ein Drittel an Dislipämie.

76 Prozent der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersuchung und 72 Prozent mindestens eine Glykohämoglobin-Untersuchung durchführen (der gesamtstaatliche Vergleichswert, der in den Nationalen AMD-Leitlinien (AMD - Verband italienischer Diabetesärzte) für das Glykohämoglobin angeführt ist, beträgt 84 Prozent gegenüber einem angestrebten Zielwert von 100 Prozent).

Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2017 68,8 Prozent der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 52,2 Prozent einen Lipidsenker, 31,8 Prozent einen Aggregationshemmer und 17,0 Prozent führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer Medikamente: 84,2 Prozent der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 65,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner (ausgeschlossen die Aufenthalte in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes und in österreichischen Einrichtungen). Berücksichtigt man nur die Bevölkerung über 18 Jahren, steigt die Rate auf 75,3 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes mit langzeitigen Komplikationen (in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, das periphere Kreislaufsystem oder andere Komplikationen) beträgt 32 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahre.

### **1.3.3. Bösartige Tumore**

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumore beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2009-2013.

Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.623 neue Fälle unter den Männern (647,6 pro 100.000) und 1.324 unter den Frauen (513,8 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumore ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2017 1.693 neue Fälle unter den Männern und 1.374 neue Fälle unter den Frauen registriert worden.

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten, bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (19,1 Prozent der Fälle), Kolon-Rektum (14,4 Prozent), Blase (9,7 Prozent) und Lunge (9,2 Prozent).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,4 Prozent der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (12,6 Prozent), von dem Lungenkarzinom (5,9 Prozent), von den Melanomen (5,7 Prozent) und Gebärmutterkörperkarzinom (4,1 Prozent).

Im Zeitraum 2009-2013 verstarben pro Jahr durchschnittlich 664 Männer an Tumorerkrankungen (259,8 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 526 Frauen (200,4 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2017 können somit für Südtirol insgesamt 1.215 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 679 unter den Männern und 536 unter den Frauen.

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (21,2 Prozent der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (12,0 Prozent), das Prostatakarzinom (9,1 Prozent) und das Leberkarzinom (8,9 Prozent). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom (16,0 Prozent) für die meisten Todesfälle verantwortlich, gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (11,6 Prozent) und vom Lungenkarzinom (12,0 Prozent).

### **1.3.4. Onkologische Screenings**

Ziel des onkologischen Screenings ist es, die Krankheit in der präklinischen Phase der Allgemeinbevölkerung oder in ihrer Untergruppe zu identifizieren. Die Programme richten sich an eine asymptomatische Bevölkerung, die zu einem Test eingeladen wird.

Tumore, für die sich ein Screening-Programm hinsichtlich der Verringerung von Inzidenz und Mortalität als wirksam erwiesen haben, sind Brust- und Gebärmutterhalskrebs bei Frauen und Darmkrebs bei der Allgemeinbevölkerung.

Der für Gebärmutterhalskrebs empfohlene Screening-Test bestand bis 2018 nur aus dem Pap-Test, der alle drei Jahre für Frauen zwischen 23 und 65 Jahren durchgeführt werden sollte. Die Wirksamkeit dieses Screenings wurde sowohl durch die Verringerung der Mortalität in den Anwendungsgebieten als auch durch spezifische Studien nachgewiesen. Ab September 2018 wurde der HPV-Test als primärer Screening-Test mit einem Fünfjahreszeitraum aufgrund ministerieller Indikationen eingeführt. Wir befinden uns daher in einer Übergangsphase, die ältere Bevölkerung (55-65) wird zum HPV-Test und die verbleibende weibliche Bevölkerung zum Pap-Test eingeladen. Im Jahre 2018 nahmen 30,4% der eingeladenen Frauen am Screening teil (Pap-Test: 30,1%, HPV: 33,6%).

Der für Brustkrebs empfohlene Screening-Test sieht alle zwei Jahre eine Mammographie, für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, vor. Die Teilnahme an einem Screening-Programm kann die Wahrscheinlichkeit an Brustkrebs zu sterben um 35% senken. In Südtirol ist das Screening-Programm für diesen Tumor seit 2003 auf Landesebene aktiv und seit 2018 erhalten Frauen eine Einladung mit dem geplanten Termin für die Durchführung der Untersuchung. Im Jahr 2018 nahmen 63,9% der eingeladenen Frauen am Screening-Programm teil.

Das Darmkrebs-Screening sieht eine Stuhluntersuchung nach okkultem Blut vor. Bei positivem Befund ist eine Koloskopie vorgesehen. Es hat sich gezeigt, dass die Suche nach okkultem Blut bei Menschen, die keine anderen Risikofaktoren für Darmkrebs haben als das Alter, eine der wirksamsten Präventionsstrategien ist. In Südtirol ist das Screening-Programm für diesen Krebs seit 2012 auf Landesebene aktiv. Im Jahr 2018 nahmen 37,6% der eingeladenen Bevölkerung am Screening-Programm teil.

Die onkologischen Screening-Programme verfolgen das Ziel, die Krankheit in vorklinischer Phase oder deren Vorläufer in der allgemeinen Bevölkerung oder in einer Untergruppe zu ermitteln. Sie wenden sich an eine asymptomatische Bevölkerung, die aufgefordert wird, sich einem Test zu unterziehen. Die Tumoren, für welche die Wirksamkeit des Screening-Programms zur Verminderung der Inzidenz und Sterblichkeit erwiesen ist, sind das Mammakarzinom und Zervixkarzinom für die Frauen und das Kolon-Rektum-Karzinom für die Gesamtbevölkerung.

Das für das Zervixkarzinom empfohlene Screening ist der Pap test, den Frauen zwischen 25 und 64 Jahren alle drei Jahre durchführen sollten. Die Wirksamkeit des Screening-Programms ist sowohl durch die Reduzierung der Sterblichkeit in den Gebieten, in denen es durchgeführt wird, als auch durch spezifische Studien erwiesen. Von den im Jahr 2017 aufgeforderten Frauen nahmen 25,9 Prozent die Einladung am Screening-Programm wahr.

Das für das Mammakarzinom empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird, reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35 Prozent. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003. Von den im Jahr 2017 aufgeforderten Frauen nahmen 58,7 Prozent die Einladung am Screening-Programm wahr.

Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

- das frühzeitige Erkennen einer Zellveränderung;
- die Entfernung gutartiger Polypen, um die Entwicklung hin zu einem bösartigen Krebsgeschwür zu verhindern.

Ein Zeichen, welches auf einen Tumor oder einen Darmpolypen hinweist ist die Blutung des letzten Darmtraktes, wobei schließlich auch Blut im Stuhl zu finden ist. Die Untersuchung im Rahmen der Vorsorge spürt verstecktes Blut im Stuhl auch in geringen Mengen auf, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden. Sie ist für Personen, welche für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012. Im Jahr 2017 haben 42,3 Prozent am Screening-Programm teilgenommen

### **1.3.5. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenerkrankungen**

Der mit Beschluss Nr. 457 vom 18.4.2017 genehmigte Landesimpfkalender sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2016-2018 angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung, Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib) und Virushepatitis B Pflicht.

Auf Landesebene werden Impfungen gegen Pneumokokkeninfektionen, Meningokokken C und Impfungen gegen Papillomaviren, die für den Gebärmutterhalskrebs (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.

2017 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 83.177 Impfungen verabreicht; 48,8 Prozent waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen, 93,8 Prozent waren entweder gesetzlich oder empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2015 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95 Prozent; noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern.

Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SMT) und sieht die Miteinbeziehung des behandelnden Arztes (Krankenhaus- oder Basisarzt) vor, der die Infektionskrankheit diagnostiziert und sie bei den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Auf der Grundlage der Ätiopathogenese und epidemiologischen Relevanz der Krankheit ergreifen die Bediensteten die angemessensten Prophylaxemaßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.

Im Rahmen der Vorbeugung von Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Die zahlreichsten davon betrafen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch den Virus der Neuen Grippe A/H1N1, Salmonellose, Campylobacter, und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxe Tätigkeit wurde im Jahr 2017 bei insgesamt 1.421 Personen durchgeführt.

In Bezug auf die Tuberkuloseprophylaxe werden die erforderlichen Maßnahmen im gesamten Land vom Pneumologischen Dienst durchgeführt.

Im Laufe des Jahres wurden 1.588 Tuberkulin-Hautreaktionstests durchgeführt. Der Rückgang der Impfungen hängt im Wesentlichen mit der Änderung der nationalen Gesetzgebung (Gesetz 388/2000) und mit den Angaben in den kürzlich abgefassten Leitlinien einiger wissenschaftlicher Verbände zusammen, welche die Tuberkulose-Prophylaxe zusätzlich vermindern und sich nur auf einige Risikogruppen konzentrieren (Neugeborene oder stark infektionsrisikobehaftete Kinder sowie Bedienstete, die in Umgebungen mit hohem Expositionsrisiko arbeiten).

Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist jenen Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges Fieber, Malaria). Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die Prophylaxe auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2017 wurden im Landesgebiet 549 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 86,2 Prozent davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 13,8 Prozent öffentliche Plätze und Privatgebäude.

### 1.3.6. Lebensmittelsicherheit

Die EU Gesetzgebung (EG-Verordnungen Nr. 178/2002 und Verordnung 852/2004) überträgt den Lebensmittelunternehmen die Hauptverantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel. Die zuständigen Behörden (Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit und der Tierärztliche Dienst des Sanitätsbetriebes) sind hingegen aufgrund der Verordnung (EG) 882/2004 verpflichtet in den Lebensmittelbetrieben regelmäßig, auf Risikobasis und in angemessener Häufigkeit, Kontrollen über die Einhaltung der Vorschriften im Bereich der Hygiene und der Lebensmittelsicherheit durchzuführen. Diese Kontrollen werden auf allen Stufen der Lebensmittelgewinnung und Vermarktung, ausgehend von der Primärproduktion bis zu deren Verarbeitung, Verkauf oder Abgabe an den Endverbraucher durchgeführt. Die amtlichen Kontrollen betreffen sowohl Anlagen, Räumlichkeiten und Einrichtungen der Lebensmittelunternehmer, als auch die Lebensmittel selbst, einschließlich der Ausgangsstoffe, Zutaten und Zusatzstoffe. In Südtirol gibt es ca. 16.100 Lebensmittelbetriebe, wobei die gastgewerblichen Betriebe mit mehr als 8200 einen sehr hohen Anteil bilden. In ca. 935 Betrieben ist ausschließlich der tierärztliche Dienst für die Kontrollen zuständig (Fleischverarbeitung, Betriebe mit Tierschlachtung, Milchverarbeitung). In einer Vielzahl (oder Mehrzahl) von Betrieben liegt jedoch die Zuständigkeit bei den Diensten für Hygiene. Im Jahr 2018 kontrollierten die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit 1283 Betriebe, wobei insgesamt 1534 Inspektionen durchgeführt wurden, wobei auch 963 Lebensmittelproben für chemische oder mikrobiologische Laboruntersuchungen entnommen wurden. Im Laufe der Kontrollen wurden in 462 Betrieben Mängel in Bezug auf die Einhaltung der Vorschriften im Bereich der Hygiene und der Lebensmittelsicherheit festgestellt.

In den meisten Fällen handelte es sich um geringfügige Mängel, ohne unmittelbare Gefahr für die Gesundheit der Konsumenten, sodass von den Kontrollbehörden lediglich schriftliche Mahnungen und Vorschriften zur Anpassung an die Bestimmungen erlassen wurden. Bei den schwereren Verstößen wurden Verwaltungsstrafen und Strafanzeigen angewandt, sowie in einigen Fällen die zeitweilige Betriebsschließung verfügt.

#### Tätigkeit der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit

Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Mängel	Schriftliche Mahnungen	Verwaltungs-Strafen	Strafanzeigen	Zeitweilige Betriebsschließungen
1283	462	465	42	10	3

Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.

Dabei wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden. In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer

der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 1,1 Prozent für die chemisch-physischen Analysen und 3,3 Prozent für die mikrobiologischen Analysen.

Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen das Eisen (größtenteils aufgrund der geringen Mineralisierung unserer Bergwässer, was zur einer Korrosion der Leitungen führt, und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs) und manchmal den pH-Wert (zu sauer aufgrund von Wasser mit geringem Mineralgehalt oder zu alkalisch infolge der Neutralisierung solcher Wasserarten).

Überschreitungen in Bezug auf Nitrate, Schwermetalle, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, chlorierte Lösungsmittel und Schädlingsbekämpfungsmittel/Unkrautvertilgungsmittel wurden in den für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässern hingegen nicht verzeichnet.

Die mykologischen Inspektorate der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke stellen Genießbarkeitsbescheinigungen für Pilze aus und leisten mykologische Beratungstätigkeit für private Pilzsammler. Außerdem stellen sie Bescheinigungen für den Verkauf von Frischpilzen aus.

### **1.3.7 Physische und neurologische Rehabilitation**

Im Jahr 2017 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 3.158 Aufenthalte (2.990 ordentliche Aufenthalte und 151 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 158 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 73,2 Prozent der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 26,8 Prozent in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 19,1 Tage.

Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 5,3 Prozent an allen Aufenthalten dar. 70,7 Prozent der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ zugewiesen, mehr als 24 Prozent der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“.

Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 83,3 Prozent auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. 88,9 Prozent der Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 10,2 Prozent als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,9 Prozent als Bewertungsaufenthalte. 70,5 Prozent der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 25,4 Prozent jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 4,0 Prozent die anderen Schädigungen.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 158 (134 ordentliche Aufenthalte und 24 Tagesklinik-Aufenthalte), 51 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 4 das Krankenhaus Brixen, 24 das Krankenhaus Bruneck, 60 das Krankenhaus Sterzing und 19 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 57,5 Tagen. Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (37,0 Punkte) und bei der Entlassung (66,2 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation.

Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 29,2, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,6 Punkte. Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten 220, 12 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte (am 07.06.2018 aktualisiert). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 19,4 Tage. Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex 28) beliefen sich auf 18 (am 07.06.2018 aktualisiert). Im Jahr 2017 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in postakuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 50.

## 2. Prozess und Methode der Zieldefinition

Die wichtigsten Themen des Vorschlages zu den Richtlinien der Landesregierung für das Jahr 2019 nach der Methode der "Balanced Scorecard".

Das am 5. Dezember 2018 zwischen dem Gesundheitsdepartement und der Direktion des Sanitätsbetriebes erörterte Dokument wurde durch Beschluss der Landesregierung Nr. 376 vom 14.05.2019 genehmigt.

Als Fortführung des Beteiligungsprozesses und der Führung des Wandels im Sanitätsbetrieb, sind ab Mitte September 2018 die verschiedenen Ansprechpartner und betrieblichen Verantwortlichen in die Ausarbeitung der strategischen Bereiche und der Ziele für den Dreijahreszeitraum 2019 – 2021 einbezogen worden.

Die Aufstellung aller Vorschläge ist am 17. Dezember 2018 im Führungsgremium besprochen und angenommen worden.

Darüber hinaus nimmt das Planungsdokument offensichtlich auch Bezug auf die einzelnen verfügbaren Bereichspläne, wie beispielsweise den Landesplan für die Prävention, die Weiterbildung, die Informatik, die Korruptionsbekämpfung und die Transparenz.

## 3. Struktur

Zum Zweck der Abstimmung der verschiedenen Planungs- und Programmierungsdokumente der Abteilung für Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebes, ist gegenständlicher Performanceplan 2019-2021 nach den Vorgaben der von der Landesregierung verabschiedeten Balanced Scorecard (BSC) 2019 strukturiert.

Es wurde eine Abstimmung durchgeführt und in großen Teilen ist es gelungen, die Zielvorgaben den vorgegebenen Makrobereichen zuzuordnen, wenngleich eine künftige Ausdehnung/Überarbeitung der Beschreibung der Makrobereiche vorgeschlagen wird.

Die vorgesehenen Makrobereiche lauten wie folgt:

- A) Weiterentwicklung der Governance durch die Verbesserung der Planung und Kontrolle
- B) Entwicklung der Informationssysteme und der Unterstützung durch die Informatik
- C) Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen
- D) Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)
- E) Entwicklungsziele und Betriebsqualifizierung

## 4. Ziele

### 4. A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb beabsichtigt die eigene Organisation und die Leistungserbringung durch die Verantwortung und Beteiligung möglichst vieler Mitarbeiter, welche die Dienstleistungen am Patienten/Bürger erbringen zu verbessern.

Dieser ist auf die stetige Verbesserung der Qualität der eigenen Dienste und die Erreichung-Beibehaltung der hohen Betreuungsstandards ausgerichtet und regt die Schaffung einer die berufliche Exzellenz fördernden Umgebung an.

Das Ganze ist sowohl auf die Definition, der Beibehaltung und der Überprüfung der klinischen Qualität, wie auch auf die Mechanismen der Verantwortungsübertragung, Verwaltung und Leitung der Betreuungsprozesse bezogen.

#### **Betriebsordnung und Organigramm für den Südtiroler Sanitätsbetrieb**

Die Betriebsordnung beschreibt die Organisation und die Funktionsweise (Funktionsorganigramm) des Südtiroler Sanitätsbetriebes; es definiert das strategische Umfeld des Unternehmens, sein Funktionsmodell und die Aspekte der Betriebsführung. Wie im Landesgesundheitsplan 2016-2020 und in den Richtlinien zur Verfassung der Betriebsordnung vorgesehen, sind die

- Erarbeitung der Betriebsordnung für den klinischen Bereich
- Umsetzung der neuen Betriebsordnung und Organigramm für den Verwaltungsbereich.

#### **Bericht 2019**

1) Der Dreijahresplan für die Umsetzung 2019-2021 wurde erstellt und sieht die schrittweise Umsetzung mit der technischen Abteilung vor. Die an den Reorganisationsvorschlägen beteiligten Direktoren wurden bereits kontaktiert und getroffen, die Betriebsdirektion hat eine formelle Genehmigung durch Beschluss nicht als notwendig erachtet, jedoch mitgeteilt.

2) Die neuen Verantwortungs-/Kostenstellen wurden - bei den wenigen Änderungen, die sich aus der Umsetzung der neuen Betriebsordnung bereits ergeben haben - umgesetzt

3) Es liegt ein Vorschlag zur Organisation der Erarbeitung der Betriebsordnung des klinischen Fachbereiches vor, die Klinischen Fachgruppen sind definiert, deren ärztliche und pflegerische Verantwortliche sind bekannt, es haben zwei Treffen stattgefunden, in denen die Zielsetzung und Erfordernisse im Hinblick auf die Erarbeitung der Betriebsordnung im klinischen Bereich, geklärt worden sind. Die Erarbeitungsschritte für 2020 sind geplant.

#### **Präventionsplan**

Aktualisierung des Landespräventionsplanes 2016 - 2018; Ausdehnung auf das Jahr 2019 und Ausarbeitung des Landespräventionsplanes 2020 - 2025

#### **Bericht 2019**

Dieses Ziel wurde verschoben.

#### **Zentrale Zielsetzung des Betriebes: Erarbeitung und Inbetriebnahme der Prozeduren, die vom Zertifizierungspfad der Bilanz (PAC) - der durch das Land genehmigt wurde - vorgesehen sind**

Das Projekt zur Zertifizierbarkeit der Bilanzen begann im Mai 2017 mit Unterstützung des Unternehmens, welches bei der Ausschreibung für die Begleitung, Beratung und Schulung während der Durchführung als Gewinner hervorging. Mit Beschluss der L.R. Nr. 213 vom 23.2.2016 wurde der Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit ("PAC") genehmigt, welcher mit Beschluss der L.R. Nr. 914 vom 11.9.2018 aktualisiert wurde.

#### **Bericht 2019**

Die Erarbeitung und Inbetriebnahme der Prozeduren, die für das Jahr 2019 vom Zertifizierungspfad der Bilanz (PAC) - der durch das Land genehmigt wurde - vorgesehen waren, hat stattgefunden.

#### **Verarbeitung der personenbezogenen Daten**

Nach einer ersten Abbildung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten auf Betriebsebene und der Erstellung einer ersten Aufzeichnung der Verarbeitungen auf Excel-Ebene soll das Datenverarbeitungsregister vervollständigt und mittels einer eigenen SW digitalisiert werden. Der Sanitätsbetrieb ist in vier Bezirke unterteilt, von denen jeder eine eigene Intranetseite und eigene Datenschutzformulare hat. Durch die Annahme verschiedener Beschlüsse (Nr. 244/2016; 334/2016; 46/2018; 229/2018) und die Schaffung einer betriebsweiten Intranetseite wurde ein Vereinigungsprozess

eingeleitet. Ziel ist die Vereinheitlichung der Formulare und Prozesse hinsichtlich der Berechtigung zur Verarbeitung personenbezogener Daten.

#### **Bericht 2019**

Die zweckdienliche Software konnte ausfindig gemacht werden und nach Abschluss des Wartungsvertrages mit einer externen Firma kann das Projekt weitergeführt werden.

Der Datenschutzkontrollstand hat die Formulare für die Genehmigungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 29 der GDPR standardisiert.

#### **Vereinheitlichung von Materialeinkäufen für Laboratorien und medizinische Geräte auf Betriebsebene**

Bisher beziehen sich die Einkäufe auf Betriebsebene auf bestimmte Kategorien von teuren medizinischen Geräten. Die Beschaffungsverfahren für viele sanitäre Verbrauchsgüter sind jedoch auf Bezirksebene verwaltet und in unterschiedlicher Qualität und daher oft auch mit unterschiedlichen Preisen eingekauft. Der Entscheidungsprozess für den Kauf von Medizinprodukten ist nicht geregelt, und die Zuständigkeit für den Einkauf ist zwischen der Einkaufsabteilung und dem pharmazeutischen Dienst aufgeteilt. Ziel des Projekts ist die fortschreitende Vereinheitlichung von Medizinprodukten auf Betriebsebene und die Definition eines Handbuchs für Medizinprodukte, das sowohl als Grundlage für die Einkaufsplanung als auch als Basis für Benutzer dienen soll.

#### **Bericht 2019**

Die Medizinproduktekommission ist seit dem 12.10.2018 aktiv und arbeitet aufgrund des mittels Beschluss (2018-A-86 del 27.02.2018) definierten Reglements. In der ersten Sitzung ist die Vorgangsweise für die Einführung neuer Medizinprodukte definiert worden, die den Primären mitgeteilt worden und seit 1.1.2020 in Verwendung ist. Medizinproduktverzeichnisse für folgende CND Untergruppen sind definiert worden CND A: Medizinprodukte für Verabreichung, Abnahme und Drainage; CND Y06 (Orthesen), CND T04 Inkontinenzmaterialien), CND C01 (Produkte für das artero-venöse System), CND C04 (ECG-Elektroden); CND U (Urologische Material zur trasversalen Anwendung), CND K1 (Trocare); CND J (PACE MAKER e implantierbare Defibrillatoren). Für all diese Produktgruppen sind die Produktverzeichnisse und die entsprechenden Leistungsverzeichnisse in Zusammenarbeit mit Anwendern auf Betriebsebene erarbeitet worden und zum großen Teil sind bereits die Ausschreibungen im Gange, wenn nicht schon abgeschlossen.

#### **Neue Informationsflüsse**

- **Umsetzung der neuen wirtschaftlichen ministeriellen Datenflüsse (CE, LA, SP, CP)**

Das Dekret des Gesundheitsministers vom 16. Februar 2001 (geändert in den Jahren 2004 und 2007), welches die Modelle für die Erhebung der wirtschaftlichen Tätigkeiten der Sanitätsbetriebe festlegt, steht kurz vor der Aktualisierung. Ziel des Sanitätsbetriebes ist es, seine Informations-, Verwaltungs- und Organisationssysteme an die korrekte Erhebung der Ministerialmodelle anzupassen.

#### **Bericht 2019**

Die für die Erstellung der neuen ministeriellen Datenflüsse (CE, SP und LA) notwendigen Kontenplanänderungen sind in Abstimmung mit dem Land erfolgt und in das Buchhaltungsprogramm eingefügt worden. Das neue CE-Modell ist bereits für den Voranschlag 2019 und für alle Trimestralabschlüsse 2019 erstellt worden. Die Voraussetzungen für die Erstellung des neuen SP-Modells (nur für Abschlussbilanz 2019 zu erstellen) sind geschaffen worden.

LA: die neuen ministeriellen Vorgaben wurden analysiert und eine Vorgehensweise zur Datenermittlung festgelegt. Das LA-Modell 2019 wird dann im April/Mai 2020 mit dieser Vorgehensweise erstellt.

CP: die Neuerungen zu diesem Modell müssen in 2020 noch nicht umgesetzt werden (siehe Ministerialdekret 0013132 vom 03.05.2019). Für die Daten 2019 ist eine sog. „Probephase“ vorgesehen. Trotzdem hat der Betrieb sich die voraussichtlichen neuen Bestimmungen angeschaut und analysiert. Bevor eine strukturierte Vorgangsweise erstellt wird, gilt es abzuwarten, ob sich bei den Vorgaben noch was ändert.

- **Korrekte und vollständige Ausfüllung der F-Datei (Direkte Verabreichung von Arzneimitteln)**

Einer der relevantesten Informationsflüsse für die Rückvergütung der interregionalen und internationalen Gesundheitsmobilität ist die F-Datei, worin die Daten der in verschiedenen Betreuungsformen verabreichten Arzneimittel enthalten sind sowie deren Kosten. Der Betrieb hat die Aufgabe, diese Medikamente vollständig für alle außerhalb Südtirols ansässigen Patienten zu erheben, wie vom Einheitstext für die überregionale Verrechnung der sanitären Mobilität 2017 ("Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria 2017") vorgesehen (genehmigt am 18.10.2018 mit Abkommen zwischen Staat, Regionen und Autonomen

Provinzen). Der Betrieb schafft gleichzeitig die organisatorischen und informatischen Voraussetzungen für eine vollständige Verfolgbarkeit derselben, welche innerhalb Jänner 2020 beginnen muss.

#### **Bericht 2019**

Auch im Jahr 2019 hat jeder der am Ziel beteiligten, in Anbetracht der vorhandenen Instrumente, sein Möglichstes getan.

- **Teilnahme am italienischen Gesundheitsnetzwerk (N.I.San) zur Ausarbeitung der Standardkosten**  
**Bericht 2019**

Im Laufe des Jahres 2019 wurden die Daten für die Berechnung der Standardkosten 2018 der Aufenthalte im Krankenhaus (CLINICAL COSTING) erhoben. Außerdem wurden auch die Daten zur Erhebung der Standardkosten für ambulante Leistungen (HEALTH CARE PERFORMANCE COSTING – HPC) der Labor- und Röntgendienste, des Dienstes der Anatomie, der Abteilungen Gynäkologie/Geburtshilfe, der Abteilungen Kardiologie, der Abteilungen HNO und der Dienste für Zahnheilkunde, erhoben.

#### **Eindämmung der Kosten**

Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, die Kosten einzudämmen und zwar mit einer Förderung einer angemessenen und effizienten Einsatz der Ressourcen, insbesondere in Bezug auf die Personalkosten (im Einklang mit der Gewährleistung der WBS), die Kosten für Güter und Dienstleistungen unter besonderer Berücksichtigung von Arzneimitteln und Geräten, die Gemeinkosten.

Gemäß den Bestimmungen des DPMR vom 12.01.2017 müssen die im Anhang 5, Listen 2A und 2B angeführten Prothesen, im Rahmen einer Ausschreibung mit dem Ziel der Rationalisierung der öffentlichen Ausgabe, erworben werden.

#### **Bericht 2019**

Der Sanitätsbetrieb ist seit jeher bemüht die vorhandenen Ressourcen effizient und wirksam einzusetzen. 2019 wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 542 vom 20.08.2019 der Ausschusses zur Überprüfung der Ausgaben des Südtiroler Sanitätsbetriebes gegründet, mit folgenden Aufgaben:

- die Einnahmen und Ausgaben des Betriebes einer kritischen Analyse zu unterziehen
- Anregungen zu geben und Lösungsansätze für die Optimierung des Ressourceneinsatzes zu vermitteln;
- Analysen hinsichtlich der Wirksamkeit, Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit des Handelns der Betriebsführung zu erstellen
- für die zuständigen Entscheidungsträger Berichte und Vorschläge zum effizienten und effektiven Ressourceneinsatz, auch unter Berücksichtigung erforderlicher Anpassungen von notwendigen organisatorischen Anordnungen zu erarbeiten
- Szenarien über mögliche Auswirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen auf die verschiedenen Betriebsbereiche zu erstellen den Verlauf der Ausgaben im Bereich der Ankäufe und der Arbeiten, hauptsächlich jener Kategorien mit höheren Kosten und mit erheblicher Zunahme, dreimonatlich zu überwachen
- die Angemessenheit der angeforderten neuen Güter, Dienstleistungen und/oder Arbeiten hinsichtlich deren tatsächlichen Bedarfs und der Produktivität der anfordernden Abteilungen/Diensten und Ämtern zu überprüfen
- weitere Aufgaben zu übernehmen, mit denen er in Absprache mit der Betriebsdirektion betraut werden kann.

Die Ausschreibung der Prothesen gemäß den Bestimmungen des DPMR vom 12.01.2017, Anhang 5, Listen 2A und 2B konnte hingegen nicht stattfinden.

## **4. B) Entwicklung der Informationssysteme und der Unterstützung durch die Informatik**

Um den Herausforderungen, welche uns erwarten, angemessen begegnen zu können, ist es notwendig, innovative Wege zu beschreiten. Hier kommt die Informationstechnologie ins Spiel, welche eine Vielzahl von Möglichkeiten anbietet, auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung: vom Abholen des Befunds, über die Vormerkungen bis zu einer integrierten digitalen Patientenakte, welche den Bürger/die Bürgerin von der Geburt bis zum Ableben begleitet.

#### **Ausarbeitung und Umsetzung des "IT-Masterplan 2019-2021** **Bericht 2019**

Ein dreijähriger IT Masterplan 2020-2022 ist ausgearbeitet und der Generaldirektion vorgestellt worden.

**Als konkrete Projekte sind unter anderen folgende vorgesehen:**

- Implementierung eines Impfregisters gemäß dem Abkommen zwischen den Staaten und den Regionen 154 vom 6.9.2018  
**Bericht 2019**  
System, Database, und Applikation wurden installiert. Alle Arbeiten für die Dekodifizierung der in Goffice (derzeitiges Impfprogramm) enthaltenen Daten wurden verfolgt, um diese in das neue Programm (Siavr) zu übertragen; es traten verschiedene technisch-informatische Problem auf, welche die Datenübertragung bis heute verhinderten: geringe Datenqualität, wobei für jede Person in Goffice der entsprechende Record in BDPA ausfindig gemacht werden muss; verschiedenen Kodifizierungen, welche in Goffice verwendet wurden und mit jenen von Siavr zusammengeführt werden müssen; der Datenexport wurde mehrfach gemacht, ist aber noch nicht definitiv abgeschlossen, da er jedesmal unvollständig war. - In Bezug auf den Datenfluss zum DHW der Landesverwaltung wurden die Daten im März und Juni 2019 erfolgreich vom Gemeindenverband aus Goffice exportiert und dem Assessorat geschickt, damit dieses die Daten an das Ministerium schicken kann.
- Aktivierung des Bürgerinformationssystems  
**Bericht 2019**  
Dieses Ziel wurde verschoben.
- Anpassung des Laborannahmesystems für die dematerialisierte Verschreibung innerhalb 30.06.2019  
**Bericht 2019**  
Die Verwaltung der dematerialisierten Beschreibung wurde am 22.05.19 in Betrieb genommen.  
30. Juni 2019 Abschluss des Projektes mit der Bereitstellung der gesamten dematerialisierten Anforderungsschnittstelle für die Sanitätsbezirke Brixen und Bruneck.
- Dematerialisiertes Rezept für Medizinprodukte und Diätprodukte  
**Bericht 2019**  
Aufgrund von den in den Sitzungen der Arbeitsgruppe des Landes unter Führung von Ing. Johannes Ortler getroffenen Entscheidungen dieses Projekt federführend zu übernehmen und umzusetzen und aufgrund der Tatsache, dass der Direktor der Abteilung Informatik des Sanitätsbetriebes, der dieses Projekt maßgeblich mitgestalten muss, im Sommer 2019 seinen Dienst angetreten hat und sich erst in die Materie/Projekt neu einarbeiten und ein Konzept erarbeiten musste, hat der Sanitätsbetrieb in Erwartung der Klärung der Rahmenbedingungen zwischen Landesverwaltung und dem Sanitätsbetrieb die entsprechende Arbeitsgruppe neu zusammen gestellt, damit die Projektleitung vom Generaldirektor neu beauftragt werden konnte. Die offizielle Ernennung ist dann zu Jahresbeginn 2020 erfolgt.
- Einführung einer neuen Schadensversicherungssoftware, Ersatz von Software für zivilrechtliche Behinderungen, gezielte Platzierung und Führerscheine  
**Bericht 2019**  
Die Detailanalyse wurde durchgeführt, ein Konzept liegt vor, die verschiedenen Softwaretypen wurden innerhalb 31.12. implementiert und der Dienst arbeitet damit (die Software für Nekroskopien wird in Zukunft vom Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit betriebsweit genutzt werden - Shifting der Kompetenzen).
- Implementierung und Konsolidierung der Nutzung der nationalen Informationssysteme und -instrumente durch den Dienst für Arbeitsmedizin und das Arbeitsinspektorates  
**Bericht 2019**  
Alle Daten wurden vollständig an den "Coordinamento tecnico interregionale Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro" und an das Gesundheitsministerium - Generaldirektion der Sanitären Prävention gesendet.
- Aktivierung SIAD-Datenfluss  
**Bericht 2019**  
Die Software AsTer, mit der die Daten für den SIAD-Datenfluss erhoben werden, wurde in allen 20 Gesundheitssprengeln ausgerollt (Juni – Dezember 2019) und wird jetzt von 350 Krankenpflegern benutzt. Die Software Mliq, die die administrativen Daten zu der integrierte Hausbetreuung verwaltet (Autorisierungen der Hausärzte, Diagnosen, durchgeführte Hauszugänge der Hausärzte usw.), wurde den neuen Erfordernissen des SIAD-Datenflusses angepasst. Es wurde eine Schnittstelle zwischen AsTer und Mliq programmiert.

Es wurde eine Arbeitsgruppe zwischen Sanitätsbetrieb – Assessorat und SIAG eingerichtet. Die Arbeitsgruppe hat folgende Aktivitäten durchgeführt:

- Ein technisches Dokument hergestellt, welches die Datenübermittlung des SIAD-Datenflusses und anderer Daten im Detail definiert
- Eine Datenaustauschtabelle, für die Daten, welche für das Datawarehouse und für den Datenfluss gebraucht werden, bereitgestellt
- Übereinkommen über die Aktivierung des Datenflusses:
- Offiziell startet der SIAD-Datenfluss mit 01.01.2020
- Der erste Datenfluss Richtung Gesundheitsministerium, wird im April 2020 erfolgen (Rückwirkend für alle Daten von 2020)
- Schon ab Ende 2019, sind die Daten zum Fluss dem Assessorat und SIAG über die Tabellen, zu Verfügung gestellt worden
- Die Arbeitsgruppe wird 2020 weiterarbeiten, um die Datenqualität zu verbessern.

## 4. C) Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen

Im Rahmen der Reorganisation ist vor allem die stufenweise Implementierung des Landesgesundheitsplanes 2016 - 2020 im klinischen und Betreuungsbereich vorgesehen.

### Chronische Krankheiten und Stärkung der territorialen Betreuung

- Palliativmedizin: Alle Bürger haben das Recht auf Palliativmedizin für alle unheilbaren chronischen Krankheiten, basierend auf körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen. Es ist daher notwendig, über Fachkräfte mit den erforderlichen Kompetenzen und Anforderungen zu verfügen, die innerhalb des Netzwerks arbeiten. Neben der Unterstützung der Patienten ist es Aufgabe der Mitglieder des Netzwerks, nicht nur Personal zu schulen, welches innerhalb des Netzwerkes arbeiten, sondern auch alle Operateure, die den Patienten einen grundlegenden Palliativansatz garantieren müssen.

#### **Bericht 2019**

Im Gesundheitsbezirk Bozen, Meran und Brixen sind Ärzte und Krankenpfleger für die Palliativversorgung tätig, Daten der Aktivitäten wurden gesammelt und dem Behandlungsteam wurden die nötigen Räumlichkeiten und Hilfsmittel bereit gestellt. Im Gesundheitsbezirk Bruneck wird ein Arzt mit Ausbildung in Palliativmedizin den Dienst anfangs Jänner 2020 aufnehmen unter Berücksichtigung der vorgesehenen Kriterien.

- Netzwerk für die pädiatrische Palliative Care

#### **Bericht 2019**

Im Jahr 2019 wurde eine Prozedur ausgearbeitete welche die palliative Betreuung von Feten und/oder Neugeborenen beschreibt, welche an einer unheilbaren Erkrankung mit hoher Komplexität, infauster Prognose, life limiting oder life threatening erkrankt sind und damit die Einschlusskriterien einer palliativen Betreuung erfüllen.

Falls Eltern sich für einer palliative Betreuung entscheiden, würden sie eine adäquate Unterstützung von Seiten eines Kinder-Palliativ-Care-Teams erhalten, welches sich ganzheitlich und in enger Zusammenarbeit mit allen involvierten Fachkräften um die Familie kümmern würde. Die gewählte palliative Betreuung kann jederzeit von Seiten der Familie widerrufen werden.

Die palliative Betreuung beginnt mit einer multidisziplinären Beurteilung der Bedürfnisse des Fötus/Neugeborenen und dessen Familie während der Schwangerschaft, der Geburt, der postpartalen Phase sowie des Ablebens des Kindes; sie sieht außerdem eine Trauerbegleitung der Familie vor.

Um den verschiedenen Bedürfnissen Rechnung zu tragen können, werden Hilfsmittel, Strategien und Organisationsmodelle festgelegt, welche das Ziel haben, die bestmögliche Lebensqualität des Kindes und seiner Familie bei Vorliegen einer sehr schweren oder unheilbaren Erkrankung zu garantieren.

Das Betreuungsangebot muss der Situation angemessen, kompetent, kontinuierlich und homogen sein sowie vom gesamten multidisziplinären Team getragen werden.

Die Prozedur der perinatalen Palliativbetreuung wurde dem ärztlichen und pflegerischen Personal der Abteilungen Pädiatrie, Neonatologie und Geburtshilfe-Gynäkologie der Krankenhäuser sowie der territorialen Dienste der Gesundheitsbezirke

Bozen: am 18.7.19

Meran: am 22.10.19

Schlanders: am 27.08.19

Brixen: am 09.09.19

Bruneck: am 24.10.19

vorgestellt.

Am 12.12.19 erfolgte ein abschließendes Treffen in Bozen, in welchem die erhaltenen feedbacks von Seiten der Kollegen der anderen Krankenhäuser und territorialen Diensten vorgestellt wurden.

- Verbesserung des Versorgungsnetzes für Menschen mit kognitiven Einschränkungen  
**Bericht 2019**  
Dieses Ziel wurde verschoben.
- Peritonealdialyse  
**Bericht 2019**
  - 18 Patienten werden peritoneal dialysiert
  - 2 Patienten haben einen Peritonealkatheter platziert und stehen kurz vor dem Beginn einer Ersatztherapie für die Nierenfunktion
  - In Prä-Dialysekliniken ist es eine konsolidierte Praxis, die Peritonealdialyse als Ersatzbehandlung für die Nierenfunktion zu betrachten, die unseren Patienten angeboten wird.
- Besserer Zugang zur multidisziplinären Versorgung von immobilen und geriatrischen Patienten. Erprobung des multidisziplinären Ansatzes (Krankenhaus /Territorium) bei der Behandlung des Herzinsuffizienzsyndroms in der geriatrischen Bevölkerung; Eine effektivere Behandlung wird erwartet.  
**Bericht 2019**  
Gemäß des Landesbeschlusses wurde die Steuerungsgruppe für die Umsetzung des Masterplans ernannt. Die Treffen zur Definition des Umsetzungsplanes sind erfolgt. Es bestehen Schwierigkeiten in der Ausarbeitung der Maßnahmen mit dem Sozialbereich. Der Betreuungspfad für die Patienten mit Diabetes Typ 2 ist ausgearbeitet und mit den ÄAM abgeglichen worden, die Stratifizierung der betroffenen Patienten ist erfolgt (P1, P2, P3, P4). Die Indikatoren zum Monitoring der Betreuungspfad sind definiert. Der Betreuungspfad für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ist in Ausarbeitung.
- Definition der Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Erkrankungen (ASD) im Erwachsenenalter.  
**Bericht 2019**
  1. Die Ausbildung wurde in Form eines Ausbildungscurriculums mit 5 Blöcken, verschiedenen Dozenten aus dem In- und Ausland und unter Beteiligung der Mitarbeiter des Psychiatrischen und Psychologischen Dienstes sowie der Sozialdienste durchgeführt
  2. Es wurde ein Konzept erarbeitet zwischen Psychiatrischem Dienst, Psychologischem Dienst, Sozialdiensten der Bezirksgemeinschaft und dem privaten Träger „Autòs“. Die inhaltlichen Schritte bestehen aus: a) Monatliche Treffen der Netzwerkpartner b) Erfassung der bereits betreuten Erwachsenen mit ASD, c) Erfassung und Planung potentieller Neuzugänge bzw Programmierung der Übergänge von der KJP; d) Entwicklung von Betreuungs- und Behandlungspfaden im Erwachsenenbereich e) Koordination der interinstitutionellen ZusammenarbeitAnmerkung: Für die Weiterentwicklung und Formalisierung des Konzeptes ist es notwendig, dass der Beschluss Nr. 638 vom 23.07.2019, „Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in Südtirol“ von der Sanitätsdirektion übernommen und umgesetzt wird und die entsprechenden organisatorischen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
- Umsetzung familienzentrierter Pflege in den Gesundheitssprengeln.  
**Bericht 2019**  
80% der Krankenpfleger/innen und eventuell Hebammen des Gesundheitssprengels Mittelvinschgau haben an der Schulung "Familienzentrierte Pflege" teilgenommen. Anstelle des Sprengels Meran ist im Herbst 2019 der Gesundheitssprengel Passeier gestartet. Die ersten drei Schulungstage sind abgeschlossen. 80% der Krankenpfleger/innen haben an der Schulung "Familienzentrierte Pflege" teilgenommen. Ebenso im Sprengel Klausen sind die ersten drei Schulungstage sind abgeschlossen. 80% der Krankenpfleger/innen haben an der Schulung "Familienzentrierte Pflege" teilgenommen.
- Projektplanung für die ICF-Einführung im ambulanten Bereich.  
**Bericht 2019**  
Die Projektplanung mit Umsetzungsplan für den ambulanten Bereich mit Domizilorientierter Reha und Shared Care liegt vor und ist am 19.04.2019 in der Betriebsdirektion genehmigt worden. Im Herbst 2019 fand das Treffen der Steuerungsgruppe für die Umsetzung von ICF im ambulanten Bereich statt. Die Schulungen für den ambulanten Bereich sind im Jänner und Februr geplant, um dann im April die Implementierung zu starten.

### **Anlaufstelle für Pflege und Betreuung**

Um die Komplexität der sozialen und sanitären Bedürfnisse zu bewerten bedient sich die Anlaufstelle für Pflege und Betreuung validierter Instrumente (SVaMA). So können die unterschiedlichen Dimensionen der physischen, der psychischen und funktionalen Gesundheit, sowie die sozialen Bedürfnisse bewertet werden, um danach einen individuellen Betreuungsplan zu erstellen. Die Ressourcen werden in diese Planung miteinbezogen, so können Fragmentierungen der vorhandenen Ressourcen und der Zielsetzung verhindert werden.

#### **Bericht 2019**

Die Pilotierung der Anlaufstelle (SUAC) L. Cadonna ist mit 30.09.19 abgeschlossen. Aufgrund der Erfahrungen in der Pilotierung mit den involvierten Abteilungen Geriatrie und Medizin wurden Anpassungen durchgeführt. Innerhalb Ende 2020 werden alle Entlassungen der Krankenhausabteilungen für die Bürger der Stadt Bozen an die Anlaufstelle gemeldet und an den jeweiligen Gesundheitssprengel weitergeleitet.

### **Verbesserung der landesweiten Flüchtlingsbetreuung psychisch kranker.**

Der wachsende Flüchtlingsstrom der letzten Monate, hat die Anzahl und die Komplexität der Patienten in den verschiedenen Fachambulanzen in den 4 Gesundheitsbezirken enorm verändert. In allen GB zählen wir einen deutlichen Zuwachs von Asylbewerbern. Es bestehen sprachliche und kulturelle Barrieren.

#### **Bericht 2019**

Die Fortbildungen wurden mit dem psychologischen Dienst und mit Forum Prävention in allen 4 GB organisiert. Im GB Bozen fand eine Fortbildung für soziale Mitarbeiter am 07.05. 19 und am 08.10.19 statt. Im GB Brixen wurde ein Kurs am 22.05.19 und am 30.10.2019 organisiert. Ein weiterer Kurs wurde in Bozen, sowie einer in Meran organisiert, musste aber wegen zu wenig Teilnehmer/Innen abgesagt werden.

### **Netzwerk der Dienste**

Um einen multiprofessionellen Ansatz und die Kontinuität der Unterstützung zu gewährleisten, beabsichtigen wir, die Netzwerke von Krankenhaus- und Diensten auf dem Territorium sowie von Sozial- und Gesundheitsdiensten zu intensivieren.

In diesem Zusammenhang sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Reorganisation des betriebsweiten Dienst für Zahnheilkunde  
**Bericht 2019**  
Projekt einer gesamten Neuorganisation des Dienstes vorhanden und Ausarbeitung neuer Zugangs- und Betreuungskriterien
- Reorganisation der OP-Abteilungen  
**Bericht 2019**  
Die Ausschreibung für die Begleitung und Beratung in der Reorganisation der OP- Bereiche ist erfolgt. Der Zuschlag ist erteilt.
- Betriebsweiter Dienst für Rheumatologie an drei Standorten  
**Bericht 2019**  
Die Rheumaschule wurde durchgeführt (8 Schulungen in Bruneck, 6 in Bozen, 2 in Schlanders); Die Pflegeausbildung zusammen mit dem AZW und der Medizinischen Universität Innsbruck wurde erfolgreich im Juni 2019 abgeschlossen - siehe dazu auch Artikel in der Zeitschrift ONE; Es wurden monatliche Besprechungen mit dem gesamten Dienst für Rheumatologie in Bozen abgehalten; die aktiven Spezialambulanzen sind die Vaskulitis Ambulanz (Dejaco) und Ambulanz für Kinderrheumatologie (Raffeiner); es wurden Schulungen für Hausärzte in jedem Gesundheitsbezirk abgehalten (5 insgesamt: 1 Bruneck, 1 Brixen, 1 Bozen, 1 Meran, 1 Schlanders); die Rheumatologie beteiligt sich an der CHRIS Studie und an der Bruneck Studie. Im Jahr 2019 konnte die Rheumatologie 13 wissenschaftliche Publikationen verzeichnen (11 Dejaco, 2 Raffeiner)
- Vernetzung von Diensten im Suchtbereich  
**Bericht 2019**  
a) Im Jahre 2019 fanden zwei Klausurtagungen, jeweils am 14.05.2019 und am 13.11.2019 in Bad Bachgart (Brixen) statt. Es ist die Dokumentation beider Tagungen vorhanden.  
b) Für 96% der stationär aufgenommenen Patienten, welche das Programm in 8 Wochen abgeschlossen haben, wurde eine „koordinierte Entlassung“ vorgenommen.

Die beteiligten Mitarbeiter besitzen mehr klinische Informationen in Bezug auf den Patient bevor dieser auf territorialer Ebene aufgenommen wird und garantieren somit eine Kontinuität in der Betreuung, mit der Einführung einer Liste und programmierter Telefonkontakten und persönlicher Kontakten mit den beteiligten Diensten/Therapeuten.

- Zusammenarbeit zwischen dem Abhängigkeitsdienst, dem Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem psychologischen Dienst

#### **Bericht 2019**

Im Sanitätsbezirk Meran fanden 2 Begegnungen zwischen den jeweiligen Abteilungen/Diensten statt. Am 26.03.2019: es wird die Situation überprüft und einige Leitlinien in Bezug auf einen gemeinsamen Einsatz überlegt. Endziel: die bestmögliche Betreuung für den Benutzer zu erzielen. Am 10.09.2019: es wird der Einsatzmodus zwischen den Diensten vertieft, insbesondere in Bezug auf das im Dienst für Abhängigkeitserkrankungen des Sanitätsbetriebes Meran tätige Ärzte- und Krankenpflegepersonal. Die Tätigkeiten werden mit der Abfassung eines einheitlichen Betriebsverfahren abgeschlossen.

- Umsetzung des neuen Plans für das Rehabilitationsnetz

#### **Bericht 2019**

Die Beschlüsse für die Annahme des Rehabilitationsnetzwerks und der Zwischenversorgung zusammen mit den Beschlüssen für die Tarife der akkreditierten Privatstrukturen wurden an das Assessorat geschickt. Die Formulare, die die DSA annehmen wird, um die neuen Kriterien für den Zugang zu den Rehabilitationskodizes im Krankenhaus zu gewährleisten, wurden ebenfalls ausgearbeitet.

### **Neuordnung des Präventionsdepartement**

#### **Bericht 2019**

Es haben regelmäßige Treffen zwischen Sanitätsdirektor, Pflegedirektorin, Direktorin und Koordinator des Departements für Gesundheitsvorsorge zum Thema stattgefunden. Es haben 4 Treffen der Departementdirektion mit den territorialen Pflegedienstleitungen der 4 Gesundheitsbezirke, in Anwesenheit von der Verantwortlichen der Personalabteilung in Bozen und einmal in Anwesenheit vom Verantwortlichen der Stabstelle Beziehungen zum Personal und den Gewerkschaften stattgefunden, wobei die zukünftige Struktur der landesweiten Dienste SISP und SIAN besprochen wurde: - Aufteilung des ärztlichen und nicht ärztlichen Personals auf die beiden Dienste; - Zuweisung des Verwaltungspersonals; - Logistik und Räumlichkeiten. Außerdem wurden in jedem Bezirk 2 Informationstreffen mit dem betroffenen Personal abgehalten, einmal mit dem gesamten Personal und einmal nur mit den Technikern für Vorbeugung (in Meran fand das zweite Treffen aus organisatorischen Gründen am 10.01.2020 statt). Das Reorganisationsmodell wurde im November 2019 dem Führungsgremium des SSB vorgestellt. Der Raumbedarf für die beiden Dienste wurde erhoben und der Betriebsabteilung Technik und Vermögen mitgeteilt. Die beiden neuen einfachen Strukturen in den G.B. Meran und Bruneck wurden dem Sanitätsrat vorgestellt. Die Betriebsabteilung Personal hat den Betriebsbeschluss für die Aktivierung der beiden Dienste innerhalb Dezember 2019 ausgearbeitet. Für die Aktivierung der beiden Dienste fehlen die Genehmigung des Betriebsbeschlusses, Ausschreibung und Besetzung der Koordinatorenstellen und Beauftragung der Direktoren und der Verantwortlichen der beiden einfachen Strukturen, was in den ersten Monaten des Jahres 2020 geplant ist.

- Entwicklung und Kommunikation des Präventionsplans 2020-2025

#### **Bericht 2019**

L'obiettivo è stato rinviato.

- Lebensmittelsicherheit: Vorliegen einer Betriebsprozedur zur Organisation und Programmierung der Dienstleistungen gemäß den festgelegten Zuständigkeiten und Rollen

#### **Bericht 2019**

Die betriebliche Arbeitsgruppe wurde aktiviert und die Leistungserfassung ist erfolgt. Die diesbezügliche Dokumentation liegt in der Direktion des Departements für Gesundheitsvorsorge auf.

- Reduktion der Infektionen mittels Erhöhung der Impftrate aufgrund der Erweiterung des Angebotes für alle Altersklassen

#### **Bericht 2019**

Der Kommunikationsplan zum Thema Impfungen wurde aktualisiert und am 18. Juni 2019 den beteiligten Diensten per Email zugesickt. Von den 24 vorgesehenen Maßnahmen wurden nur 2 Maßnahmen nicht durchgeführt, daher wurden mehr als 80% der angeführten Initiativen umgesetzt. Die diesbezügliche Dokumentation liegt im Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit Brixen auf.

- Stop malnutrition

#### **Bericht 2019**

Bis zum 20. August 2019 schulte BZ die Ärzte der Medizin (17. April mit 10 Ärzten + Primar) in Brixen (Januar 2019 mit 6 Ärzten + Primar), Meran (22. Februar mit 11 Ärzten + Primar) und Bruneck für Oktober 2019. Für das Pflegepersonal: BZ geplant für 27.09; Meran am 15./2., Brixen am Januar 2019 und Bruneck im Oktober

### **Konsolidierung des Modells der Zertifizierung der onkologischen Betreuung in Südtirol**

- Geplante chirurgisch-onkologische Eingriffe werden von einem zugewiesenen und nominierten Operateur durchgeführt, welcher durch Beschluss des Sanitätsbetriebes bestimmt wird

#### **Bericht 2019**

Dieses Ziel wurde verschoben.

- Einführung zusätzlicher betrieblicher Tumorboards mit multidisziplinärer Diskussion zwischen den Teilnehmern aller neu diagnostizierten Fälle laut Bestimmungen des Zertifizierungsinstitutes "Deutsche Krebsgesellschaft" DKG

#### **Bericht 2019**

Definition der operativen Anleitung zum betrieblichen Tumorboard innerhalb 31.3.2019 und Start innerhalb des 1. Halbjahres.

Der betriebliche Tumorboard findet regelmäßig mittels Videokonferenzen statt mit der Möglichkeit der Beteiligung aller.

- Abhaltung von „Qualitätszirkeln“ zu Themen hinsichtlich der onkologischen Chirurgie-Zertifizierung, laut Kriterien der deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

#### **Bericht 2019**

Qualitätszirkel (QZ): Ziel 100% erreicht- 4 QZ durchgeführt.

im Rahmen der Sitzungen der SABES-CHIR 2019 haben wir 4 Qualitätszirkel zu folgenden

Themen abgehalten (entsprechende Protokolle wurden der Direktion übermittelt):

1. QZ „Konflikt Management im Tumorboard“ (06.03.2019): Erarbeitung – Überprüfung der Prozedur TumorBoard; als fachübergreifende Spezialisten haben hier Prim. Dr. C. Carnaghi und Prim. Dr. M. Maffei mitgearbeitet; die bestehende Prozedur „Tumorboard“ wurde bestätigt und im Intranet an der richtigen Stelle zusammen mit der Qualitätsdienststelle positioniert (nächste Revision 9/21).
2. QZ „Tumorboard: neues Formular Fallpräsentation“ (10.04.2019): Formular erarbeitet (externe Spezialisten Dr. C. Carnaghi); das Formular liegt in der EDV (Ing. Toniutti) zur Implementierung im Onkozert.
3. QZ „SOP Standardfälle Frühkarzinome im Gastrointestinaltrakt“ (12.06.2019): Dokument erarbeitet und an die Netzwerkpartner übermittelt. Mitarbeit externer Spezialisten Prim. Dr. C. Carnaghi, Dr. G. Spizzo;
4. QZ „Standardisierte Röntgen Befundung“ (16.10.2019): Rektumkarzinom (externer Spezialist Prim. Dr. Gebert): Formular in der Radiologie bereits entwickelt aber noch nicht konsequent in den verschiedenen radiologischen Diensten implementiert. Eine neue digitalisierte Befundung mit Prim. Gebert besprochen und zur Bearbeitung an die SABES-RAD weitergeleitet.

### **Organisatorische Angemessenheit**

- Krankenhaus Bozen: Übersiedlung

#### **Bericht 2019**

- Das im Ziel genannte Umzugdokument war innerhalb des vereinbarten Zeitrahmens fertig.
- Der Umzug wurde aus Gründen, die mit den Kaufangeboten und einigen technischen und anlagentechnischen Maßnahmen zusammenhängen, verschoben und ist daher nicht abhängig vom Referenten. Sie wird weiter verschoben und befindet sich in der endgültigen Definitionsphase.

- Fortsetzung des Projekts Lean Healthcare

#### **Bericht 2019**

Die involvierten Abteilungen und Diensten organisierten mehrere Arbeitstreffen, führten Analysen durch, arbeiteten Verbesserungsvorschläge aus und setzten diese teilweise um.

- Implementierung eines Patientenblutmanagementprogramms

#### **Bericht 2019**

Einführung einer innerbetrieblichen Koordinierung und von Bezirksreferenten/-referentinnen: Die Zielsetzung wurde von Dr. Salvadori während einer Betriebsdirektorensitzung im Juli vorgestellt, in der die Unterstützung für dieses Projekt seitens der Betriebsdirektion garantiert wurde. Die Bezirksreferenten wurden ernannt. Die Bezirksreferenten haben sich alle 3 Monate getroffen und haben einen Behandlungsablauf der präoperativen Anämie in Zusammenarbeit mit den Anästhesie- und den Chirurgiekollegen ausgearbeitet. Dieser Ablauf (Anemia Clinic) wurde in allen Bezirken

aktiviert, mit verschiedenen organisatorischen Modalitäten, um eine gleichartige Behandlung zu gewährleisten.

Es wird eine betriebsweite Weiterbildungsinitiative organisiert, dessen Zielgruppe Primare und Koordinatoren (oder deren Stellvertreter) der anästhesiologischen und chirurgischen Abteilungen sind: Im November wurde eine betriebsweite Weiterbildungsinitiative organisiert, zu welcher die Primare und die Koordinatoren (oder deren Stellvertreter) der primären anästhesiologischen und chirurgischen Abteilungen eingeladen worden waren. Aufgrund der zahlreichen Teilnehmer, (ca. 130) aus den verschiedenen GB und Sanitätsberufen, war die Tagung sehr erfolgreich.

Beginn einer "passiven" Werbeaktivität (E-Mails, Flugblätter) verschiedener Thematiken hinsichtlich des PBM: Dr. Salvadori hat einen Artikel für die Zeitschrift ONE geschrieben. Außerdem sind die Präsentationen der Tagung auf dem Sanitätsportal für Qualität abrufbar.Q52

- Optimierung der Unterstützung für Patienten mit Harn- und/oder Stuhlinkontinenz  
**Bericht 2019**  
Die Arbeitsgruppe ist nominiert, die aktuelle Situation in der Versorgung in den jeweiligen Bezirken ist erfolgt und die erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung des entsprechenden Staat- Regionen Abkommens sind definiert. Entsprechend werden 2020 in den Bezirken die Versorgungszentren erster Ebene definiert.
- LOINC-Standardcodierung im Laborbereich  
**Bericht 2019**  
Das Ziel wurde vollständig umgesetzt. >60% der quantitativen Laborergebnisse (esito analisi) und >30% der mikrobiologischen Laborergebnisse sind zugeordnet und in das Laborinformatiksystem (LIS) und in die CDA2-Befundstruktur implementiert worden und ist somit auch für andere Plattformen wie den FSE verfügbar.
- Optimierung und Standardisierung von Aufnahmesequenzen in der MRI (Magnetresonanz)  
**Bericht 2019**  
Im Sinne der Vereinheitlichung von Qualität und Untersuchungsdauer der Magnetresonanzeleistungen, sind weitere Protokolle zur Optimierung und Standardisierung der Aufnahmesequenzen erarbeitet, definiert und validiert worden. Im Detail wurden folgende Untersuchungsprotokolle erstellt: Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, Leber, Hals, Gesichtsschädel und Arthro-MR.
- Ausarbeitung einer betriebsweiten Prozedur über „Verhalten nach einem Arbeitsunfall mit Exposition gegenüber biologischem Material“  
**Bericht 2019**  
Gemeinsam mit den Ärztlichen Direktionen der Krankenhäuser Meran, Bozen, Brixen und Bruneck sowie der Infektionsabteilung des KH Bozen wurde die betriebsweite Prozedur „Verhalten nach einem Arbeitsunfall mit Exposition gegenüber biologischem Material“ ausgearbeitet. Mit dieser Prozedur wird beabsichtigt, auf Betriebsebene im Umgang mit Nadel-Stichverletzungen ein standardisiertes Vorgehen zu erreichen, um den eigenen Mitarbeitern/innen im Bedarfsfall eine optimale Versorgung gewähren zu können. Der Inhalt dieser Prozedur wurde vom Dienst für Arbeitsmedizin und den Dienststellen für Arbeitssicherheit gutgeheißen. Bezüglich der vorgesehenen Einwilligungsbögen wurde bei der Rechtsmedizin um ein Gutachten angesucht.  
Noch ausständig, und vom Ziel nicht vorgesehen, sind: die Übersetzung ins Deutsche, die Dokumentlenkung durch die Qualitätsdienststelle, die Informationsweitergabe und die Anwendung der Prozedur in den einzelnen Bezirken.
- Festlegung der klinischen Bereiche, in denen die Gesundheitsbetreuung von einem ordentlichen Aufenthalt auf andere Betreuungssettings shiftet, auch über die verstärkte Anwendung der Intensivbeobachtung (O.B.I.) und über die Implementierung und den Ausbau des day services mittels komplexen ambulanten Leistungspaketen (P.A.C.)  
**Bericht 2019**  
Ambulante Hernien – und Varizen Chirurgie (PAC >15%): Ziel 100% erreicht.  
Das landesweite Ziel von 15% PAC-Leistenhernien wurde mit 27,8% erreicht bzw. übertroffen.  
In allen 4 Bezirken wurde das Ziel erreicht.  
Die ambulante Varizenchirurgie erfolgt landesweit in >90% der Fälle.  
Laparoskopische Cholezystektomien (15%) im Day-Surgery Regime: nur für den Bezirk Bozen vorgesehen - Ziel 100% erreicht: 41%
- Implementierung des Fast-Track-Modells in der Ersten Hilfe  
**Bericht 2019**  
Der Entwurf für das Reglement über Organisationsmodelle zur Bewältigung der geringen klinisch-pflegerischen Komplexität in den Notaufnahmen von SABES wurde der Sanitäts- und Pflegedirektion

am 22. Juli 2019 zugesandt mit der Bitte um Freigabe. Dieses Dokument wurde im Kompetenzkreis Notaufnahmen verfasst und auch mit den Ärztlichen Direktionen der Krankenhäuser abgestimmt. Die Verantwortlichen der Notaufnahmen haben beschlossen, dass die jeweiligen Fast-Track Protokolle nur Vorort definiert werden können, so dass jede Struktur dafür selber verantwortlich ist.

Im KH Bruneck wurden die Fast Track Protokolle mit den Fachbereichen Augenheilkunde und Dermatologie für das eigene KH und auch für das KH Brixen definiert.

Im KH Brixen wurden die Fast Track Protokolle mit den Fachbereichen Urologie und HNO für das eigene KH und auch für die KKHH Sterzing, Bruneck und Innichen definiert.

Im KH Sterzing wurden die Fast Track Protokolle mit den Fachbereichen Gynäkologie und Pädiatrie definiert. Im KH Bozen wurden die Fast Track Protokolle mit den Fachbereichen HNO, Augenheilkunde, Zahnheilkunde und Gynäkologie-Geburtshilfe definiert.

Im KH Meran wurden die Fast Track Protokolle mit den Fachbereichen HNO, Augenheilkunde, Gynäkologie, Dermatologie, Urologie und Zahnheilkunde definiert.

- Sanitärer Müll: Genehmigung und Einführung eines betriebsweiten Reglements betreffend Handhabung des sanitären Mülls.

**Bericht 2019**

Das Reglement wurde ausgearbeitet und zusammen mit Arbeitsprozeduren mit Datum 12.12.2019 an die Generaldirektion übermittelt.

- Vernetzung der Dienste im Suchtbereich

**Bericht 2019**

Während der im Jahre 2019 vorgesehenen Begegnungen ist in Bezug auf das vorherige Ziel des ASDAASERD die Notwendigkeit entstanden, dieses umzuändern. Bevor man eine einheitliche Linie für die Übernahme des Patienten in gerichtsmedizinischer Hinsicht festlegen konnte mußte man eine einheitliche Modalität sowohl für den ersten Eintritt als auch für die erste Einordnung festlegen. Während des Jahres 2019 wurden 4 Begegnungen organisiert, um die ersten Schritte des Abnehmers mit Suchtproblemen und Missbrauch von Substanzen und/oder Additivverhalten, der sich an den Dienste wendet, festzulegen, und auch die bestmögliche Übernahme, ohne unnötige Übergaben zwischen Bediensteten, zu gewährleisten, sodaß nicht das Risiko entsteht, die gerichtlichen Zeitspannen zu überziehen im Falle von gerichtsmedizinischen Problematiken (Prozesse, Kommissionen usw.). In der Arbeitsgruppe sind die Kriterien einer Unterscheidung der Typologie des Abnehmers vorgenommen worden und es wurde eine Standard-Ausführungsmethode sowohl für den ersten Eintritt als auch für die erste Einordnung der verschiedenen Typologien der Abnehmer festgelegt. Das Anfangsdokument, welches die neue einheitliche Ausführungsmethode für den ersten Eintritt beinhaltet (Ansuche, Erstvisite, erste Festlegung des therapeutischen Verlaufes) wurde im September 2019 festgelegt und in allen Diensten für Abhängigkeitserkrankungen vorgestellt und ab 15.10.2019 implementiert, ab 31.12.2019 hat jeder Dienst die neue Ausführungsmethode für den ersten Eintritt zu den Diensten implementiert und es wurde das Endprotokoll verfasst.

- Vereinbarung zur Fallführung für Menschen mit Autismusspektrumstörungen (ASS) im Erwachsenenalter.

**Bericht 2019**

1. Die Ausbildung wurde in Form eines Ausbildungscurriculums mit 5 Blöcken, verschiedenen Dozenten aus dem In- und Ausland und unter Beteiligung der Mitarbeiter des Psychiatrischen und Psychologischen Dienstes sowie der Sozialdienste durchgeführt

2. Es wurde ein Konzept erarbeitet zwischen Psychiatrischem Dienst, Psychologischem Dienst, Sozialdiensten der Bezirksgemeinschaft und dem privaten Träger „Autòs“ . Die inhaltlichen Schritte bestehen aus: a) Monatliche Treffen der Netzwerkpartner b) Erfassung der bereits betreuten Erwachsenen mit ASD,

c) Erfassung und Planung potentieller Neuzugänge bzw Programmierung der Übergänge von der KJP;

d) Entwicklung von Betreuungs- und Behandlungspfaden im Erwachsenenbereich

e) Koordination der interinstitutionellen Zusammenarbeit

Anmerkung: Für die Weiterentwicklung und Formalisierung des Konzeptes ist es notwendig, dass der Beschluss Nr. 638 vom 23.07.2019, „Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in Südtirol“ von der Sanitätsdirektion übernommen und umgesetzt wird und die entsprechenden organisatorischen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

## 4. D) Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)

In diesem Bereich sind vor allem die Maßnahmen zur Verbesserung der Angemessenheit und zum Abbau der Wartezeiten angeführt.

### Abbau von Wartezeiten

- Maßnahmen zur Verringerung der Wartezeiten - Mehrjähriger Plan zur Verbesserung der Wartezeiten in Südtirol 2016-2019

#### **Bericht 2019**

In Zusammenarbeit mit den klinischen Referenten der Fachbereiche Orthopädie, Rheumatologie, Endokrinologie, Pneumologie, Hämatologie und Gastroenterologie wurde ein Vorschlag für die HGW- Kriterien ausgearbeitet. Dieser Vorschlag wurde am 03.09.2019 mit den Vertretern der Gewerkschaften der Hausärzte/Kinderärzte geteilt und am 11.09.2019 dem Assessorat zur Genehmigung (Brief Prot. Nr. 114911) übermittelt.

Mit Betriebsbeschluss sind die betriebsweiten ambulatorialen Standards genehmigt worden, genauso wie die landesweite Vormerkung (Angebot auf CUPP) für Erstvisiten der folgenden Fachbereiche:

- Orthopädie (Betriebsbeschluss Nr. 410/2019) - betriebsweit ab 2.7.2019
- Rheumatologie (Betriebsbeschluss Nr. 635/2019) - betriebsweit ab 15.10.2019
- Endokrinologie (Betriebsbeschluss Nr. 656/2019) - betriebsweit ab 21.10.2019
- Gastroenterologie (Betriebsbeschluss Nr. 636/2019) - betriebsweit ab 31.10.2019
- Pneumologie (Betriebsbeschluss Nr. 411/2019) - betriebsweit ab 15.7.2019

Für die Definition der Standards der kardiologischen Erstvisite wurde ein Vorschlag in Zusammenarbeit mit den beteiligten Primären ausgearbeitet, der nicht genehmigt wurde, da Zweifel hinsichtlich der gleichen Dauer der Slots für die institutionelle Untersuchung und die FIT-Untersuchung aufkamen.

- Verwaltung der Vormerkungskalender: Planung und Programmierung der Ambulatoriumstätigkeit mittels einer einheitlichen Plattform

#### **Bericht 2019**

Die Analysen für die Konfiguration auf CUPWEB für die Agenden zur Vormerkung der Leistungen wurden von den meisten Primären durchgeführt und waren bis zum 31.12. betriebsbereit.

- Führung der Vormerklisten der Sportmedizin: Vormerkung der ambulanten Tätigkeit in einer einheitlichen Plattform

#### **Bericht 2019**

Das Programm MDS-NEW wurde in Brixen mit Jahresanfang 2019 implementiert und installiert, die Mitarbeiter des Sekretariates wurden für das Programm geschult und seit Ende Jänner 2019 laufen alle Vormerkungen für den GB Brixen (Sportmedizin im KH Brixen und im KH Sterzing) über dieses Programm.

Das Zielvorhaben wurde somit zeitgerecht umgesetzt und zu 100 % erreicht.

- Verkürzung der Warteliste für die dermatologische Visite durch Telemedizin

#### **Bericht 2019**

Das Projekt wurde ausgesetzt, um es mit dem betriebsweiten Projekt zur Telemedizin zu koordinieren.

### Notaufnahme Gesundheitsbezirk Bozen

Angemessene personelle Ausstattung der Notaufnahme

Kürzere Wartezeiten und verbesserte Betreuung der Patienten in den Wartesälen

#### **Bericht 2019**

Das Ziel wurde verschoben.

### Angemessenheit der Verschreibung

Es wird ein Verfahren des Betriebes zur Kontrolle der angemessenen Verschreibung von Verschreibungs- und Behandlungsformularen, die von der AIFA für die Rückvergütung bestimmter Arzneimittel bereitgestellt werden, einschließlich der Computerisierung derselben eingeführt.

#### **Bericht 2019**

Die Betriebsprozedur bezüglich der Kontrolle der Verschreibungs- und Behandlungsformularen ist verfasst und wurde mit den Direktoren der pharmazeutischen Dienste besprochen. Sie muss noch gelenkt werden. Zudem wurden die Formulare wie mit Dr. Lanthaler besprochen in editierbare pdf-Formulare umgewandelt, um das Ausfüllen von Seiten der Ärzte zu erleichtern.

Der Beschluss wurde umgesetzt und es werden vermehrt Biosimilars in der DPC verschrieben. Aktuell wird ausschließlich Erythropoietin Biosimilar verwendet.

### **Betriebsweite einheitliche Regelung der direkten Übergabe aus der Notaufnahme**

#### **Bericht 2019**

Die einheitliche Reglementierung auf Betriebsebene der direkten Zugänge aus der Notaufnahme ist umgesetzt.

### **Verbesserung der Leistung**

Vergleich mit den Richtwerten des "Progetto Nazionale Esiti" und des "Progetto Bersaglio"

Krankenhausaufenthalte pro Gesundheitsbereich/Ricoveri x Comprensorio			Hospitalisierungsrate/Tasso di ospedalizzazione (stima)		
	2018	2019	Einwohner/nr. residenti 2018	2018	2019
Bozen/Bolzano	28.922	28.286	235.786	122,66	119,96
Meran/Merano	17.431	17.396	138.173	126,15	125,9
Brixen/Bressanone	10.850	10.886	77.444	140,1	140,57
Bruneck/Brunico	11.371	11.316	79.775	142,54	141,85
<b>Gesamt/Totale</b>	<b>68.574</b>	<b>67.884</b>	<b>531.178</b>	<b>129,1</b>	<b>127,8</b>

#### **Bericht 2019**

### **Bestätigung der institutionellen Akkreditierung des Sanitätsbetriebes**

Es handelt sich um eine externe Bewertung der Organisation unter der Leitung des Ressorts für Gesundheit im Hinblick auf konkrete Anforderungen/Vorgaben, wie vorhandene bauliche Strukturen und Ausstattung, Sicherheit, Angemessenheit, Wirksamkeit, Miteinbeziehung der Patienten, Gleichbehandlung, Mitarbeiterführung.

#### **Bericht 2019**

Alle Checklisten zur Selbstbewertung für die institutionelle Akkreditierung wurden innerhalb dem Termin, der vom Dekret 5758/2019 „Sanitäre Bewilligung und institutionelle Akkreditierung des Südtiroler Sanitätsbetriebes“ definiert wurde, ausgefüllt und übermittelt.

### **Critical Incident Reporting System (CIRS)**

Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein nicht-punitives Berichtssystem, welches in diesbezüglich konsolidierten Krankenhäusern, einen fundamentalen Baustein bildet um Risiken zu vermindern.

Anonyme Meldung von kritischen Ereignissen.

Es ist auch die Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen auf betrieblicher sowie Abteilungsebene zur Steigerung der Patientensicherheit vorgesehen.

#### **Bericht 2019**

Die CIRS Beauftragte wurden ernannt. Die spezifischen Schulungen wurden geplant und durchgeführt. Die für das CIRS Projekt spezifischen Kickoff Veranstaltungen wurden geplant.

### **Übermittlung der Daten und des Betriebsberichts bezüglich der laut Artikel 2, Komma 5 des Staatsgesetzes "Bestimmungen im Bereich Behandlungssicherheit und Sicherheit der betreuten Personen sowie der Bereiche berufliche Haftung des Gesundheitspersonals" vom 8. März 2017, N. 24 an das regionale Zentrum für klinisches Risikomanagement**

#### **Bericht 2019**

Die ersten Daten zu den verschiedenen Informationsflüssen (bezogen auf den Zeitraum 30.09.18-30.03.2019) wurden der Stabstelle klinisches Risikomanagement bis zum 30.06.2019 bereitgestellt.

Bis zum 30.09.2019 wurden die Daten zu den verschiedenen Informationsflüssen (bezogen auf den Zeitraum vom 30.09.18 bis 30.06.19) an die Stabstelle klinisches Risikomanagement für die Verfassung des Abschlussberichtes über die verschiedenen Informationsflüsse zugesandt.

Aufgrund der erhalten Datenflüsse verfasst die Stabstelle klinisches Risikomanagement den Abschlussbericht über die verschiedenen Informationsflüsse und übermittelt diesen der O.E.K.F. innerhalb 31.12.2019

### **Morbidity & Mortality Conference (MMC) (Fallbesprechungen)**

Es sind 4 Mortality & Morbidity Konferenzen/Jahr an ausgewählten Abteilungen, in systematischer Form nach einem klar definierten Standard (Auswahl der Fälle, Definition der TeilnehmerInnen, Moderation, Dokumentation der Analyse und Ergebnisse), wie vom betrieblichen Leitfadens zur Durchführung der M&Mk vorgesehen, durchzuführen.

#### **Bericht 2019**

MMC Besprechungen wurden in jedem Gesundheitsbezirk nach den Vorgaben des entsprechenden beriebsweiten Leitfadens abgehalten (mit Übermittlung der Dokumentation an die Stabstelle Qualität).

### **Betreuungspfad Rund um die Geburt**

Optimierung und Implementierung des Betreuungspfades für die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett, sowie das Neugeborene bis zum ersten Lebensjahr mit geringem Risiko unter Berücksichtigung der Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen und Vernetzung mit Diensten im Sozialbereich in den 4 Gesundheitsbezirken. Der neue Betreuungspfad Rund um die Geburt ist mit Ausnahme struktureller Eingriffe zu implementieren. Neue Gesundheitsleistungen und neue Ausnahmeregelungen sind zu implementieren.

#### **Bericht 2019**

Der Betreuungspfad wurde optimiert und in den vier Gesundheitsbezirken bei vorliegenden Einschränkungen und Ressourcen implementiert. Die 4 AG haben sich im regelmäßig getroffen und Qualitätssicherungsinstrumente für die Implementierung des Betreuungspfades auszuarbeiten. Die neuen Ausnahmeregelungen und Gesundheitsleistungen wurden implementiert

### **Rechtsmedizin**

- Berufshaftpflicht im Gesundheitsbereich – Fortbildung

#### **Bericht 2019**

4 Fortbildungen zum Thema "Die Einwilligung in die ärztliche Handlung" wurden abgehalten: 1. 10.04.2019 in Bozen, 2. 16.05.2019 in Brixen, 3. 24.10.2019 in Bruneck und das 4. 10.12.2019 in Meran.

- Vereinheitlichung der rechtsmedizinischen Vorgehensweisen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen

#### **Bericht 2019**

Während der im Jahre 2019 vorgesehenen Begegnungen ist in Bezug auf das vorherige Ziel des ASDAASERD die Notwendigkeit entstanden, dieses umzuändern. Bevor man eine einheitliche Linie für die Übernahme des Patienten in gerichtsmedizinischer Hinsicht festlegen konnte mußte man eine einheitliche Modalität sowohl für den ersten Eintritt als auch für die erste Einordnung festlegen. Während des Jahres 2019 wurden 4 Begegnungen organisiert, um die ersten Schritte des Abnehmers mit Suchtproblemen und Missbrauch von Substanzen und/oder Additivverhalten, der sich an den Dienste wendet, festzulegen, und auch die bestmögliche Übernahme, ohne unnötige Übergaben zwischen Bediensteten, zu gewährleisten, sodaß nicht das Risiko entsteht, die gerichtlichen Zeitspannen zu überziehen im Falle von gerichtsmedizinischen Problematiken (Prozesse, Kommissionen usw.). In der Arbeitsgruppe sind die Kriterien einer Unterscheidung der Typologie des Abnehmers vorgenommen worden und es wurde eine Standard-Ausführungsmethode sowohl für den ersten Eintritt als auch für die erste Einordnung der verschiedenen Typologien der Abnehmer festgelegt. Das Anfangsdokument, welches die neue einheitliche Ausführungsmethode für den ersten Eintritt beinhaltet (Ansuche, Erstvisite, erste Festlegung des therapeutischen Verlaufes) wurde im September 2019 festgelegt und in allen Diensten für Abhängigkeitserkrankungen vorgestellt und ab 15.10.2019 implementiert, ab 31.12.2019 hat jeder Dienst die neue Ausführungsmethode für den ersten Eintritt zu den Diensten implementiert und es wurde das Endprotokoll verfasst.

### **Pflege- und Führungsziele**

- Korrekte und vollständige Implementierung und Überwachung vom diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfad für Diabetes

#### **Bericht 2019**

Die Gesamtzahl der erhobenen Patientensteuernummern beträgt 11880 von 14.000 Berichte von Allgemeinärzten über Diabetespatienten.

Die Ärzte, die zum 31.12.2019 dem PDTA-Diabetes beigetreten sind und die Excel-Dateien mit von ihnen behandelten Mukoviszidose-Patienten gesendet haben, sind 251 von 289. Der Informationsfluss und der Informationssatz zur Überwachung des Patientenflusses zwischen dem Assessorat und des Betriebes. Die Übernahme der Verantwortung (Pakt der Betreuung) erfolgte in Form einer Aufforderung zur Einwilligung des Patienten nach Aufklärung. Ottimizzazione dell'assistenza tramite i medici di medicina generale.

- Optimierung der Betreuung durch Allgemeinmediziner

**Bericht 2019**

Die Ziele sind betrieblich gesehen erreicht worden. Insbesondere ist die Arbeitsgruppe für die Dekompensation PDTA gestartet und wird im März 2020 fertig sei.

- Erprobung des Bogens zur Multidimensionalen Einschätzung von alten Menschen (SVAMA - Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano)

**Bericht 2019**

Die Pilotierung der Anlaufstelle (SUAC) L. Cadonna ist mit 30.09.19 abgeschlossen. Aufgrund der Erfahrungen in der Pilotierung mit den involvierten Abteilungen Geriatrie und Medizin wurden Anpassungen durchgeführt. Innerhalb Ende 2020 werden alle Entlassungen der Krankenhausabteilungen für die Bürger der Stadt Bozen an die Anlaufstelle gemeldet und an den jeweiligen Gesundheitssprengel weitergeleitet.

### **Forschung und Innovation**

Im Rahmen der Forschungsförderung soll der Aufbau einer zentralen Forschungsplattform erfolgen. Bereits seit Jahren betreiben einige Mitarbeiter des Betriebes aktiv Forschung bzw. nehmen an nationalen und internationalen Forschungsprojekten teil, ohne, dass diesen eine ausreichende Visibilität zuteilwird. Aus diesem Grund könnten durch die Schaffung einer, über das Internet für die Allgemeinheit zugänglichen Plattform, die bisherigen und zukünftigen Aktivitäten der Forscher und Forscherinnen des Betriebes präsentiert werden. Eine solche Plattform könnte auch als Basis für eine zukünftige Vernetzung der Forschungsaktivitäten in Südtirol genutzt werden. Die Schaffung einer solchen Plattform sollte in Zusammenarbeit mit dem Informatikdienst des Betriebes erfolgen, um bereits vorhandene IT-Ressourcen zu nutzen.

**Bericht 2019**

Im Jahr 2019 wurde ein Projektvorschlag zur Erstellung einer Struktur für Forschung und Lehre ausgearbeitet, welcher auch die Gründung einer zentralen Kommunikationsplattform vorsieht und beschreibt.

### **Evaluierung der Dienste**

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb erhebt in regelmäßigen Abständen die Zufriedenheit der BürgerInnen und PatientInnen mit den erbrachten Leistungen und Einrichtungen. Ziel ist es, auf der Grundlage objektiver Daten die Qualität der Dienste zu verbessern und die Steuerung des Gesamtbetriebes durch die „Sicht von außen“ zu unterstützen. Der Fokus ist insbesondere auf die sogenannte „Service-Qualität“ gerichtet, um Erwartungen sowohl der externen als auch der internen Stakeholder abzuklären und gezielter darauf einzugehen. Jährlich wird mindestens eine Erhebung der Dienste von strategischer Relevanz durchgeführt.

**Bericht 2019**

2019 wurde ein neues Konzept für eine Umfrage zur Servicequalität entwickelt. Insbesondere sollten strategische Kontaktpunkte (z.B. Ticketschalter, Vormerkstellen, etc.) beobachtet und „bewertet“ und in Rücksprache mit den verantwortlichen Leitern konkrete Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden.

Im Sommer 2019 wurde eine Vergabe durchgeführt, um einen externen Dienstleister zu gewinnen.

Das Konzept wurde im Herbst den Bezirksdirektoren und dem Assessorat vorgestellt; im Spätherbst 2019 und zu Beginn des Jahres wurden erste Interviews durchgeführt.

Hinsichtlich der Erhebung zur Zufriedenheit im onkologischen Bereich mussten Datenschutz-Aspekte abgeklärt werden, weshalb diese Erhebung erst wieder 2020 durchgeführt wird.

## 4. E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes

Das Wissen und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die wichtigste Ressource für die Qualität, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsdienste. Neben der kontinuierlichen Verbesserung der Kompetenzen des bereits beschäftigten Personals mittels laufender Aus- und Weiterbildung stehen Neugewinnung und Bindung qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Sicherung ihrer Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt der betrieblichen Personalpolitik. Über die Personalentwicklung hinaus hat auch die Betriebskultur erhebliche Auswirkungen auf die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter.

### **Beziehungsbasierte Pflege**

Die Beziehungsbasierte Pflege ist ein Modell zur Veränderung von Kultur und Praxis in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Die wesentlichen Elemente sind dabei: Leadership, Teamarbeit, professionelle Pflege- und Versorgungspraxis, personenorientiertes Pflege- und Versorgungssystem, ressourcengesteuerte Praxis und ergebnisorientierte Versorgung (outcome).

### **Bericht 2019**

Die Vision im Hinblick auf Beziehungsbasierte Versorgung wurde in beiden Pilotabteilungen ausgearbeitet, vorgestellt und priorisiert. Die Nachtreffen mit den beiden Abteilungen fanden im Herbst 2019 bzw. Februar 2020 statt, wo die Resultate der Befragung der jeweiligen Abteilung vorgestellt wurde.

Der erste Aktionsplan nach I2E2 wurde ausgearbeitet und wird bearbeitet. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation wird im Herbst die weitere Vorgehensweise mit den Startabteilungen entschieden. Im Rahmen eines Treffens mit den Pilotabteilungen von Bruneck und Innichen werden im Jänner 2020 im Sinne einer weiteren Begleitung eventuelle weiterführende Hilfestellungen erarbeitet.

Die neuen Startabteilungen stehen fest, ebenso wie eine Programmierung der bevorstehenden Schritte zur Umsetzung.

### **Personalentwicklung**

Unter Bezugnahme auf den Personalentwicklungsplan, der auf der Grundlage des BSC-Ziels 2018 erstellt wurde, ist die Absprache mit den zuständigen Stellen zur Umsetzung, sowohl des Konzepts für die Personalentwicklung als auch des operativen Plans vorgesehen, um zu einer endgültigen Genehmigung zu gelangen.

### **Bericht 2019**

Der mehrjährige operative Personalentwicklungsplan wurde wie bekannt im Jahr 2017 an die zuständigen Ämter des Landes zugeschickt.

In der Folge wurden einzelne Umsetzungsmaßnahmen in die Wege geleitet.

Der definitive Umsetzungsplan wurde nicht endgültig verabschiedet, da man sinnvollerweise auf die Implementierung des Verwaltungsorganigramms gewartet hat, da im neuen Verwaltungsorganigramm eigene Organisationseinheiten im Bereich der Personalentwicklung vorgesehen sind.

Aus diesem Grund sind auch im Jahr 2019 nur einzelne vorgesehene Personalentwicklungsmaßnahmen in die Wege geleitet, bzw. umgesetzt worden.

Im Rahmen der Personalentwicklung wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Behandlung des Personals auf Betriebsebene homogen zu gestalten. Beispielsweise wird die Vorbereitung für Wettbewerbsverfahren als erster Schritt der Vereinheitlichung der Verwaltungsverfahren angeführt; die Ausarbeitung von Richtlinien für Abfindungszahlungen, um die im Bezirk geltenden Praktiken zu vereinheitlichen; die Entwicklung eines spezifischen Verfahrens für die Fachausbildung, das 2019 mit der Definition der Umsetzungsmethoden der geltenden Bestimmungen in Absprache mit der Sanitätsdirektion eingeführt wurde; die Ausarbeitung spezifischer Maßnahmen nach der Entscheidung des Verfassungsgerichts in Bezug auf die Ad-Personam-Zulage. Diese Maßnahmen sind Teil eines Betriebsrahmens, in dem das Ziel darin besteht, den Umgang mit Mitarbeitern zu optimieren und ihn mit der strategischen Betriebsvision zu verknüpfen.

### **Umsetzung des Masterplanes zur Personalentwicklung**

Förderung einer einheitlichen Betriebskultur, die ein klares Bild des Sanitätsbetriebes zeigt, die Motivation des Personals fördert und Offenheit und Veränderung impliziert.

### **Bericht 2019**

1. Der mehrjährige operative Personalentwicklungsplan wurde wie bekannt im Jahr 2017 an die zuständigen Ämter des Landes zugeschickt.

In der Folge wurden einzelne Umsetzungsmaßnahmen in die Wege geleitet.

Der definitive Umsetzungsplan wurde nicht endgültig verabschiedet, da man sinnvollerweise auf die Implementierung des Verwaltungsorganigramms gewartet hat, da im neuen Verwaltungsorganigramm eigene Organisationseinheiten im Bereich der Personalentwicklung vorgesehen sind.

Aus diesem Grund sind auch im Jahr 2019 nur einzelne vorgesehene Personalentwicklungsmaßnahmen in die Wege geleitet, bzw. umgesetzt worden.

Insbesondere wurden hier Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen der Anwerbung getroffen sowie auch bei der Einführung von neuen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen.

Beispiel gebend seien hier die verschiedenen Maßnahmen und Vorbereitungsarbeiten im Bereich "Erwerb Sprachkompetenzen für einsprachige Mitarbeiter/Innen" genannt.

2. Über 90% der Verfahren wurden innerhalb von 6 Monaten abgewickelt und somit ist das Ziel als erreicht zu betrachten.

3. Eine Überprüfung des im Jahr 2015 ausgearbeiteten Betriebsprozedur wurde vorbereitet; Diese neue Version wurde der Betriebsdirektion am 17.12.2019 vorgelegt und genehmigt.

Umsetzungsmaßnahmen sind für 2020 geplant.

4: Der Support war über das ganze Jahr gegeben. Inserate, Anzeigen, Posts, u.a. auch auf LinkedIn/Xing. Präsenz auf Messen. Insbesondere auch 2 Events für angehende Ärzte und Krankenpfleger: Investment for the future am 22.02.2019 und 18.10.2019 im NOI Techpark. Große Beteiligung, gute Rückmeldungen. Persönliche Ansprache via derartige Events wird beibehalten und ausgebaut. (90% erreicht)

5: Willkommenspaket: Es wurden 2 umfangreiche Broschüren als Einführungsinstrument ausgearbeitet, gedruckt und verteilt. Inhalt: Überblicksinfos für neuangestellte Ärzte und Pflegekräfte. Außerdem in Intranet publiziert: Dokumentenbibliothek „Erste Schritte für Einsteiger“: umfangreiche Dokumentensammlung (ca.100) mit wichtigsten RS, Modulistik, Kontakte, Infos. (hinsichtlich Willkommenspaket: 90% erreicht)

### **Erstellung des Standardbedarfs des Personals des Südtiroler Sanitätsbetriebes**

In Übereinstimmung mit dem Absatz 541 des Stabilitätsgesetzes von 2016, das eine Überprüfung des Personalbestands vorsieht, um die Einhaltung der Bestimmungen der Europäischen Union zur Festlegung der Arbeitszeit sicherzustellen und gleichzeitig die Gewährleistung der WBSs zu garantieren, so wie es auch der Südtiroler Gesundheitsplan vorsieht und auf der Grundlage der Erfassung des Standardbedarfs des Personals, das bereits vom Südtiroler Sanitätsbetrieb auf der Grundlage des entsprechenden BSC-Ziels (BSC 2018) festgelegt wurde, ist die Ermittlung des Personalbedarfs detailliert pro WBS, operative Einheit und Berufsfigur durchzuführen.

#### **Bericht 2019**

Der Standardbedarf des Personals des Sanitätsbetriebes ist auf analytische Weise erhoben, je nach WBS (prozentuell), Betriebseinheit und Berufsbild (Ärzte, Pflegepersonal, Techniker, OTA/OSS)

### **Anpassung Informations- Informatiksystem des Personals**

Das Informations-/Informatiksystem ist an den Informationsbedarf angepasst und in die analytische und allgemeine Buchhaltung integriert. Diese Anpassung erfolgt schrittweise im Einklang mit dem eigens dafür vorgesehenen Umsetzungsplan.

#### **Bericht 2019**

Die Vorarbeit wurde geleistet. Verschiedene Treffen mit den Bezugspersonen des Assessorates für Gesundheit und des Sanitätsbetriebes haben stattgefunden. Ein Rohentwurf des Umsetzungsplanes ist erarbeitet worden und wird nun in Bezug auf die Umsetzung mit den zuständigen Stellen des Landes geprüft, damit dieser dann schrittweise unter Berücksichtigung der zugewiesenen Ressourcen umgesetzt werden kann.

### **Weiterbildungskurse für das Gesundheitspersonal**

- BLS-D-Kurse (BLS-D-Basic Life Support and Defibrillation nach den Richtlinien des Italian Resuscitation Council – IRC)
- ALS/EPALS-Kurse (ALS- Advanced Life Support/EPALS-European Pediatric Life Support, nach den Richtlinien des Italian Resuscitation Council – IRC)

#### **Bericht 2019**

Alle Gesundheitsbezirke haben das Ziel erreicht.