

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

Performance-Bericht 2024

Inhaltsverzeichnis

Prämisse	2
1 Zweck	2
2 Inhalte	3
2.1 Einige Indikatoren zu den Leistungen, der Performance und den Ressourcen des Sanitätsbetriebs 2019-2024	3
2.2 Messung und Bewertung der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeits-programms 2024.....	25
3 Korruptionsvorbeugung und Transparenz.....	26
3.1 Verantwortlicher für Korruptionsvorbeugung und Transparenz und Bewertung der Tätigkeiten .	26
3.2 Transparenz	32
4 Wirtschafts- und Finanzbericht für den Dreijahreszeit-raum 2024-2026.....	33
5 Patientenzufriedenheit und wahrgenommene Qualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb	35
5.1 Wahrgenommene Qualität	35
5.2 Beschwerden und Meldungen	36
6 Mitarbeiterbefragung im Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	39
7 Einheitliches Garantiekomitee für Chancengleichheit, die Aufwertung des Wohlbefindens der Bediensteten und gegen Diskriminierungen	49
7.1 Analyse der Daten zum Personal und Monitoring	49
7.2 Positive Aktionen und Projekte	53
7.3 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit.....	54
8 Externe und interne Kommunikation	54
9 Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement).....	56

Anlage „Bericht zu den Zielen des Jahrestätigkeitsprogramms 2024“

Prämisse

Der vorliegende Bericht veranschaulicht die Verwirklichung für das Jahr 2023 der im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP), sowie im Jahrestätigkeitsprogramm festgelegten Ziele.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 119 vom 30.01.2024 den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan 2024 – 2026 und mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1519 vom 27.11.2023 das Jahrestätigkeitsprogramm 2024 verabschiedet.

Es wird als zweckmäßig erachtet, die Berichte zu den verschiedenen Planungsdokumenten, einschließlich einer Reihe von Daten und Indikatoren, die in vereinfachter und aggregierter Form dargestellt werden, in einem einzigen Dokument zusammenzufassen, um die Funktion einer angemessenen Kommunikation mit den Bürgern und allen weiteren internen und externen Interessengruppen durch eine gestraffte und verständliche Form zu erfüllen.

Der Bericht folgt den Leitlinien, die in der aktuellen Fassung von Titel II des Gesetzesdekrets Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 über die „Messung, Bewertung und Transparenz der Performance“ festgelegt sind und den Bestimmungen des Art. 9-ter des LG 14 vom 5.11.2001 über die Berichterstattung der Erreichung der im Jahrestätigkeitsprogramm, sowie im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans festgelegten Ziele.

Dieser Performancebericht wird auch auf der Website des Betriebes (www.sabes.it) im Sektor „Transparente Verwaltung“, unter „Performance/Performancebericht“, veröffentlicht und kann von dort heruntergeladen werden.

1 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 Mitarbeiter – dient der Verbesserung der Qualität der angebotenen Dienste sowie dem Ausbau der Fachkompetenzen.

Der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) – programmatisches Dreijahresdokument – der durch Artikel 6 des Gesetzesdekrets Nr. 80 vom 9. Juni 2021 eingeführt und durch das Gesetz Nr. 113 vom 6. August 2021 umgewandelt wurde, ist das Instrument, das den Performancezyklus, in Kohärenz mit den zugewiesenen Ressourcen, den Zielvorgaben und Indikatoren und bildet die Basis für die spätere Bewertung und Abschlussberichtlegung der Performance.

In Beachtung der Vorgaben gemäß Absatz II des G.v.D. Nr. 150 vom 27. Oktober 2009, und wie durch das G.v.D. vom 1. August 2011, n. 141 und durch das G.v.D. vom 25. Mai 2017, n.74, ergänzt und abgeändert, entwickelt der Südtiroler Sanitätsbetrieb seinen Performancezyklus in Kohärenz mit den Inhalten der finanztechnischen Programmierung und der Bilanz.

Der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) und der Allgemeine Dreijahresplan, der laut Landesgesetzgebung in Art. 2 Abs. 2 und 4 des LG 14/2001 (in der Fassung des LG vom 24. September 2019, Nr. 8) vorgesehen ist, die dieselben Ziele verfolgen, werden in einem einzigen Dokument erstellt (Dekret der Gesundheitsabteilung der Autonomen Provinz Bozen Nr. 590/2019).

Der Performancezyklus beginnt mit der Definition der Zielsetzungen, die sich der Betrieb für den Drei-Jahres-Zeitraum in Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan vornimmt, und überträgt dem Jahrestätigkeitsprogramm die, laut Artikel 3 und 4, des G.v.D. Nr. 150 vom 27. Oktober 2009, vorgesehene Zielzuteilung, Messung und Überprüfung der Performance der operativen Einheiten und der einzelnen Mitarbeiter, für das erste Jahr des Drei-Jahres-Zeitraums.

Im Laufe des Jahres wurde ein Zwischenmonitoring durchgeführt, um, soweit möglich, die Fortschritte bei der Umsetzung der Ziele und die Einleitung von notwendigen Korrekturmaßnahmen zu überprüfen.

Die Verabschiedung des Performanceberichts für das Jahr 2024 schließt den Performancezyklus des Südtiroler Sanitätsbetriebes ab und ist auch ein Instrument zur Verbesserung der Führung, mit dem der Betrieb die Ziele und Ressourcen unter Berücksichtigung der im Vorjahr erzielten Ergebnisse neu planen und das Funktionieren des Performancezyklus schrittweise verbessern kann.

2 Inhalte

Der Performancebericht veranschaulicht - neben anderen Themen - die wichtigsten Ergebnisse auf Betriebsebene im Hinblick auf die effektive Erreichung der strategischen Unternehmensziele (Unternehmensleistung). Zu diesem Zweck werden in Kapitel 2.1 einige Leistungsdaten und die wichtigsten Indikatoren zur Darstellung des erreichten Grads an Angemessenheit, klinischer Qualität und Effizienz aufgeführt. Darüber hinaus werden in diesem Kapitel auch die Produktionspläne dargelegt.

Die Messung und Bewertung der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2024 - sowohl auf Betriebsebene als auch auf der Ebene der Organisationseinheiten und der einzelnen Mitarbeiter - wird in Kapitel 2.2 beschrieben. In der Liste der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Indikatoren zur Messung und Bewertung der Performance erläutert.

2.1 Einige Indikatoren zu den Leistungen, der Performance und den Ressourcen des Sanitätsbetriebs 2019-2024

GESUNDHEITZUSTAND UND LEBENSERWARTUNG DER BEVÖLKERUNG

Verschiedene Indikatoren aus dem Gesundheitsbericht der Autonomen Provinz Bozen 2023

Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: 31,2%

Durchschnittsalter der chronisch Kranken: 63,1 Jahre

Lebenserwartung bei der Geburt: Männer 82 Jahre

Lebenserwartung bei der Geburt Frauen: 86,2 Jahre

Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer 715,1 pro 100.000

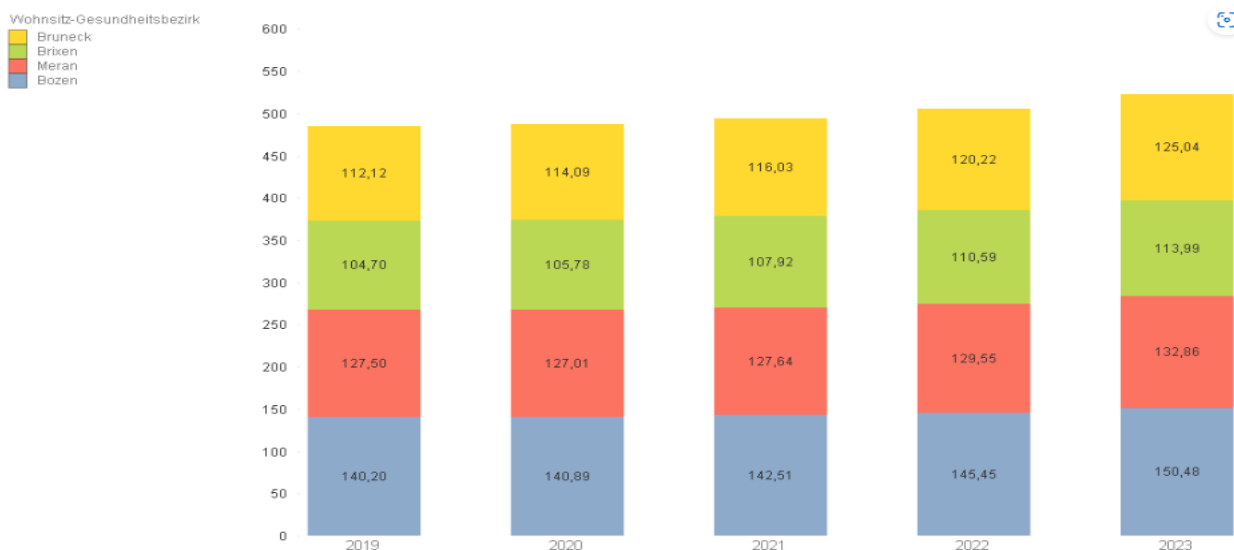
Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen 577,1 pro 100.000

Psychische Störungen: Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: 22,2 pro 1.000 Personen

Aufbau und Lebenserwartung der Bevölkerung

Der Altersindex liegt bei 136,1 Senioren (65 Jahre und darüber) auf 100 Kinder (zwischen 0 und 14 Jahren). Dieser Index ist in den letzten Jahren um 9 Punkte gestiegen, wobei der Index für die Frauen (155,1%) höher liegt als für die Männer (118,2%). Der Index auf Provinzebene liegt jedoch weiterhin deutlich unter dem auf Staatsebene, der bei 193,1% liegt.

Altersindex per Wohnsitz-Gesundheitsbezirk

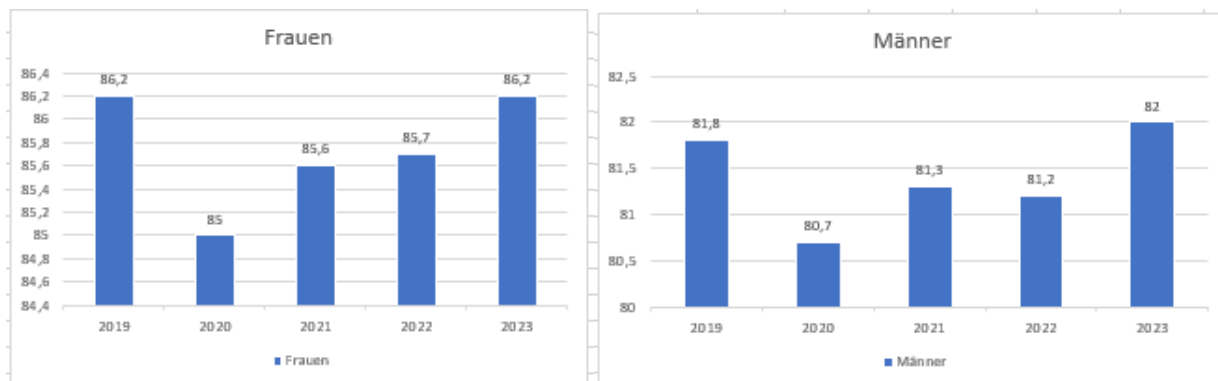


Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Der Index für Strukturabhängigkeit – also das Verhältnis zwischen den Bürgern in nicht aktivem Alter (0-14 Jahre und 65 Jahre und darüber) und der aktiven Bevölkerung (15-64 Jahre), multipliziert mit 100 ergibt 55,6% und ist unter den Frauen höher (59,2%), als bei den Männern (52%). Im Vergleich zum staatsweiten Index, der bei 57,4% liegt, weisen die Daten des Landes Südtirol eine nachhaltigere Bevölkerungsstruktur auf.

Der durchschnittliche Männlichkeitsindex liegt bei 98,4 Männer pro 100 Frauen. Das durchschnittliche Alter der Bevölkerung liegt bei 43,2 Jahren (42 bei den Männern und 44,4 bei den Frauen) und ist somit um 0,6 Jahre im letzten Fünfjahresabschnitt gestiegen.

Die Lebenserwartung liegt bei der Geburt bei 82 Jahren für die Männer und bei 86,2 für die Frauen, was deutlich höher ist als der nationale Durchschnitt (81,1 für die Männer und 85,2 für die Frauen). Die Lebenserwartung ist nach der Covid – 19 Pandemie, in der sie gesunken war, wieder angestiegen.



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeitsrate gilt als ein besonders signifikanter Indikator für das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung, da sie nicht nur das Gesundheitsniveau des Kindes (und folglich das der Mutter sowie die Qualität der Mutter-Kind-Versorgung) misst, sondern auch das allgemeine Niveau des sozioökonomischen Wohlstands und der Entwicklung des betreffenden Landes.



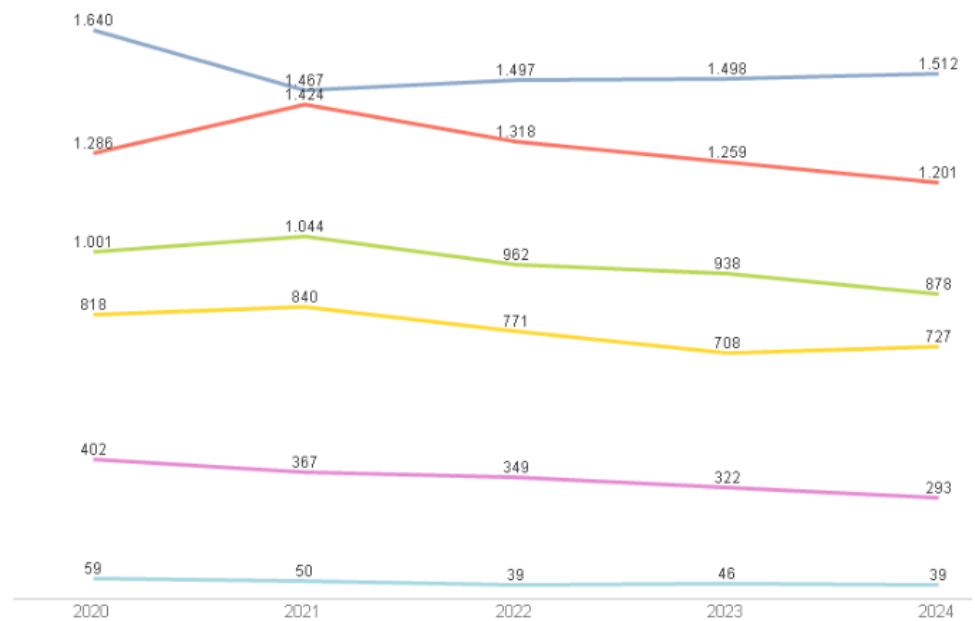
Regioni/PA	Valutazione
Friuli Venezia Giulia	3,90
Lombardia	4,82
PA Bolzano	3,05
Toscana	4,35
Umbria	3,48
Veneto	3,77

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Neugeborene je Geburtsabteilung

Geburtsabteilung

- Bozen
- Meran
- Brixen
- Bruneck
- Schlanders
- Zu Hause



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

LEISTUNGEN

ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Ein wichtiger Indikator für den Südtiroler Sanitätsbetrieb ist die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte in den Krankenhäusern. Die ordentlichen stationären Aufnahmen in den öffentlichen Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes sind im Covid-Zeitraum stark zurückgegangen. Nach Abschluss des Covid-Notstands konnten geplante Eingriffe wieder vermehrt durchgeführt werden und somit ist auch die Anzahl der stationären Aufnahmen wieder angestiegen. Der Wert des Jahres 2024 liegt allerdings noch unter dem Wert des Jahres 2019. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist über den gesamten Zeitraum kontinuierlich gesunken.

Ordentliche Aufenthalte – Anzahl

Krankenhaus	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Krankenhaus Bozen	24.413	20.943	21.495	21.818	22.497	22.396
Krankenhaus Meran	12.764	10.948	11.210	11.543	11.758	11.841
Krankenhaus Brixen	9.778	8.228	8.396	8.803	9.402	9.999
Krankenhaus Bruneck	8.857	7.089	7.029	7.732	7.907	8.156
Krankenhaus Sterzing	3.404	2.960	2.953	2.925	2.590	2.593
Krankenhaus Innichen	1.993	1.674	1.752	1.846	1.903	2.107
Krankenhaus Schlanders	1.734	1.320	1.458	1.786	1.920	1.959
Gesamt	62.943	53.162	54.293	56.453	57.977	59.051

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Ordentliche Aufenthalte – Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Krankenhaus	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Krankenhaus Bozen	7,15	7,13	7,19	7,15	7,13	7,22
Krankenhaus Meran	6,76	6,45	6,25	6,27	6,35	6,49
Krankenhaus Brixen	5,43	5,5	5,5	5,25	5,05	5,02
Krankenhaus Bruneck	5,77	5,58	5,44	5,16	5,06	5,11
Krankenhaus Sterzing	6,41	6,55	6,57	6,26	6,1	5,92
Krankenhaus Innichen	5,25	5,44	5,12	4,83	4,71	4,91
Krankenhaus Schlanders	6,17	6,11	6,28	5,78	5,45	5,35
Gesamt	6,48	6,42	6,38	6,24	6,17	6,21

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

FACHÄRZTLICHE AMBULANTE LEISTUNGEN

Die fachärztlichen ambulanten Leistungen sind im Corona-Zeitraum eingebrochen und liegen im Jahr 2024 über dem Vor-Corona Niveau.

Fachärztliche ambulante Leistungen - Anzahl

Anzahl der Leistungen nach leistungserbringendem Gesundheitsbezirk

Leistungserbringender Gesundheitsbezirk	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	3.571.030	2.713.904	2.975.989	3.192.405	3.636.183	4.039.366
Meran	2.411.163	1.758.872	2.091.597	2.219.815	2.398.087	2.120.202
Brixen	1.321.627	1.141.364	1.386.363	1.407.382	1.449.853	1.466.311
Bruneck	1.514.624	1.230.267	1.505.371	1.622.474	1.742.658	1.633.203
Gesamt	8.818.444	6.844.407	7.959.320	8.442.076	9.226.781	9.259.082

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Anzahl der Erstvisiten (Kodex 89.7) und Kontrollvisiten (Kodex 89.01)

Leistungserbringender Gesundheitsbezirk	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	335.754	244.520	261.725	273.572	318.979	339.649
Meran	260.527	162.841	197.432	211.865	221.018	207.818
Brixen	156.472	122.729	148.890	159.012	164.715	165.285
Bruneck	155.037	115.540	132.770	151.756	164.813	152.696
Gesamt	907.790	645.630	740.817	796.205	869.525	865.448

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Zugänge Notaufnahme

Krankenanstalt	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	76.839	63.946	70.425	83.136	91.371	94.405
Meran	68.616	46.237	53.458	66.341	65.176	60.892
Brixen	37.516	26.959	28.710	35.499	37.705	39.299
Bruneck	38.489	25.319	25.990	35.849	41.345	43.774
Sterzing	12.110	8.940	8.330	11.084	10.581	11.339
Innichen	14.575	9.397	9.099	13.104	14.697	15.344
Schlanders	19.384	13.907	15.814	20.704	20.299	20.369
Gesamt	267.493	194.705	211.826	265.717	281.174	285.422

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Diabetes

Während die Anzahl der diagnostizierten Diabetiker im Steigen ist, nimmt die Hospitalisierungsrate für Diabetes-Patienten kontinuierlich ab.

Diagnosen	2017	2018	2019	2020	2021
Diabetes Typ 1	1.215	1.276	1.337	1.370	1.441
Diabetes Typ 2	20.889	20.838	21.074	21.067	21.350
Andere Formen von Diabetes	344	343	395	434	497
Gesamt	22.448	22.457	22.806	22.871	23.288

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Hospitalisierung für Diabetes – Standardisierte Rate (pro 100.000 Einwohner)

Wohnbezirk	2017	2018	2019	2020	2021
Bozen	51,61	57,55	53,05	34,87	31,13
Meran	90,42	88,39	69,39	72,33	51,83
Brixen	77,54	67,61	98,56	73,05	78,76
Bruneck	60,96	59,68	48,38	42,53	36,57
Gesamt	66,61	67,00	62,70	51,06	43,71

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Schenkelhalsbrüche

Der Anteil, der innerhalb von 2 Tagen nach der Aufnahme operierten Schenkelhalsbrüche hat über den analysierten Zeitraum kontinuierlich zugenommen und liegt im italienischen Spitzenfeld. Für das Jahr 2023 wurde eine neue Berechnungsmethode angewandt, deshalb sind die Prozentsätze für alle Regionen etwas zurückgegangen.

Nuovo Sistema di Garanzia – Ergebnisse des Krankenhausbereichs	Durchschnittswert Italien	Durchschnittswert SABES (Private inbegriffen)
H13C – Prozentsatz der Patienten (Alter 65+) mit Diagnose Schenkelhalsfraktur im ordentlichen Aufenthalt, innerhalb von 2 Tagen operiert.	61,2	82,3

Datenquelle: Ministero della Salute – Relazione Nuovo Sistema di Garanzia 2021 – Data del documento 2023

Anteil der innerhalb von 2 Tagen nach der Aufnahme operierten Schenkelhalsbrüche

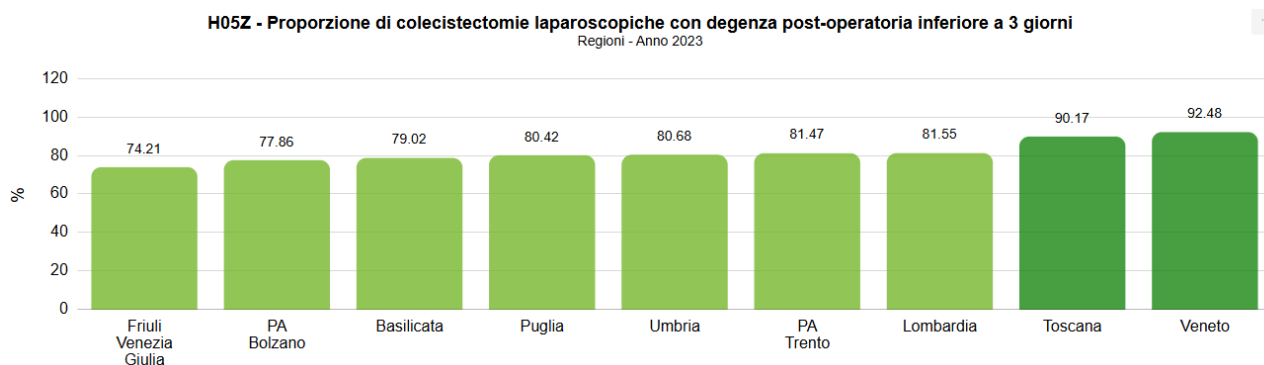
Krankenhaus	2019	2020	2021	2022	2023
Krankenhaus Bozen	70,06	70,03	74,46	79,42	75,50
Krankenhaus Meran	73,08	77,93	86,41	87,20	83,19
Krankenhaus Brixen	96,24	93,51	92,42	93,29	84,56
Krankenhaus Bruneck	91,38	89,86	84,27	86,03	89,12
Krankenhaus Sterzing	100,00	100,00	100,00	96,77	100,00
Krankenhaus Innichen	89,47	89,29	92,86	95,92	94,55
Krankenhaus Schlanders	80,43	80,65	96,88	95,45	81,82
Gesamt	81,30	81,07	83,49	86,03	82,57

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Cholezystektomie

Beim Anteil der laparoskopischen Eingriffe mit stationärem Aufenthalt von weniger als 3 Tagen liegt der Südtiroler Sanitätsbetrieb über dem staatlichen Mittelwert.

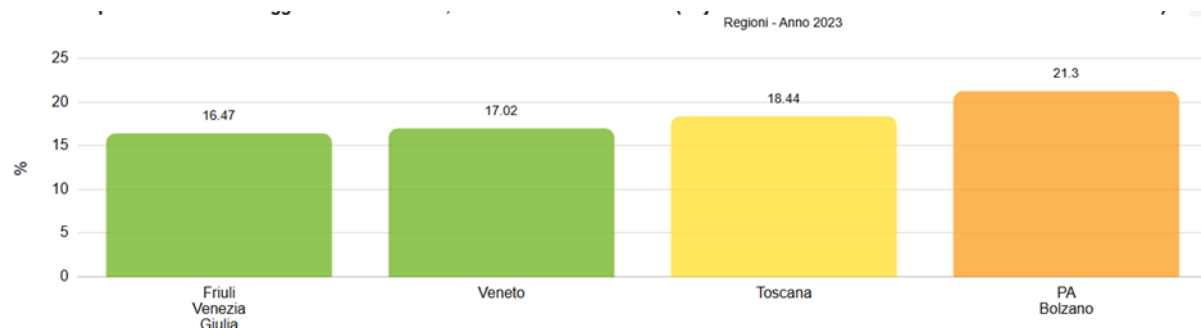
H05Z – Anteil der laparoskopischen Eingriffe mit stationärem Aufenthalt von weniger als 3 Tagen



Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Ictus/Schlaganfall

Die Prognose des Patienten, der einen ischämischen Schlaganfall überlebt hat, hängt sowohl von der Qualität der akuten stationären Behandlung als auch von der Qualität des anschließenden Behandlungsverlaufs ab, der ein angemessenes Rehabilitations- und sekundäres Präventionsprogramm umfasst, das darauf abzielt, das Auftreten von nachfolgenden kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Ereignissen zu verhindern. Nur 25 % der Fälle von ischämischem Schlaganfall heilen vollständig. Die Rate schwerer Rückfälle oder Todesfälle im ersten Jahr liegt bei 30-40 % und wird stark vom Alter und dem Vorhandensein von Begleiterkrankungen beeinflusst. Das Auftreten schwerwiegender zerebrovaskulärer oder kardiovaskulärer Ereignisse innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis kann als Indikator für die Gesamtqualität des gesamten stationären und ambulanten Behandlungspfades betrachtet werden.

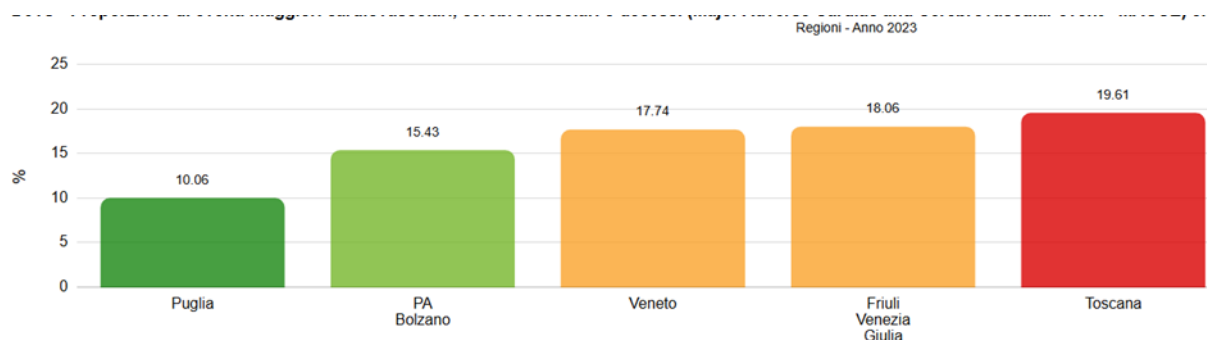


Anzahl der stationären Aufenthalte mit der Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall, bei denen innerhalb von 12 Monaten ab dem Entlassungsdatum des ursprünglichen Aufenthalts ein schwerwiegendes kardiovaskuläres oder zerebrovaskuläres Ereignis (MACCE) eintritt.

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Herzinfarkt

Die Versorgung von Patienten nach einer stationären Aufnahme wegen eines akuten Myokardinfarkts erfordert die Einrichtung eines Programms zur sekundären Prävention, das diätetische Empfehlungen, Änderungen des Lebensstils und die Festlegung einer angemessenen medikamentösen Strategie umfassen muss, um das Auftreten von nachfolgenden kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Ereignissen zu verhindern. Das Programm sollte während des Krankenhausaufenthalts eingerichtet und dem Hausarzt übermittelt werden, damit die Patienten es unbegrenzt befolgen können. Das Auftreten schwerer zerebrovaskulärer oder kardiovaskulärer Ereignisse innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis kann als Proxy für die Gesamtqualität des gesamten Krankenhaus- und Versorgungsprozesses angesehen werden.



Anzahl der Episoden von IMA, bei denen innerhalb von 12 Monaten nach dem Entlassungsdatum des Indexaufenthalts ein schwerwiegendes kardiovaskuläres oder zerebrovaskuläres Ereignis aus allen Ursachen (MACCE) eintritt.

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Anzahl an Eingriffen bei bösartigen Prostatatumoren

Der Indikator wird bewertet auf Grundlage des Durchschnitts der Punktzahlen der folgenden Unterindikatoren:

C10.1.1: Prozentsatz der Krankenhausaufenthalte über der Schwelle für chirurgische Eingriffe bei bösartigen Prostatatumoren;

C10.1.2: Streuungsindex der Fälle in Abteilungen unter der Schwelle für chirurgische Eingriffe bei bösartigen Prostatatumoren.

Die minimale Schwelle für das Volumen der Aktivität beträgt 50 Erstinterventionen pro Jahr für komplexe Strukturen.



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	1,59
Friuli Venezia Giulia	4,50
Lombardia	3,90
PA Bolzano	3,62
PA Trento	5,00
Puglia	4,07
Toscana	4,77
Umbria	3,30
Veneto	4,36

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Brustkrebs

Der Indikator C10.2 - Brustkrebsweg wird durch den Durchschnitt der Punkte der folgenden Unterindikatoren bestimmt: - C10.2.1 Prozentsatz der brusterhaltenden Eingriffe oder nipple/skin sparing Operationen bei malignen Brusttumoren- C10.2.2 Prozentsatz der Frauen, die die Sentinel-Lymphknotenentfernung gleichzeitig mit dem Krankenhausaufenthalt wegen Brustkrebs durchführen- H03C Anteil an neuen Resektionsoperationen innerhalb von 120 Tagen nach einer brusterhaltenden Operation bei malignen Brusttumoren- C10.2.5 Verabreichung der adjuvanten Chemotherapie innerhalb von 60 Tagen nach einer Brusttumoroperation- C10.2.6 Prozentsatz der Frauen mit einer mammografischen Nachsorge zwischen 6 und 18 Monaten nach der Brustoperation- PDTA06.1 Zeitnähe des chirurgischen Eingriffs von der Diagnose (PDTA Brust)- PDTA06.2 Zeitnähe des Beginns der medizinischen Therapie (PDTA Brust)- PDTA06.3 Ergänzende Strahlentherapie (PDTA Brust)



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	2,62
Friuli Venezia Giulia	3,63
Lombardia	2,67
PA Bolzano	3,25
PA Trento	2,55
Puglia	2,94
Toscana	3,70
Umbria	1,83
Veneto	3,54

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Palliative Betreuung

Der Indikator wird als gewichteter Durchschnitt der Punktzahlen der folgenden Indikatoren berechnet:- D30Z Anzahl verstorbener Personen an Krebs, die von der Palliativversorgung betreut wurden, im Verhältnis zur Gesamtzahl der an Krebs Verstorbenen (Gewicht: 55%)- C28.2b Prozentsatz der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, bei denen die maximale Wartezeit zwischen Meldung und Aufnahme ins Hospiz kleiner oder gleich 3 Tage ist (Gewicht: 15%)- C28.3 Prozentsatz der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, bei denen der Aufenthalt 30 Tage oder länger beträgt (Gewicht: 15%)- D32Z Anzahl der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die aus einem Krankenhausaufenthalt oder von einer nicht betreuten häuslichen Umgebung kommen, bei denen der Aufenthalt im Hospiz kleiner oder gleich 7 Tage ist im Verhältnis zur Anzahl der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen (Gewicht: 15%)



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	3,17
Friuli Venezia Giulia	2,82
Lombardia	0,70
PA Bolzano	3,10
PA Trento	4,02
Puglia	2,19
Toscana	3,00
Umbria	3,06
Veneto	2,75

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

PRODUKTIONSPLAN 2024 MIT BERICHT

Produktionsplan 2024 - zusammenfassende Übersicht und Bericht							
Piano di produzione 2024 - quadro riassuntivo e relazione							
Öffentliche Einrichtungen - Strutture pubbliche							
	Gesundheitsbezirk Bozen Comprensorio sanitario di Bolzano	Gesundheitsbezirk Meran Comprensorio sanitario di Merano	Gesundheitsbezirk Brixen Comprensorio sanitario di Bressanone	Gesundheitsbezirk Bruneck Comprensorio sanitario di Brunico	insgesamt öffentliche Einrichtungen Totale strutture pubbliche	Privat Privato	insgesamt totale
Akutaufnahmen Ricoveri per acuti *	27.931	16.363	15.350	11.976	71.620	5.982	77.602
Aufnahmen für Rehabilitation (Kodex 56.00 und 75.00) Ricoveri per riabilitazione (codice 56.00 e 75.00)	46	152		48	246	2.620	2.866
Aufnahmen für Postakute Langzeitpflege (Kodex 60.00) Rioveri per Postacuti- Lungodegenza (codice 60.00)	-	15	132	124	271	1.600	1.871
Insgesamt /Totale							82.339
*Akutaufnahmen (einschließlich DH/DS) ohne Neugeborene							
*Acuti (incl. DH/DS) senza Neonati							
Datenquelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung							
Fonte dati: SIVAS - Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria							

ANKAUF VON LEISTUNGEN VON PRIVATANBIETERN IN EURO

	Obergrenze 2024	Brutto	Ticket	Netto
FACHÄRZTLICHE AMBULANTE LEISTUNGEN	18.323.335,00 €	15.448.796,65 €	2.059.572,86 €	10.638.556,06 €
ORDENTLICHE STATIONÄRE AUFENTHALTE	38.317.998,52 €	37.128.771,39 €	0,00 €	36.786.080,98 €
FACHARZTLEISTUNGEN AUF DEM TERRITORIUM	11.830.900,00 €	11.725.628,00 €	318.370,94 €	1.680.866,62 €
AUFNAHMEN IN TERRITORIALEN EINRICHTUNGEN	10.972.964,65 €	8.654.174,93 €	226.393,51 €	3.166.242,55 €
SOZIO-SANITÄRE AUFENTHALTE	3.420.000,00 €	2.908.459,59 €	166.905,97 €	651.052,91 €
VORBEUGUNG	1.619.633,00 €	1.595.507,27 €	194.343,96 €	1.436.787,20 €
GESAMT PRODUKTIONSPLAN	84.484.831,17 €	77.461.337,52 €	2.965.587,24 €	54.359.586,32 €

Datenquelle: Buchhaltung SABES und Software zur Verrechnung der fachärztlichen ambulanten Leistungen

HUMANRESSOURCEN

Die Humanressourcen stellen innerhalb jeder Organisation ein strategisches und entscheidendes Element für die Erreichung der Unternehmensziele dar, erst recht im Kontext eines Sanitätsbetriebes, der Dienstleistungen am Menschen erbringt.

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb ist die Anzahl der vollzeitäquivalenten Mitarbeiter vom Jahr 2020 auf das Jahr 2024 um ca. 2% angestiegen.

Personalressourcen

ANZAHL MITARBEITER VOLLZEITÄQUIVALENT (FTE) ZUM 31.12. JEDEN JAHRES

Berufsgruppe	2020	2021	2022	2023	2024
Ärztliches Personal	1.436,40	1.529,40	1.429,70	1.391,30	1.358,70
Medizinisches Personal in Ausbildung	111,1	139,2	142,9	183,9	205,4
Sonstige Akademiker	240,1	260,5	265,3	264,9	279,7
Pflegekräfte	3.311,30	3.410,60	3.196,30	3.234,80	3.277,20
Technische Berufsbilder	1.071,80	1.087,30	1.013,90	1.063,00	1.074,30
Hilfskräfte	604,6	592,8	537,4	510,4	480,1
Sozio-sanitäre Hilfskräfte	609,1	635	623,2	639,8	646,3
Verwaltung	1.083,10	1.279,80	1.168,20	1.197,50	1.243,10
Sonstige	608,3	651,5	635,1	678	703
Nicht definiert	0		0		
Total	9.075,60	9.585,90	9.012,00	9.163,70	9.267,60

Datenquelle: Datenbank SABES – Standard-Vollzeitäquivalente

GELEISTETE ARBEITSSTUNDEN IM SABES

Berufsgruppe	2020	2021	2022	2023	2024
Ärztliches Personal	2.316.876	2.466.989	2.306.112	2.244.211	2.191.492
Medizinisches Personal in Ausbildung	179.131	224.428	230.543	296.701	331.303
Sonstige Akademiker	395.681	429.342	437.324	436.597	460.902
Pflegekräfte	4.894.015	5.040.802	4.724.177	4.780.914	4.843.633
Technische Berufsbilder	1.630.309	1.653.750	1.542.112	1.616.773	1.633.932
Hilfskräfte	911.695	893.861	810.414	769.707	723.999
Sozio-sanitäre Hilfskräfte	918.439	957.579	939.777	964.882	974.709
Verwaltung	1.651.673	1.951.605	1.781.399	1.826.153	1.895.701
Sonstige	931.823	998.150	972.969	1.038.729	1.076.921
Nicht zu berücksichtigen	425	380		83.348	
Nicht definiert	2.233	8.066	4.995	15.006	
Total	13.832.301	14.624.952	13.749.822	14.073.021	14.132.591

Datenquelle: Datenbank SABES

MATERIALVERBRAUCH

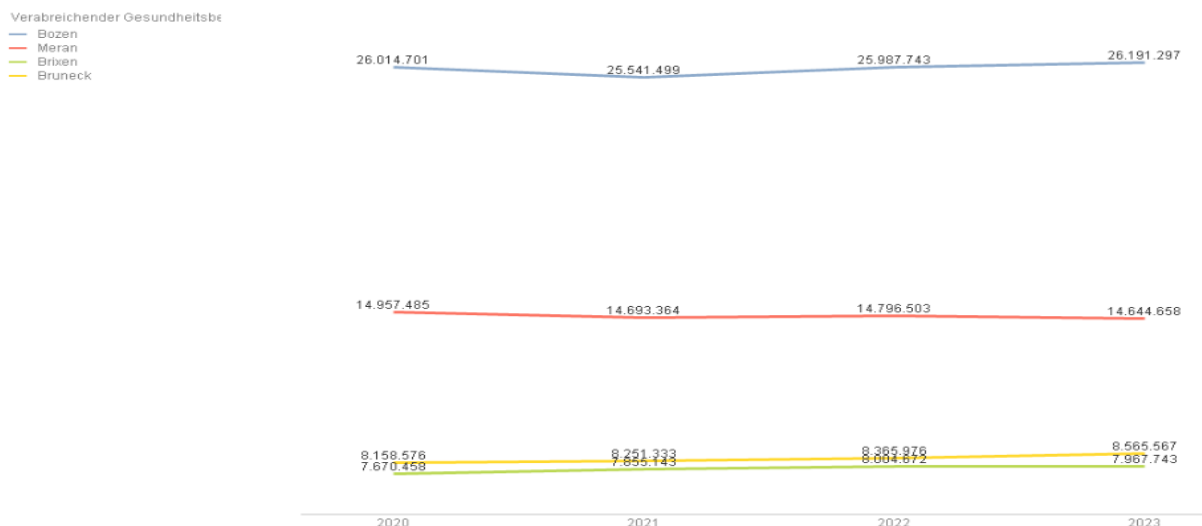
Der Anstieg der geleisteten Arbeitsstunden, bedingt durch die ständig steigende Notwendigkeit an Pflege, schlägt sich auch im Materialverbrauch nieder, wie man aus folgender Tabelle für den Bereich der Pharmaka und der Nicht-sanitären Güter ablesen kann. Im Bereich der sanitären Güter hatten wir im Zeitraum 2020-2022 außergewöhnlich hohe Konsumwerte beim diagnostischen Material für die Covid-Tests. Auch hier können wir einen Zuwachs im Jahr 2024 in Vergleich zum Jahr 2023 feststellen.

Materialverbrauch

	2020	2021	2022	2023	2024
Medikamente	92.814.247 €	106.452.116 €	117.495.010 €	126.749.451 €	144.135.814 €
Sanitäre Güter	105.063.337 €	123.199.314 €	108.048.281 €	97.005.986 €	101.326.194 €
Nicht sanitäre Güter	13.791.471 €	14.653.360 €	19.760.797 €	18.305.753 €	15.695.343 €
Sonstige Güter und Dienstleistungen	107.157.618 €	118.136.693 €	126.413.289 €	126.971.097 €	123.039.240 €
Total	318.826.674 €	362.441.482 €	371.717.377 €	369.032.286 €	384.196.590 €

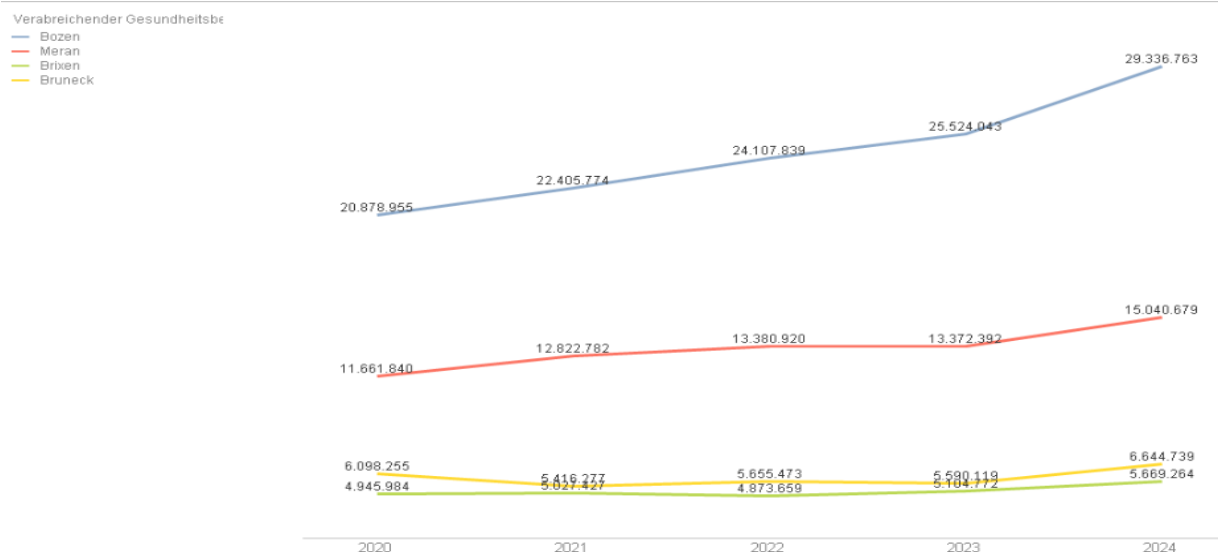
Datenquelle: Datenbank SABES

Vertragsgebundene Pharmazeutik je Gesundheitsbezirk (in Euro)



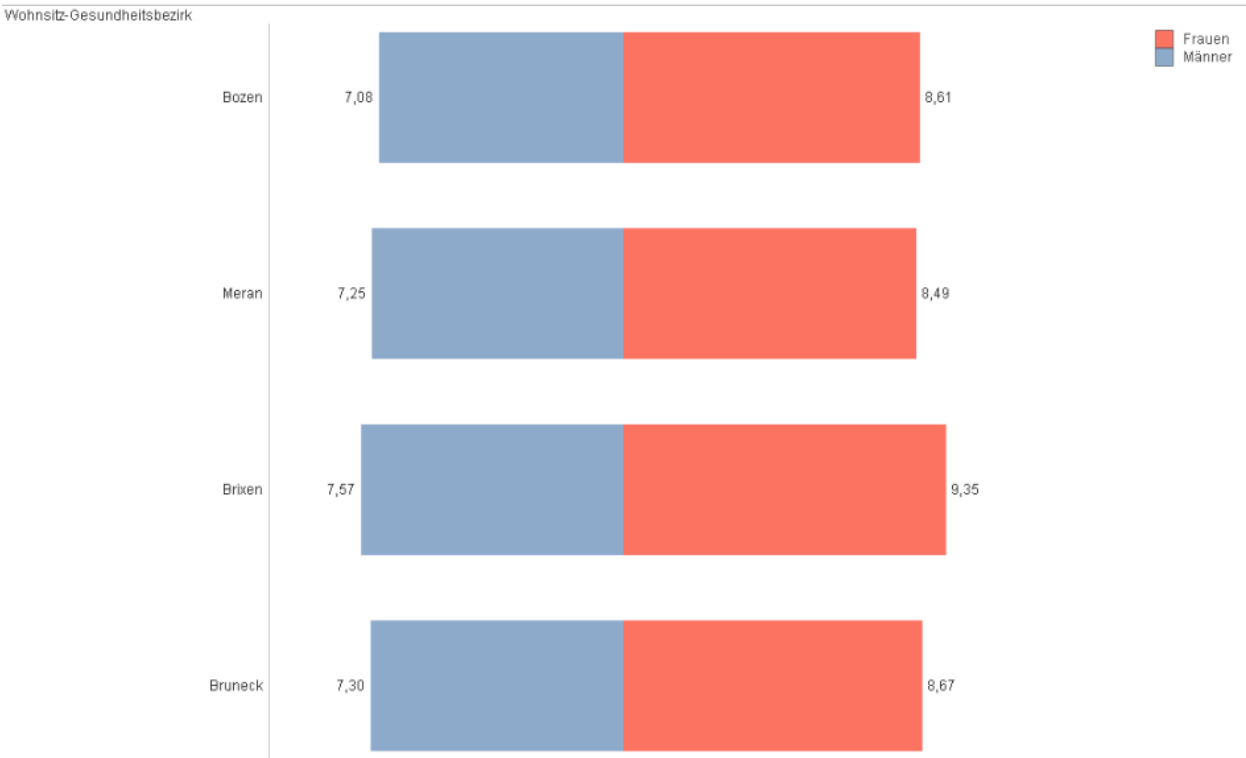
Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Ausgabe für Arzneimittel im Krankenhaus je Gesundheitsbezirk (in Euro)



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Antibiotikaverbrauch je Gesundheitsbezirk – Jahr 2023



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Die folgenden Tabellen zeigen einige Indikatoren, mit dem Vergleich der Performance des Südtiroler Sanitätsbetriebs für das Jahr 2023 im Verhältnis zum gesamtstaatlichen Durchschnitt

Klinischer Bereich: Herz-Kreislaufsystem

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien	Audit
Myokardinfarkt (IMA): Sterblichkeitsrate innerhalb von 30 Tagen (mit klinischen Variablen)	Krankenhaus Bozen	Hoch	335	5.79	7.13	
Akuter Myokardinfarkt: % Behandelte mit PTCA (perkutane transluminale Koronarangioplastie) innerhalb von 90 Minuten	Krankenhaus Bozen	Sehr hoch	251	68.29	56.14	
Klappenplastik oder Herzklappenersatz: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	111	1.86	2.21	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	329	9.94	9.63	
Reparatur eines nicht rupturierten Bauchaortenaneurysmas: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	76	2.54	1.49	Si
Myokardinfarkt (IMA): Sterblichkeitsrate innerhalb von 30 Tagen (mit klinischen Variablen)	Krankenhaus Meran	Mittel	92	9.27	7.13	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Hoch	137	7.88	9.63	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Mittel	104	13.69	9.63	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Niedrig	107	14.95	9.63	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Schlanders	Hoch	57	7.42	9.63	

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: allgemeine Chirurgie

Indikator: Laparoskopische Cholezystektomie: Krankenhausaufenthalte mit postoperativem Aufenthalt < 3 Tage

Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Krankenhaus Bozen	Hoch	132	78.88	84.74
Krankenhaus Meran	Hoch	99	70.98	84.74
Krankenhaus Brixen	Sehr hoch	71	83.93	84.74
Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	105	81.68	84.74
Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	70	80.70	84.74
Krankenhaus Sterzing	Sehr niedrig	36	-	84.74

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: onkologische Chirurgie

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien	Audit
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Bozen	Hoch	150	6,73	5.64	
Chirurgischer Eingriff bei Lungen Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Sehr niedrig	168	1.54	0.86	
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittelo	152	4.13	3.69	
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	77	18.50	5.64	
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	83	4.61	3.69	
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Brixen	Sehr niedrig	47	25.15	5.64	Ja
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Sehr niedrig	46	-	3.69	
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Bruneck	Sehr niedrig	30	20.24	5.64	
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Sehr niedrig	48	-	3.69	

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Schwangerschaft und Geburt

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bozen	Sehr hoch	1255	13.54	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Bozen	Hoch	944	7.03	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bozen	Sehr hoch	200	42.65	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Meran	Sehr hoch	1082	18.75	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Meran	Sehr hoch	853	4.42	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Meran	Mittel	141	21.51	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Brixen	Hoch	788	19.02	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Brixen	Sehr hoch	611	4.21	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Brixen	Hoch	128	36.26	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bruneck	Mittel	605	22.46	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Bruneck	Hoch	435	5.83	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bruneck	Mittel	99	19.14	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	279	26.61	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	209	7.87	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	44	-	11.57

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Nierenheilkunde

Indikator: Chronisches Nierenversagen: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt

Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Krankenhaus Bozen	Mittel	396	14.15	11.47
Krankenhaus Meran	Sehr hoch	156	10.25	11.47
Krankenhaus Innichen	Sehr hoch	64	5.97	11.47

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Neurologie

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Schlaganfall: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Hoch	312	8.27	9.40
Chirurgischer Eingriff bei Hirntumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Kraniektomie	Krankenhaus Bozen	Mittel	279	1.90	2.96
Schlaganfall: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr hoch	78	5.10	9.40
Schlaganfall: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Mittel	52	11.09	9.40

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Atmung

Indikator: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD-Rückfälligkeit: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Krankenhaus Bozen	Mittel	172	11.76	9.55
Krankenhaus Meran	Mittel	103	10.22	9.55
Krankenhaus Bruneck	Niedrig	55	12.19	9.55

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Osteomuskulär

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien	Audit
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Bozen	Mittel	272	57.02	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	136	3.43	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Sehr niedrig	26	-	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Meran	Hoch	163	66.27	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	107	11.73	3.12	Ja
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	37	-	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Brixen	Hoch	76	63.29	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Mittel	95	6.05	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Sehr hoch	129	2.38	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	98	72.21	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	131	2.61	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	71	1.32	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Innichen	Sehr niedrig	31	-	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Innichen	Mittel	184	3.64	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Innichen	Sehr hoch	257	1.97	1.12	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	44	-	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	36	2.39	1.12	

Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Sterzing	Sehr niedrig	10	-	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Sterzing	Mittel	137	4.00	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Sterzing	Sehr hoch	142	2.81	1.12	

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Notfallnetzwerk

Bericht: „Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali 2023” – 25.03.2024

Das Ministerialdekret Nr. 70 vom 2. April 2015 „Verordnung zur Festlegung der qualitativen, strukturellen, technologischen und quantitativen Normen für die Krankenhausversorgung“ sieht vor, dass im Rahmen der Konzeption des Krankenhausnetzes Netzwerke nach Pathologie gegliedert werden müssen, die die akute und postakute Krankenhausaktivität mit der territorialen Aktivität verbinden, insbesondere die Netzwerke für Infarkt, Schlaganfall, Trauma.

3.1.1.2.1 Kardiologie Netzwerk

Im Folgenden werden für jede Region/Autonome Provinz die Ergebnisse der Antworten zu den Themenbereichen A, B zum Kardiologie Netzwerk und F des Fragebogens (Grundstruktur, Funktionsweise und Einblicke in das kardiologische Notfallnetzwerk), ausgedrückt als synthetischer Wert der spezifischen Bereiche, die von 0 bis 1 reichen.

Tabelle A und Kartographie C identifizieren mit einer proportionalen Farbskala die Regionen/Autonome Provinzen, die besser (grün) und die weniger gut (rot) abschneiden.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2 Approfondimenti programmatori per Rete

3.1.1.2.1 Approfondimento Rete Cardiologica

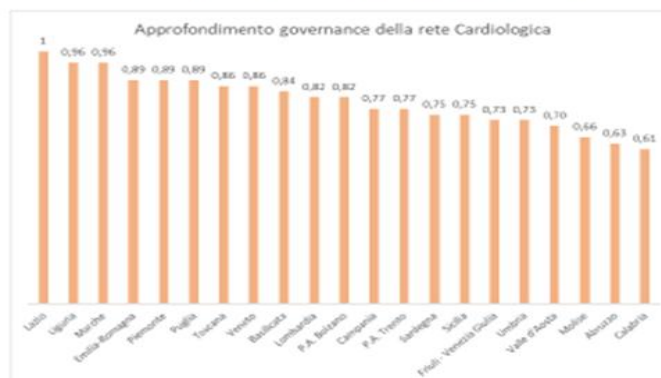
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete cardiologica ed F del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Cardiologica per l'Emergenza*), espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Tabella A e la Cartografia C identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. più performanti (verde) a quelle meno performanti (rosso).

A. Tabella Governance rete cardiologica

Regione/P.A.	Approfondimento governance della rete Cardiologica
Lazio	1
Liguria	0,96
Marche	0,96
Emilia-Romagna	0,89
Piemonte	0,89
Puglia	0,89
Toscana	0,86
Veneto	0,86
Basilicata	0,84
Lombardia	0,82
P.A. Bolzano	0,82
Campania	0,77
P.A. Trento	0,77
Sardegna	0,75
Sicilia	0,75
Friuli - Venezia Giulia	0,73
Umbria	0,73
Valle d'Aosta	0,70
Molise	0,66
Abruzzo	0,63
Calabria	0,61

B. Istogramma Governance rete cardiologica



C. Cartografia Governance rete cardiologica

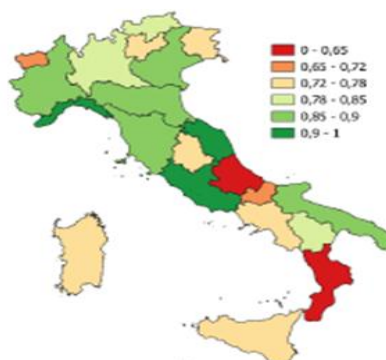


Figura 3.

A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete cardiologica

3.1.1.2.4 Schlaganfallnetzwerk

Im Folgenden werden für jede Region/Autonome Provinz Behörde die Ergebnisse der Antworten zu den Themenbereichen A, B zum Schlaganfallnetzwerk und E des Fragebogens (Grundstruktur, operative Mechanismen und Einblicke Schlaganfallnetzwerk), ausgedrückt als synthetischer Wert für die jeweiligen Bereiche, der von 0 bis 1 reicht.

Tabelle A und Kartographie C identifizieren mit einer proportionalen Farbskala die Regionen/Autonome Provinzen, die besser (grün) und die weniger gut (rot) abschneiden.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.4 Approfondimento Rete Emergenza-Urgenza

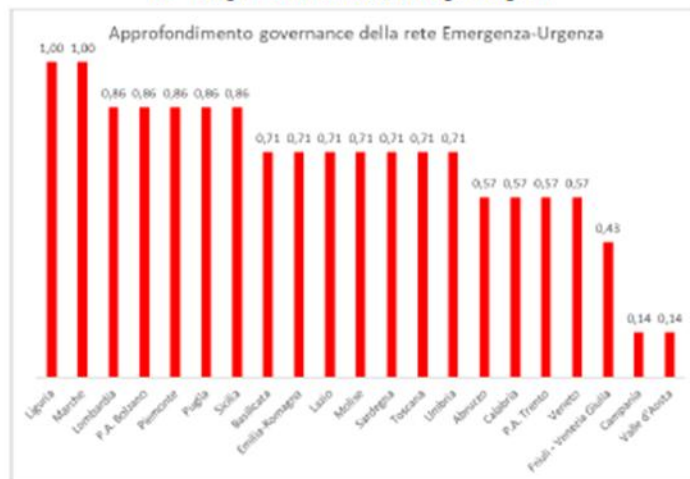
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi*) sulla Rete emergenza-urgenza, espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Tabella A e la Cartografia C identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. più performanti (verde) a quelle meno performanti (rosso).

A. Tabella Governance rete emergenza-urgenza

Regione/ P.A.	Approfondimento governance della rete Emergenza-Urgenza
Liguria	1,00
Marche	1,00
Lombardia	0,86
P.A. Bolzano	0,86
Piemonte	0,86
Puglia	0,86
Sicilia	0,86
Basilicata	0,71
Emilia-Romagna	0,71
Lazio	0,71
Molise	0,71
Sardegna	0,71
Toscana	0,71
Umbria	0,71
Abruzzo	0,57
Calabria	0,57
P.A. Trento	0,57
Veneto	0,57
Friuli - Venezia Giulia	0,43
Campania	0,14
Valle d'Aosta	0,14

B. Istogramma Governance rete emergenza-urgenza



C. Cartografia Governance rete emergenza-urgenza

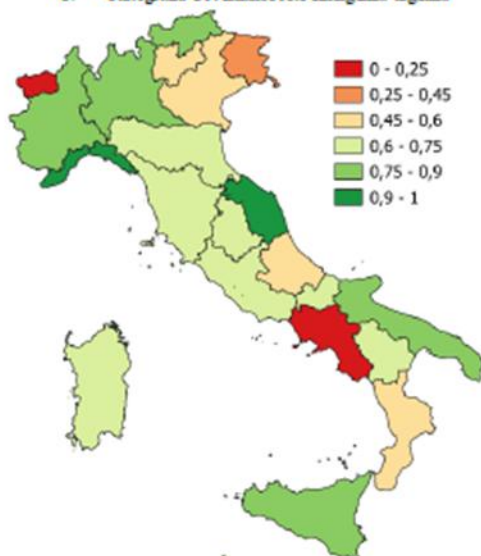


Figura 6. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete emergenza-urgenza

3.1.1.2.3 Traumanetzwirk

Nachfolgend sind die Ergebnisse der Antworten für jede Region/Autonome Provinz zu den Themenbereichen A, B zum Traumanetzwirk und G des Fragebogens (Grundstruktur, operative Mechanismen und Einblicke Traumanetzwirk), ausgedrückt als synthetischer Wert der spezifischen Bereiche, die von 0 bis 1 reichen.

Tabelle A und Kartographie C zeigen mit einer proportionalen Farbskala die die leistungsstärkeren Regionen/Behörden (grün) und die leistungsschwächeren (rot).

Tabelle A und Kartographie C identifizieren mit einer proportionalen Farbskala die Regionen/Autonome Provinzen, die besser (grün) und die weniger gut (rot) abschneiden.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.3 Approfondimento Rete Trauma

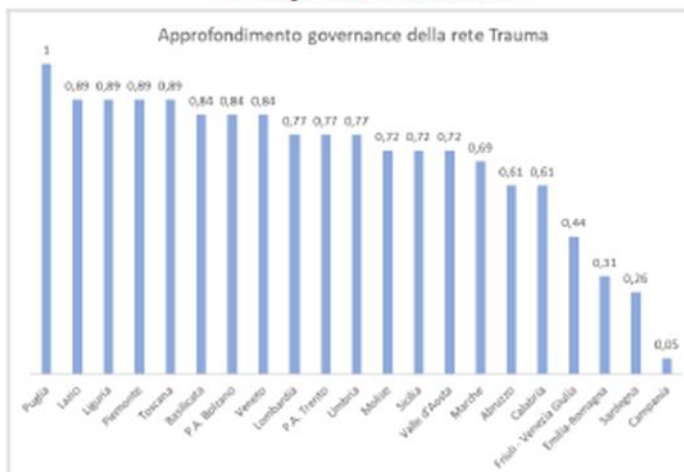
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete trauma e G del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Trauma*) espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Tabella A e la Cartografia C identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. più performanti (verde) a quelle meno performanti (rosso).

A. Tabella Governance rete trauma

Regione/ P.A.	Approfondimento governance della rete Trauma
Puglia	1
Lazio	0,89
Liguria	0,89
Piemonte	0,89
Toscana	0,89
Basilicata	0,84
P.A. Bolzano	0,84
Veneto	0,84
Lombardia	0,77
P.A. Trento	0,77
Umbria	0,77
Molise	0,72
Sicilia	0,72
Valle d'Aosta	0,72
Marche	0,69
Abruzzo	0,61
Calabria	0,61
Friuli - Venezia Giulia	0,44
Emilia-Romagna	0,31
Sardegna	0,26
Campania	0,05

B. Istogramma Governance rete trauma



C. Cartografia Governance rete trauma

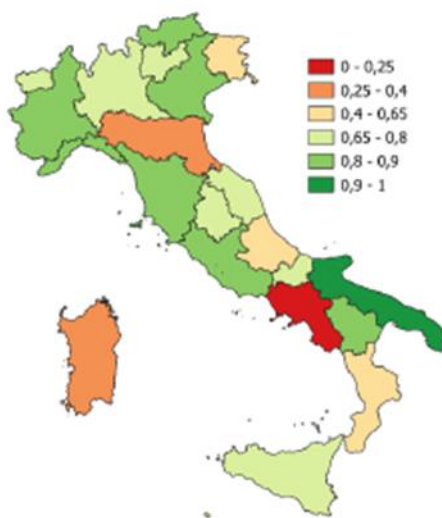


Figura 5. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete trauma

2.2 Messung und Bewertung der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2024

Auch für das Jahr 2024 hat sich der Südtiroler Gesundheitsbetrieb dem Ziel verschrieben, eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung für die Südtiroler Bevölkerung zu gewährleisten, indem sie sektorübergreifende und bedarfsgerechte Leistungen anbietet und dabei die Grundsätze der Effizienz, der Angemessenheit, aber auch der Sicherheit, der Nachhaltigkeit, der Transparenz und des organisatorischen Wohlergehens beachtet, damit die Patienten am „best point of service“ und möglichst wohnortnah versorgt werden.

Die für 2024 festgelegten Jahresziele wurden in die folgenden fünf Makrogruppen eingeteilt.

A. Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen

Die Ziele in diesem Bereich sind darauf ausgerichtet, die Organisation und die Dienstleistungen zu verbessern und die Befähigung und Beteiligung an strategischen und Managemententscheidungen einer größtmöglichen Anzahl von Mitarbeitern zu fördern, die an der Erbringung von Gesundheits- und Support-Dienstleistungen für Patienten/Bürger beteiligt sind.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist auf die kontinuierliche Verbesserung der Qualität seiner Dienstleistungen und die Erreichung/Aufrechterhaltung hoher Versorgungsstandards ausgerichtet und fördert die Schaffung eines Umfelds, das berufliche Spitzenleistungen begünstigt.

Dies bezieht sich sowohl auf die Definition, Aufrechterhaltung und Überprüfung der klinischen Qualität als auch auf die Mechanismen der Rechenschaftspflicht, des Managements und der Steuerung der Pflegeprozesse.

Dazu gehören vor allem Interventionen zur Verbesserung der Angemessenheit, einschließlich Maßnahmen zur Verringerung der Wartelisten.

B. Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)

Im Rahmen der Reorganisation der klinischen Governance wird insbesondere die schrittweise Umsetzung des Landesgesundheitsplans im Bereich der klinischen Versorgung fortgesetzt.

Das bereits 2022 gestartete Großprojekt, in dem sich die Südtiroler Gesundheitsbehörde für die Erlangung der Accreditation Canada einsetzt, wurde mit großem Erfolg abgeschlossen.

C. Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes

Das Wissen und die Professionalität der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind die wichtigste Ressource für die Qualität, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsdienstleistungen. Neben der ständigen Verbesserung der Kompetenzen des bereits beschäftigten Personals durch Aus- und Weiterbildung ist es wichtig, durch gezielte Bindung neues qualifiziertes Personal zu gewinnen und das Ziel der Stärkung des Engagements und der Leistungsfähigkeit aller Akteure in den Mittelpunkt der Personalpolitik des Südtiroler Sanitätsbetriebes zu stellen. Neben der Personalentwicklung hat auch die Unternehmenskultur einen wesentlichen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit.

D. Verbesserung der Steuerung durch Ausbau der Planungs- und Kontrollinstrumente

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist ständig bestrebt, die Verwaltung weiterzuentwickeln und vor allem in Planung und Kontrolle zu investieren. Zu diesem Zweck sind im Laufe des Dreijahreszeitraums verschiedene Aktionen und Maßnahmen geplant, von denen einige Teil eines in den Vorjahren begonnenen Prozesses sind.

E. Verbesserung und Ausbau der Informationssysteme und Informatik

Um auf die anstehenden Herausforderungen immer adäquater reagieren zu können, müssen innovative Wege beschritten werden. Und hier kommt die Informationstechnologie ins Spiel, die auch im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung viele Möglichkeiten bietet: von der Buchung von Leistungen über die Erfassung von Berichten bis hin zur integrierten digitalen Patientenakte, die den Bürger von der Geburt bis zum Tod begleitet.

Die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Indikatoren zur Messung und Bewertung der Performance laut Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms werden in der Anlage „Bericht zu den Zielen des Jahrestätigkeitsprogramms 2024“ angeführt.

3 Korruptionsvorbeugung und Transparenz

3.1 Verantwortlicher für Korruptionsvorbeugung und Transparenz und Bewertung der Tätigkeiten

Im Jahr 2024 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Rolle des Verantwortlichen für Korruptionsvorbeugung (VK) und die Funktion des Verantwortlichen für Transparenz (VT) getrennt.

Unter diesem Gesichtspunkt hatte der neue VKB das Hauptziel, Kontinuität mit der bisherigen Arbeit zu gewährleisten, und legte daher größten Wert darauf, alle im Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz (DJPKPT) 2024-2026 enthaltenen Maßnahmen vollständig umzusetzen. Dabei machte er sich die Methoden der Prozesskartierung, der Bewertung von Korruptionsrisiken und der Identifizierung von Präventionsmaßnahmen zu eigen, die durch die geltenden Vorschriften und die von der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) verabschiedete Richtlinie definiert sind.

Besondere Ressourcen wurden in die Anpassung der Inhalte der internen Schulung im Bereich Korruptionsprävention und in die Erstellung eines vielfältigen Schulungsangebots investiert, das auch aufgezeichnete zweisprachige Schulungen umfasst, die „on demand“ verfügbar sind.

Der Antikorruptionsbeauftragte und der Transparenzbeauftragte haben gemeinsam eine treibende und koordinierende Rolle bei der Umsetzung des Abschnitts Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP/DJPKPT übernommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Jahr 2024 eine gute Zusammenarbeit zwischen den Referenten und den neuen VK und VT den reibungslosen Ablauf des Systems begünstigt hat. Im Laufe des Jahres fanden Gespräche mit den einzelnen Referenten statt. Darüber hinaus nahmen verschiedene Mitarbeiter des Südtiroler Sanitätsbetriebes an den vom VKBT und dem Team für Transparenz organisierten Schulungsveranstaltungen teil.

Allgemeine Überlegungen zum Stand der Umsetzung des Abschnitts Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP / DJPKPT und des Organisationsmodells 231/2001

Die im Abschnitt Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP vorgesehenen Maßnahmen wurden im Allgemeinen umgesetzt, da das Kontrollsystem auf der Präsenz von Vorschriften und Verfahren basiert, die die administrativen und buchhalterischen Risiken sowie die Korruptionsrisiken berücksichtigen und auf einem Netzwerk-System, das alle Führungskräfte und Verantwortlichen der Betriebsprozesse einbezieht.

Der VK unterstützt die Strukturen bei der Analyse, der Identifizierung von Risikominderungsmaßnahmen und der Überprüfung.

Der aktuelle Plan umfasst Gegenmaßnahmen, die auf der Überwachung und Analyse der Risiken der vergangenen Jahre basieren. Auch im Jahr 2024 wurden Fragebögen verwendet, um die Entscheidungsprozesse zu überwachen. Die Entscheidungen und die damit verbundenen Risiken wurden sorgfältig analysiert, und es wurden Präventionsmaßnahmen auf der Grundlage der Ergebnisse eingeführt. Schließlich wurden zusätzliche spezifische Maßnahmen für die typischen Bereiche (Personal, Einkauf, Landesweite einheitliche Vormerkstelle (ELVS) des Betriebskontexts ergriffen.

Die Überwachung zeigt eine allgemeine Verbesserung bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen des ITOP 2024-2026. Dennoch bestehen weiterhin Verbesserungsspielräume aufgrund der organisatorischen Komplexität und der hohen Anzahl der verwalteten Prozesse.

Insbesondere:

- Mit Beschluss Nr. 231 vom 18.03.25 wurde das neue Betriebsverfahren zur Verwaltung von *Whistleblowing* gemäß G.v.D. 24/2023 erstellt;
- Die Aktualisierung des Betriebsverhaltenskodex in Bezug auf die Neuerungen des Ministerialdekrets 81/2023 wurde mit Beschluss 112 vom 18.02.25 genehmigt;
- Ein neuer Kurs zum Thema Korruptionsprävention, der „on demand“ verfügbar ist und schrittweise alle Betriebsmitarbeiter einbeziehen wird, wurde aktiviert;
- Einführung der Kontrollen der DURC durch die Abteilung Finanzen für die Projekte des Nationalen Aufbau- und Resilienz-Plans (PNRR).

Was die ergänzenden Maßnahmen des Organisationsmodells 231/2001 betrifft, so hat der Verwaltungsrat nach eingehender Diskussion des Themas beschlossen, dass keine weiteren Gremien geschaffen werden, da dies für öffentliche Einrichtungen keine Verpflichtung darstellt. Daher wurde die Machbarkeit einer Erweiterung des Aufgabenbereichs des UBO auf den Bereich 231 mit Unterstützung eines externen Strafrechtsexperten geprüft.

Analyse und Bewertung der durchgeführten Maßnahmen zur Korruptionsprävention

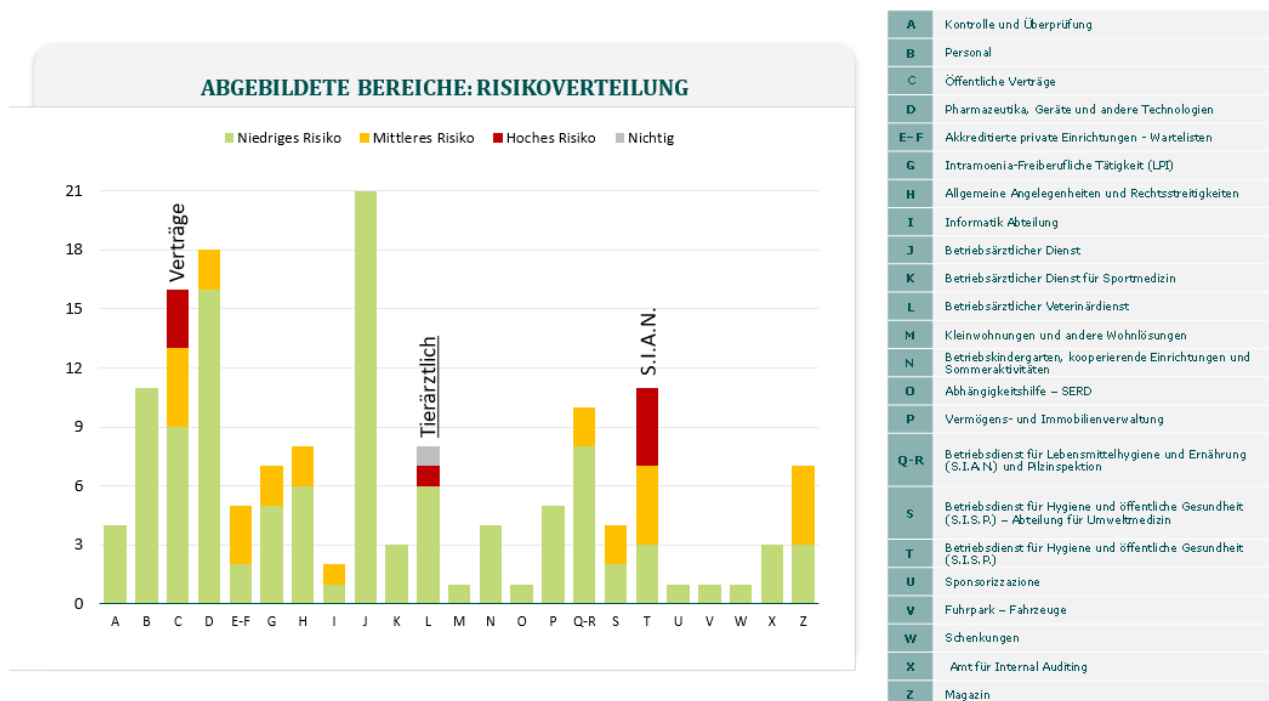
Der Prozess der Analyse, Bewertung und Messung des Korruptionsrisikos im Südtiroler Sanitätsbetrieb, wie auch in den Leitlinien der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) vorgesehen, gliedert sich in mehrere Schlüsselphasen:

- **Kontextanalyse:** Diese Phase umfasst die Analyse des externen und internen Kontextes der Verwaltung, um Faktoren zu identifizieren, die das Korruptionsrisiko beeinflussen können;
- **Prozesskartierung:** Identifizierung kritischer Verwaltungsprozesse und der am stärksten korruptionsgefährdete Bereiche;
- **Risikobewertung:** Umfasst die Analyse und Gewichtung des Risikos, wobei die Wahrscheinlichkeit und die Auswirkungen von Korruptionseignissen bewertet werden;
- **Risikobehandlung:** Identifizierung und Planung präventiver und korrektiver Maßnahmen zur Minderung der identifizierten Risiken;
- **Überwachung und Überprüfung:** Kontinuierliche Überwachung der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen und regelmäßige Überprüfung des Risikomanagementsystems, um eine kontinuierliche Verbesserung zu gewährleisten.

Im Jahr 2024 führte der VKBT eine Überwachung der im vorherigen Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz festgelegten Maßnahmen durch, indem er alle Bereichsreferenten schriftlich befragte, um den Stand der Umsetzung der einzelnen geplanten Maßnahmen zu kennen.

Das jährliche Monitoring der Korruptionspräventionsmaßnahmen wurde durchgeführt, wobei die Möglichkeit geprüft wurde, neue und innovative Maßnahmen im Vergleich zur Vergangenheit einzuführen (Wirksamkeit) oder sie zu vereinfachen, falls sie über das Ziel hinausgingen. Diese Analyse, die gemeinsam mit den Verantwortlichen der zuständigen Bereiche durchgeführt wurde, zeigte die tatsächliche Umsetzung der allgemeinen und spezifischen Maßnahmen und deren Angemessenheit.

Im Rahmen der Korruptionsrisikobewertung wurden potenziell mittel-hohe Risiken im Bereich Beschaffung und Direktvergaben formalisiert, die der VKB in den Kontrollplan 2025 aufgenommen hat. Nachfolgend eine Grafik, die die Risikobewertungen der kartierten Risikobereiche zusammenfasst.



Ergebnisse im betrachteten Zeitraum und eventuelle Abweichungen

- **Überwachung**

Die jährliche Überwachungstätigkeit des Betriebsverantwortlichen für Korruptionsprävention für das Jahr 2024 umfasste auch die Einführung von drei formellen Überprüfungen durch Berichte:

- I) "Pantouflage";
- II) Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit;
- III) Prüfungskommissionen.

I) "Pantouflage"

Pantouflage ist das Verbot für Angestellte des öffentlichen Dienstes, die in den letzten drei Dienstjahren Autoritäts- oder Verhandlungsbefugnisse ausgeübt haben, in den drei Jahren nach Beendigung des Dienstverhältnisses Arbeits- oder Berufstätigkeiten mit privaten Einrichtungen auszuüben, für die die Tätigkeit ausgeübt wurde (Artikel 53, Absatz 16-ter des Gesetzesdekrets Nr. 165 vom 30. März 2001, eingeführt durch Artikel 1, Absatz 42, Buchstabe I) des Gesetzes Nr. 190 vom 6. November 2012 - Anti-Korruptionsgesetz).

Die Überwachung konzentrierte sich auf die Identifizierung und Minderung potenzieller Interessenskonflikte, die Gewährleistung von Transparenz und Unparteilichkeit sowie die Einhaltung der Vorschriften zum "Pantouflage" innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebs, wobei in diesem Fall das Amt für Anstellungen einbezogen wurde.

Um die Unparteilichkeit zu gewährleisten, wurde eine zufällige Stichprobe von 60 Items (30 Anstellungen und 30 Entlassungen) aus den von den zuständigen Büros bereitgestellten Namen gezogen. Die Überprüfung konzentrierte sich auf zwei Hauptaspekte: das Vorhandensein der Pantouflage-Verbot-Klausel in den Verträgen und die Unterschrift des Mitarbeiters auf jedem Dokument.

Die Ergebnisse zeigten, dass 100 % der Dokumentation den Vorschriften entsprachen, wobei die Pantouflage-Verbot-Klausel und die Unterschrift des Mitarbeiters in allen Dokumenten vorhanden waren. Abschließend war die Überwachungstätigkeit erfolgreich und bestätigte die Sensibilität und Aufmerksamkeit des SABES für die Einhaltung der Vorschriften in diesem Bereich.

II) Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit

Die Überwachung konzentrierte sich auf die Überprüfung und Sicherstellung der Abwesenheit von Nichterteilbarkeiten und Unvereinbarkeiten bei den leitenden Verwaltungsbeamten, um Transparenz und Integrität im Verwaltungshandeln zu gewährleisten.

Die Überprüfung umfasste das Einstellungsbüro, das die Strafregisterauszüge aller leitenden Verwaltungsbeamten des Südtiroler Sanitätsbetriebes bereitstellte. Darüber hinaus wurde eine Kreuzprüfung der in den Lebensläufen der Direktoren und den auf der institutionellen Website veröffentlichten Eigenerklärungen verfügbaren Daten durchgeführt.

Die Ergebnisse der Überprüfungen ergaben keine Gründe für Nichterteilbarkeiten und Unvereinbarkeiten bei den leitenden Verwaltungsbeamten. Abschließend war die Überwachungstätigkeit erfolgreich und bestätigte die Einhaltung der geltenden Vorschriften.

III) Prüfungskommissionen

Das Ziel der Überprüfung bestand darin, die Verfahren zur Personalauswahl zu überwachen, mit besonderem Augenmerk auf die Ernennungsverfahren der Prüfungskommissionen, um die Einhaltung der nationalen Vorschriften und jene des Landes zu überprüfen und mögliche Interessenskonflikte oder Unregelmäßigkeiten zu bewerten.

Die Bildung der Prüfungskommissionen folgt spezifischen Kriterien, um Kompetenz und Unparteilichkeit zu gewährleisten, einschließlich Berufserfahrung, akademischer Qualifikationen, Vertretung der verschiedenen medizinischen Disziplinen, Einhaltung des sprachlichen Proporz und Förderung der Geschlechtergleichstellung (mindestens 1/3 der Kommission muss aus Frauen bestehen).

Die Überprüfung umfasste das Büro für Karriereentwicklung, Leistung und Produktivität in Meran und das Wettbewerbsbüro in Bruneck. Es wurde eine zufällige Stichprobe von 31 Protokollen der Kommissionssitzungen angefordert, mit 43 Erklärungen zur Abwesenheit von Unvereinbarkeiten und Interessenskonflikten. Die Überprüfung konzentrierte sich auf zwei Hauptaspekte: die Einhaltung der nationalen Vorschriften und jene des Landes zur Bildung und Zusammensetzung der Prüfungskommissionen sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Erklärungen zur Abwesenheit von

Unvereinbarkeiten und Interessenskonflikten sowie das Vorhandensein der Unterschriften der Kommissionsmitglieder.

Die Ergebnisse zeigten, dass 100% der Dokumentation vollständig und konform mit den Vorschriften war. Es wurde jedoch eine Diskrepanz in den Formularen der Kommissionen für die Personalauswahl festgestellt, die nicht die Direktoren komplexer Strukturen betrafen, bei denen die entsprechenden gesetzlichen Verweise fehlten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch diese Überwachungstätigkeit positiv verlaufen ist und die Sensibilität und Aufmerksamkeit des Südtiroler Sanitätsbetriebes für die Einhaltung der Vorschriften bestätigt hat.

- **Fortbildung**

Die Fortbildung im Bereich Korruptionsbekämpfung ist entscheidend, um das Bewusstsein der öffentlichen Bediensteten für Korruptionsrisiken zu erhöhen und bewährte Präventionspraktiken zu verbreiten. Sie gewährleistet eine höhere öffentliche Ethik und Legalität und hilft, Korruptionsrisiken zu erkennen und zu managen.

Nachfolgend eine Tabelle, die schematisch die einzelnen im Jahr 2024 durchgeführten Schulungsveranstaltungen auflistet:

DATUM	BEHANDELTE THEMEN
15.10.24	Dokumentenzugriff, einfacher Bürgerzugriff und allgemeiner Bürgerzugriff (FOIA)
09.10.24	Tag der Transparenz
08.10.24	Führung zur Integrität
20.09.24	Korruptionsprävention und Interessenskonflikte
30.05.24	Korruptionsprävention und Transparenz
IMMER VERFÜGBAR	Die neue Antikorruptionsregelung in Gesundheitseinrichtungen im Lichte der Änderungen durch das Gesetz 113/21, das den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) eingeführt hat

- **Whistleblowing**

Whistleblowing ist die Meldung von Rechtsverstößen oder Unregelmäßigkeiten, die das öffentliche Interesse oder die Integrität der Verwaltung beeinträchtigen, durch eine Person, die in einer öffentlichen oder privaten Organisation arbeitet und von denen sie im Laufe ihrer Arbeit Kenntnis erlangt hat (Gesetzesdekret Nr. 24 vom 10. März 2023 zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2019/1937). Wie gesetzlich vorgeschrieben, gewährleistet der Südtiroler Sanitätsbetrieb das Recht auf Meldung von Rechtsverstößen oder Unregelmäßigkeiten von allgemeinem Interesse im Arbeitsumfeld und sichert dabei den Schutz und die Anonymität des Hinweisgebers.

Wie im Gesetzesdekret Nr. 24 vom 10.03.2023 angegeben, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen elektronischen Kanal für Whistleblowing-Meldungen eingerichtet; das Meldesystem verwendet die in den einschlägigen Vorschriften vorgesehene Technologie.

Im Jahr 2024 wurden 9 anonyme Meldungen („Whistleblowing“) bearbeitet, deren Themen sich auf angebliche falsche Anwesenheitsbescheinigungen bei der Arbeit, Nichteinhaltung der Erreichbarkeitszeiten zu Hause im Krankheitsfall, unbefugten Zugang zu Arbeitsräumen durch Dritte, die keine Mitarbeiter sind, und Nichteinhaltung des Verhaltenskodexes (missbräuchliche Nutzung von Kommunikationsmitteln) bezogen.

Nur eine der 9 bearbeiteten Meldungen führte zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen den gemeldeten Mitarbeiter.

- **Interessenskonflikte**

Im Jahr 2024 wurden vom Verantwortlichen für Korruptionsvorbeugung (VKB) 17 Gutachten zu Interessenskonflikten in den folgenden Bereichen angefordert und erteilt:

- Nichteinhaltung des Verhaltenskodex
- Sponsoring von Kursen durch potenzielle Lieferanten
- Spenden von Werbegeschenken durch potenzielle Lieferanten
- Zusammensetzung des technischen Gremiums
- Zusammensetzung eines öffentlichen Organs
- Personalwechsel
- Ausschreibungen
- Nebentätigkeiten von Ärzten
- Alternativmedizinische Tätigkeiten
- Zweitbeschäftigung
- Extramoenia
- Ausschuss und technisches Gremium (Eignung)
- Vereinbarungen mit privaten Kliniken
- Eignung für eine neue Rolle im Sanitätsbetrieb
- Nicht relevante Themen (Verleumdung, Schadensersatzforderungen)

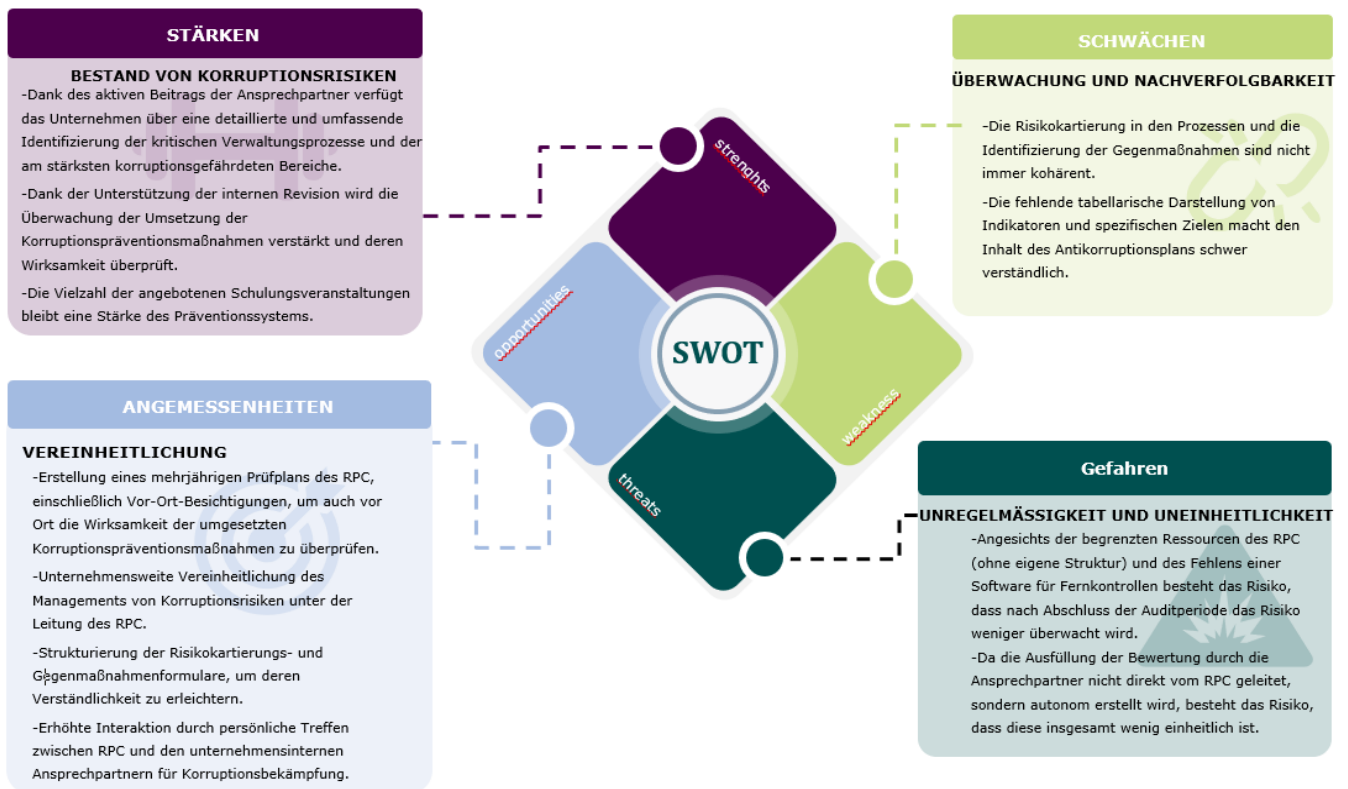
Es wird darauf hingewiesen, dass das Gutachten des VKB nicht bindend ist und die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen dem Vorgesetzten des betroffenen Mitarbeiters obliegt.

Der Korruptionspräventionsbeauftragte hat im Jahr 2024 außerdem:

- aktiv zur Definition der spezifischen Kontrollen des PNRR in seinem Zuständigkeitsbereich beigetragen;
- die historisch vom Sanitätsbetrieb verwendete Risikokartierung, um den von der ANAC vorgesehenen Ermöglichungsfaktor erweitert und die Anmerkungen zur Sektion "Korruptionsprävention" des ITOP, genehmigt mit Beschluss der Autonomen Provinz Bozen Nr. 119/2024, ausgearbeitet;
- ein neues, besser verständliches Überwachungsformular erstellt, das 2025 eingeführt wird;
- im Dokument zum dreijährigen Korruptionspräventionsplan einen spezifischen Abschnitt zum PNRR entwickelt;
- die bereits umfangreiche Risikokartierung der Organisation auf zwei weitere Organisationseinheiten (Logistik und interne Revision) ausgeweitet;
- einen Fragebogen zur Wahrnehmung des Korruptionsrisikos auch in deutscher Sprache eingeführt.

Stärken und Schwächen bei der Umsetzung des Antikorruptionsplans

SWOT-Analyse des Systems zur Unternehmensprävention und Korruptionsbekämpfung.



Ursachen für Abweichungen von den geplanten Zielen

Die Hauptursachen für Abweichungen von den im Plan festgelegten Zielen waren:

- Begrenzte Kohärenz der Risikokartierung: Die Identifizierung der entsprechenden Gegenmaßnahmen im Antikorruptionsplan war aufgrund der Aufteilung der Informationen in zwei separate Tabellen nicht klar ersichtlich, was die Nachvollziehbarkeit für den Leser erschwerte.
- Geringe Verständlichkeit: Die fehlende tabellarische Darstellung von Indikatoren und spezifischen Zielen, die auf einen Blick überwacht werden können, führte zu einer geringen Verständlichkeit.
- Nichteinhaltung der Fristen: Einige Verantwortliche der internen Strukturen hielten die Fristen für die Übermittlung der ihnen zugewiesenen Informationsflüsse nicht ein, da die Anforderungen im Bereich der Korruptionsbekämpfung von einigen internen Ansprechpartnern als zusätzliche bürokratische Belastung wahrgenommen wurden.
- Uneinheitliche Bewertung: Die uneinheitliche Ausfüllung der Bewertung durch die Ansprechpartner, die nicht direkt vom RPC geleitet wurde, führte zu einer insgesamt wenig einheitlichen Bewertung auf Unternehmensebene.

Der VKB hat daher für 2025 folgende Maßnahmen geplant:

- Einführung eines neuen, besser verständlichen Risikokartierungs- und Bewertungsformulars, das Indikatoren und spezifische Ziele enthält.
- Interne Schulungen, die vom RPC selbst durchgeführt werden, um das Bewusstsein für Korruptionsbekämpfung und die Einhaltung der gesetzlichen Fristen weiter zu stärken.
- Eine Reihe von Treffen mit den einzelnen Ansprechpartnern, um unter der direkten Leitung des RPC eine einheitliche Ausfüllung der Korruptionsbewertung sicherzustellen.

Weitere Details zu den im Bereich Korruptionsprävention durchgeführten Aktivitäten sind im DJPKPT 2025-2027 enthalten, auf das verwiesen wird.

3.2 Transparenz

Nachfolgend sind die wichtigsten Tätigkeiten zur Umsetzung der Transparenz des Südtiroler Sanitätsbetriebes im Jahr 2024 aufgeführt:

- ✓ Durchführung von einer Weiterbildungsveranstaltung zu den Themen: Aktenzugang, einfacher Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang;
- ✓ Durchführung einer spezifischen Fortbildungsveranstaltung zum Thema Integrität mit Fokus auf den Interessenskonflikt;
- ✓ Abhaltung des Tages der Transparenz siehe Details: <https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/weiteredaten.asp>;
- ✓ Aktualisierung der Sektion » Transparente Verwaltung » Verwaltungstätigkeiten und Verfahren » Verfahrensarten;
- ✓ Verbesserung der Veröffentlichungen in der Sektion Subventionen, Beiträge, Zuschüsse, wirtschaftliche Vergünstigungen;
- ✓ Verbesserung der Veröffentlichungen in der Sektion Performance-Bewertungssystem;
- ✓ Anpassung an die Neuerungen im Bereich öffentliche Verträge in der Sektion Ausschreibungen und Verträge;
- ✓ Veröffentlichung Wiederaufbauplan PNRR - Gesundheit Südtirol;
- ✓ Überprüfung und Bewertung der 2024 eingelangten Feedbacks zur Transparenzseite, die mittels des Fragebogens, welcher auf der betrieblichen Webseite heruntergeladen werden kann, erhoben werden;
- ✓ Verbesserungen der Veröffentlichungen und der Qualität der Transparenzseite aufgrund der Überprüfungs- und Bewertungsergebnisse der o.g. eingelangten Feedbacks;
- ✓ Archivierungsanfrage aller Daten auf der Transparenzseite laut der diesbezüglichen Rechtsvorschriften;
- ✓ Kontrolle der gesamten Sektion Personal » Führungskräfte » Lebensläufe, Lebensläufe, Erklärungen über das Nichtvorhandensein von Gründen von Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit und andere Erklärungen laut gesetzlichen Vorgaben mit anschließender Weiterleitung der Ergebnisse an die zuständigen Führungskräfte und Ersuchen um Aktualisierung, Integration und Archivierung der Daten;
- ✓ Veröffentlichung der Daten gemäß Art. 11 des G.v.D. Nr. 211/2003 und des Art. 2 des G.v.D. Nr. 52/2019 (klinische Studien);
- ✓ 12 Kontrollen der 2024 registrierten Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- ✓ 12 Kontrollen der 2024 registrierten allgemeinen Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- ✓ 12 Kontrollen der Zugänge zu den Verwaltungsunterlagen, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- ✓ kontinuierliches Bestreben einer Verbesserung der Qualität der Veröffentlichung der Daten gemäß gesetzvertretendem Dekret Nr. 33/2013, in Bezug auf die vorgesehene Form und den Zeitpunkt;
- ✓ weitere Verfeinerung der halbjährlichen Überwachung der Daten, gemäß Art. 23, Abs. 1 des Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 1, Abs. 16 des Gesetzes Nr. 190/2012, in Bezug auf die Veröffentlichungspflichten;
- ✓ Erhöhung des Informationsflusses innerhalb des Betriebes, indem mehrere Ämter und Strukturen in die Tätigkeit miteinbezogen werden, um auch das Bewusstsein und die Verantwortung aller Beteiligten für die Wichtigkeit derselben zu erhöhen;
- ✓ Fortsetzung des Prozesses der Erkennung und Nutzung bereits im Einsatz befindlicher Datenbanken und Anwendungen, sowie die Einführung neuer, auch um den neu entstandenen Bedürfnissen gerecht zu werden - auch und vor allem im Hinblick auf weitere Verfahrensanpassungen und die Automatisierung bei der Erzeugung von Daten, Informationen und Dokumenten;
- ✓ Weiterverwendung der Whistleblowing-Plattform;
- ✓ die Erstellung und Veröffentlichung der Liste der Maßnahmen;
- ✓ die Erstellung und Veröffentlichung des Zugangsregisters;
- ✓ Versendung der Mitteilung zu folgenden Themen an einzelne Strukturen des Betriebes: Aktenzugänge, einfache und allgemeine Bürgerzugänge, unter Hinweis auf die Bedeutung einer ordnungsgemäßen Protokollierung der Anträge für die Erstellung des Zugangsregisters;

- ✓ Bereitstellung an die zuständigen Strukturen eines zweisprachigen Modells für den Antrag auf Zugang zu den Verwaltungsunterlagen – dokumentale Aktenzugänge in Zusammenarbeit mit der Stabstelle Privacy-Datenschutz;
- ✓ Übermittlung an die zuständigen Strukturen der FAQ im Bereich Transparenzpflichten, die von ANAC aktualisiert worden sind, mit gleichzeitiger Aufforderung die in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallenden Transparenzpflichten anzugleichen und zu aktualisieren;
- ✓ Einholung und Veröffentlichung der Erklärungen gemäß Art. 20 des G.v.D. Nr. 39/2013 der betroffenen Führungskräfte;
- ✓ Einholung und Veröffentlichung der Erklärungen gemäß Art. 14 des G.v.D. Nr. 33/2013 der betroffenen Führungskräfte;
- ✓ Aufstellung und Veröffentlichung der Entschädigungszahlungen gemäß Art. 4, Abs. 3 des Gesetzes Nr. 24/2017;
- ✓ fortwährende Verbesserung der Anwendung der PerlaPA-Datenbank, zusammen mit anderen vorgesehenen Mitteilungen für das „Ministerium der öffentlichen Verwaltung – Department der öffentlichen Funktion“ („Dipartimento della Funzione Pubblica“);
- ✓ Fortführung und Verbesserungen der Veröffentlichung in der transparenten Verwaltung, auf der institutionellen Webseite des Betriebes (Liste der Spenden und weitere sachdienliche Informationen);
- ✓ in Bezug auf die Wartelisten, Veröffentlichung von Daten, die über die von der anzuwendenden Norm vorgeschriebenen hinausgehen – Initiative, die von GIMBE positiv bewertet worden ist https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124437
- ✓ Durchführung von drei Kontrollen, der Veröffentlichungspflichten, um den Stand der Einhaltung zu überprüfen, mit schriftlichem und mündlichem Austausch mit den einzelnen Referenten, sowie die Übermittlung von drei zusammenfassenden Mitteilungen an alle Referenten und an die Betriebsdirektion über die erhaltenen Ergebnisse;
- ✓ besonderes Augenmerk wird auf die Verbreitung innerhalb des Sanitätsbetriebes und auf die Beratung von Ämtern und Abteilungen bzgl. Themen der Transparenzpflichten gelegt;
- ✓ im Jahr 2024 wurde ein integrierter Kurs zu den Themen Antikorruption, Transparenz und Datenschutz eingeführt, der für die Mitarbeiter über eine spezielle E-Learning-Plattform zugänglich ist und auch die Ausstellung eines normgemäßen Teilnahme- und Ergebniszertifikats vorsieht; diese online Fortbildung wird auch im Jahr 2025 wieder angeboten werden;
- ✓ die Transparenzbeauftragte hat die Referenten regelmäßig an die Fristen der Aktualisierung/Archivierung der Daten, die der Veröffentlichung unterliegen, zusammen mit den qualitativen Anforderungen, die diese Daten besitzen müssen, erinnert;
- ✓ Erstellung der Übersichtstabelle der Zugriffe auf die Website;
- ✓ Aktualisierungen im betrieblichen Intranet z.B. zu dem Themen Vereinbarkeit Familie und Beruf, Vorlagen u.ä.;
- ✓ Veröffentlichung der Bestätigung des unabhängigen Bewertungsorgans (OIV) zur Erfüllung der Veröffentlichungsverpflichtungen (Beschluss ANAC Nr. 213/2024) aus der hervorgeht, dass die vom Südtiroler Sanitätsbetrieb veröffentlichten Daten, die gemäß dem genannten ANAC-Beschluss zu prüfen waren, alle Informationen enthalten, die nach den sektoriellen Bestimmungen erforderlich sind.

Für weitere Details bzgl. der Transparenzmaßnahmen verweist man vollinhaltlich auf den integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (PIAO) 2025-2027, welcher regulär in der Sektion - Transparente Verwaltung - Andere Inhalte auf der institutionellen Website des Südtiroler Sanitätsbetriebes veröffentlicht ist.

4 Wirtschafts- und Finanzbericht für den Dreijahreszeitraum 2024-2026

Für die Jahre 2024-2026 hat die Autonome Provinz Bozen - Südtirol zunächst einen „technischen“ Haushaltsplan (Landesgesetz vom 19. September 2023, Nr. 23) verabschiedet, der im Vergleich zu den künftigen Einnahmen vorsichtiger Kriterien vorsah und sich im Wesentlichen auf die Anpassung der in

den geltenden Rechtsvorschriften vorgesehenen Ausgaben, der Pflichtausgaben und der zweckbestimmten Ausgaben beschränkte.

Auf dieser Grundlage hat die Landesregierung dem Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Beschluss Nr. 1044 vom 28.11.2023 provisorische Finanzierungen für den Dreijahreszeitraum 2024-2026 zugewiesen und der Sanitätsbetriebe hat mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2024-A-000131 vom 01.02.2024 den Haushaltsvoranschlag 2024 genehmigt.

Nach der Haushaltsänderung und nach der Verabschiedung des Nachtragshaushaltes des Landes hat die neue Landesregierung dem Südtiroler Sanitätsbetriebe mit Beschluss Nr. 714 vom 27.08.2024 erhöhte Finanzierungen für den Dreijahreszeitraum 2024-2026 zugewiesen, wobei es sich bei den Zuweisungen für 2025 und 2026 um provisorische Zuweisungen handelt:

Anlage D zum Beschluss der Landesregierung Nr. 714 vom 27.08.2024

Beträge in Euro ausgedrückt - importi espressi in euro					
Piano di finanziamento spese correnti Finanzierungsplan laufende Ausgaben			2024	2025	2026
Capitolo Bil. Prov. Kapitel LH1	Uffici Amt	Descrizione	Beschreibung	Assegnazione all'A.S. Zuweisung an den S.B.	Assegnazione all'A.S. Zuweisung an den S.B.
U13011.0000		DISPONIBILITÀ AZIENDA SANITARIA CAP. U13011.0000	VERFÜGBARKEIT SANITÄTSBETRIEB KAP. U13011.0000	1.527.228.576,06	1.513.751.644,79
U13011.0120	23.4	Assegnazioni all'azienda sanitaria per l'effettuazione di corsi di formazione, il materiale didattico relativo e per l'erogazione di contributi (LP 14/2002, art.1,4)	Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb zur Durchführung von Ausbildungskursen und das dafür erforderliche didaktische Material und die Ausschüttung von Beträgen (LG 14/2002 Art.1,4)	346.000,00	346.000,00
U13011.1950	23.4	Contributi con finanziamento della Provincia all'Azienda sanitaria per il finanziamento della ricerca (LP 14/2006, art.9)	Beiträge mit Finanzierung des Landes an den Sanitätsbetrieb für die Finanzierung der Forschungsprogramme (LG 14/2006 Art.9)	631.000,00	571.000,00
U13011.2425	23.4	PNRR - Assegnazione all'azienda sanitaria destinate all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - M6C2 - 1.3.1 b)	PNRR - Zuweisung an den Sanitätsbetrieb für die Verbesserung der digitalen Kompetenzen der Fachkräfte im Gesundheitswesen - M6C2 - 1.3.1 b)	753.948,84	675.954,13
U13011.2430	23.1 23.2	PNRR - Assegnazione all'azienda sanitaria per l'assistenza domiciliare - M6C1 - 1.2.1 - CUP I31H23000040001 (DL 77/2021, DL 80/2021, DM 23/01/2023, art.1, LP 1/2001, art.28)	PNRR - Zuweisung an den Sanitätsbetrieb für die häusliche Pflege - M6C1 - 1.2.1 - CUP I31H23000040001 (GD 77/2021, GD 80/2021, MD 23/01/2023 Art.1, LG 1/2001 Art.28)	12.740.976,00	14.091.040,00
		Somma "vincolate" x iniziative specifiche	Gesamtsumme zweckgebundene Mittel für "spezifische Maßnahmen"	14.471.924,84	15.683.994,13
U13021.0050		Assegnazioni all'Azienda sanitaria per l'erogazione di prestazioni superiori ai LEA (LP 7/2001, art.28)	Zuweisung an den Sanitätsbetrieb für die Erbringung von Leistungen über den WBS (LG 7/2001 Art.28)	45.800.000,00	45.800.000,00
		Somma aggiuntiva	Gesamtsumme Sondermaßnahmen	45.800.000,00	45.800.000,00
		TOTALE ASSEGNAZIONI ALL'AZIENDA SANITARIA PER SPESE CORRENTI	GESAMTSUMME ZUWEISUNGEN AN DEN SANITÄTSBETRIEB FÜR LAUFENDE AUSGABEN	1.587.500.500,90	1.575.235.638,92
					1.600.699.146,51

In der Folge hat der Generaldirektor mit Beschluss Nr. 2024-A-000991 vom 17.09.2024 den neuen Haushaltsvoranschlag für 2024 mit Gesamteinnahmen und Ausgaben im Ausmaß von 1.719.052.064,54 Euro genehmigt.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 221 vom 01.04.2025 ist der definitive Finanzierungsplan für das Geschäftsjahr 2024 genehmigt worden, mit Gesamtfinanzierungen für laufende Ausgaben im Ausmaß von 1.676.160.209,83 Euro. Die Abschlussbilanz für das Geschäftsjahr 2024 ist derzeit in der Genehmigungsphase. Der Bilanzentwurf 2024 weist ein positives Geschäftsergebnis aus.

5 Patientenzufriedenheit und wahrgenommene Qualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb

5.1 Wahrgenommene Qualität

Die Erhebung der wahrgenommenen Qualität wird durch folgende Rechtsgrundlagen geregelt:

- Das Gesetzesdekret Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 definiert den Begriff der Qualität im Gesundheitswesen als unverzichtbares Element des Nationalen Gesundheitsdienstes und als Kontrollinstrument zur Analyse der Wirksamkeit und Effizienz der Dienstleistungen.
- Gesetzesdekret Nr. 286 vom 30. Juli 1999
- Gesetzesdekret Nr. 150 vom 27. Oktober 2009
- Datenschutzaufsichtsbehörde: Leitlinien zur Datenverarbeitung für die Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen im Gesundheitswesen - 5. Mai 2011

Die regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen liefern wertvolle Informationen über den Grad der Patientenzufriedenheit und können auch zur Qualitätsmessung und zur Förderung von Verbesserungsinitiativen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen beitragen. In diesem Zusammenhang hat der Betrieb im Jahr 2024 folgenden Erhebungen durchgeführt:

A) Umfrage zur Zufriedenheit der Patienten, die in den sieben Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes stationär behandelt wurden

Diese Initiative wurde von der Abteilung Kommunikation, die sich zum Ziel gesetzt hat, mit einer speziellen Umfrage die wahrgenommene Qualität der Versorgung im stationären Bereich zu erfassen, durchgeführt. Es wurden daher eine Reihe vorbereitender Maßnahmen für die Umsetzung des Projekts ergriffen, wie z. B. die Erstellung einer Datenbank aller Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2024 bis zum 30.09.2024 in einem der sieben Krankenhäuser des Betriebes aufgenommen wurden, die Erstellung eines Fragebogens und eines Begleitschreibens, die Vorbereitung einer Ausschreibung sowie die Beauftragung einer externen Firma für die operative Umsetzung der verschiedenen erforderlichen Aktivitäten. Zu diesem Zweck wurde ein Institut für Sozialforschung und Demoskopie beauftragt. In die Umfrage wurden rund **16.000** Personen miteinbezogen, die je nach Alter der Teilnehmer in zwei Gruppen unterteilt wurden: Personen unter 60 Jahren wurden zu einer Online-Befragung eingeladen, während Patienten über 60 Jahren zwischen beiden Optionen (online und Papierform) wählen konnten. Der erste Teil der Schreiben an die Bürger wurde im November 2024 verschickt. Der Versand des zweiten Teils wurde aufgrund der Überlastung der Postdienste während der Weihnachtszeit bewusst auf die Zeit nach Weihnachten verschoben. Die einzelnen Antworten werden derzeit entgegengenommen und die Ergebnisse werden in den kommenden Wochen analysiert.

B) Umfrage über die Zufriedenheit der Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte freier Wahl mit den klinisch-pathologischen Laboratorien

Ein weiteres Thema der Zufriedenheitsbefragungen im Jahr 2024 hat die Zufriedenheit der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl mit den für klinisch pathologischen Laboratorien in den vier Bezirken betroffen.

Im Allgemeinen, wenn auch mit Unterschieden zwischen den verschiedenen Labors, erzielten die Fragen bezüglich Struktur und Verständlichkeit des Befunds, klinischen Plausibilität und Genauigkeit, **einen hohen Zufriedenheitsgrad**. Die Bereiche, in denen ein geringerer Zufriedenheitsgrad verzeichnet wurde, betrafen die Art der Anforderung der Analysen und die entsprechenden EDV-Systeme sowie die Software für die Verschreibung der Analysen. Die Ergebnisse bezüglich der Wartezeiten für die Durchführung der Blutentnahme und die Durchführungszeit der Routineanalysen wurden mit erheblichen Unterschieden je nach Labor bewertet.

C) Befragung in der Abteilung Hospice/Palliativmedizin

In der Abteilung Hospiz/Palliativmedizin des Krankenhauses Bozen wurden die Erfahrungen mit den Wahrnehmungen der Familienangehörigen und/oder der Personen, die die kranke Person primär gepflegt hatte, erhoben. Die Umfrage, die seit 2015 jährlich durchgeführt wird, zielt darauf ab, Daten zu sammeln, um die Bedürfnisse und Erwartungen der betreuten Personen zu ermitteln und das angebotene Service zu verbessern. Die Rücklaufquote betrug 49,8 % (105 von 211 versandten Fragebögen wurden zurückgesandt).

Neben allgemeinen Informationen zu Verwandtschaftsgrad, Geschlecht und Alter sowie zur Verweildauer auf der Station wird durch den Fragebogen die Aufnahme, die Kommunikation, das Personal und die Behandlung der Schmerzen bis zum Todeszeitpunkt bewertet.

In Bezug auf die Aufnahme äußerten 95,2 % der Befragten ihre volle Zufriedenheit, während bei der Kommunikation 93,3 % das Gefühl hatten, umfassend über den Zustand des Patienten informiert worden zu sein, und 87,6 % die informativen und unterstützenden Gespräche des Personals positiv bewerteten.

Das Personal wurde sowohl nach seiner Zeit als auch nach seiner Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft bewertet. Die Zeit des medizinischen Personals wurde von 92,4 Prozent und die des Pflegepersonals von 96,2 Prozent als sehr/eher gut bewertet; Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit erhielten 93,4 Prozent bzw. 100 Prozent Zustimmung. Die anderen Berufsgruppen, sozio sanitäre Hilfskräfte und Psychologen, verzeichneten niedrigere Prozentsätze, allerdings immer noch um die 70 Prozent, wahrscheinlich weil sie nicht so kontinuierlich anwesend waren.

Der Umgang mit Symptomen und insbesondere mit Schmerzen wird sehr positiv bewertet, wobei 94 % der Befragten der Meinung sind, dass die Schmerzen des Patienten ziemlich /sehr gelindert werden konnte. Auch äußern schlussendlich 97,1 % der Angehörigen ihre volle Zufriedenheit mit der Unterstützung, die sie bei der Trauerverarbeitung erhalten haben.

D) Befragungen auf Bezirksebene

Weitere Umfragen wurden in den einzelnen Bezirken durchgeführt. Im Bezirk **Brixen** wird seit 1999 eine Umfrage unter den Patienten der Krankenhäuser Brixen und Sterzing durchgeführt. Die Daten werden noch ausgewertet und die Ergebnisse werden mitgeteilt, sobald sie vorliegen. Darüber hinaus werden auch die Angehörigen, der auf den pädiatrischen Stationen aufgenommenen Patienten befragt; die Ergebnisse werden in Form offener Antworten ausgedrückt und dem zuständigen Primararzt mitgeteilt.

Auch im **Bezirk Bruneck** wurden im Bereich der **Gynäkologie** und der **Reproduktionsmedizin** entsprechende Umfragen durchgeführt.

Hinsichtlich der Freundlichkeit und des Einfühlungsvermögens in beiden Bereichen betrifft, liegt sowohl für die Ärzte als auch das Pflegepersonal, das Verwaltungspersonal oder das Reinigungspersonal, der Anteil der sehr zufriedenen Befragten zwischen 78,7 % und 82,0 %. In der gynäkologischen Abteilung sticht das Thema Schmerzmanagement und Schmerzbehandlung mit 93,0 % sehr zufriedener Patienten hervor.

Im Bereich der Reproduktionsmedizin bewerten immerhin 77,5 % der Patientinnen die Qualität der Behandlungen durch die Ärzte als sehr zufriedenstellend, bei den Biologen sind es 77 %.

Die Bereiche in der gynäkologischen Abteilung, die im Vergleich schlechter abschneiden als andere, betreffen die Aufklärung und Information des Pflegepersonals über die durchgeführten Pflegemaßnahmen, die jedoch immer noch von 71,0 % der Befragten als sehr zufriedenstellend bewertet werden.

Im Bereich der Reproduktionsmedizin sind mit der Information über die Erfolgsraten nur 20,0% der Befragten sehr zufrieden, auch mit der Organisation hinsichtlich der Wartezeiten auf den vereinbarten Termin und der Ausstattung und den Räumlichkeiten der Ambulanz ist etwa die Hälfte der Befragten sehr zufrieden, während sich ein kleiner Teil - etwa 6-7% - als unzufrieden bezeichnet.

5.2 Beschwerden und Meldungen

Die Einrichtung und die Arbeitsweise der Büros für Bürgeranliegen sind durch verschiedene gesetzliche Bestimmungen geregelt:

- Gesetz Nr. 241 vom 7. August 1990
- Landesgesetz Nr. 171 vom 22. Oktober 1993

- Gesetz Nr. 150 vom 7. Juni 2000
- Gesetzesdekret Nr. 165 vom 30. März 2001
- Richtlinie des Präsidenten des Ministerrats vom 11. Oktober 1994 über die Grundsätze für die Errichtung und das Funktionieren der Büros für Bürgeranliegen.
- Richtlinie der Präsidenten des Ministerrats - Abteilung für den öffentlichen Dienst vom 7. Februar 2002 „Kommunikationsaktivitäten der öffentlichen Verwaltungen“
- Richtlinie der Präsidenten des Ministerrats - Abteilung für den öffentlichen Dienst vom 24. März 2004 "Erhebung der von den Bürgern wahrgenommenen Qualität"
- Betriebsprozedur „Handhabung der Schadensfälle und Meldung der präventiven Schadensfälle (2473/17)
- Prozedur Beschwerdemanagement des Amtes für Bürgeranliegen und der Dienststellen im Südtiroler Gesundheitsbezirken (9912/24)

Im Jahr 2024 wurde in Zusammenarbeit mit der Organisationseinheit für klinische Führung die Prozedur für die Bearbeitung von Beschwerden durch das Amt für Bürgeranliegen (URP) und die entsprechenden operativen Einheiten (UU.OO.) in den Gesundheitsbezirken formalisiert. Obwohl die Arbeitsabläufe des Büros für Bürgeranliegen bereits vorher festgelegt worden waren, wurden die einzelnen Phasen mit der Definition der neuen Prozedur formalisiert und um die Bereiche ergänzt, die in Zusammenarbeit mit der Organisationseinheit für die klinische Führung behandelt werden sollten. Dieses Verfahren definiert vor allem die folgenden Ziele, Indikatoren oder erwarteten Ergebnisse:

1. Sicherstellen, dass das Personal des Büros für Bürgeranliegen der operativen Einheiten und Mitteilungsstellen an allen Standorten des Gesundheitsbetriebes dieselben Verfahren anwenden;
2. Sicherstellen, dass die Meldungen gemäß den vorgesehenen Modalitäten und Fristen bearbeitet werden;
3. den Bürgerinnen und Bürgern ein einheitliches, transparentes und korrektes Verfahren zu garantieren;
4. Ermittlung und Förderung von Maßnahmen, einschließlich Sofortmaßnahmen, die zur Vermeidung und/oder Verringerung des Wiederauftretens von Ursachen für die Unzufriedenheit der Bürger nützlich sind;
5. mit Empathie zu kommunizieren, den Patientinnen und Patienten und den Hinweisgebern zuzuhören und sie zu unterstützen;
6. das Recht der Nutzer auf Zugang und Beteiligung zu gewährleisten;
7. die registrierten Meldungen zu klassifizieren und zu melden, um die Wahrnehmung der Bürger und Bürgerinnen und das Auftreten etwaiger kritischer Punkte zu überwachen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arbeitsbelastung der Büros für Bürgeranliegen im Jahr 2024 höher war als im Jahr 2023, da im Jahr 2024 174 Meldungen mehr registriert wurden als im Vorjahr: Insgesamt wurden 2.821 Beschwerden bei den einzelnen Büros für Bürgeranliegen eingereicht, gegenüber 2.647 des Jahres 2023 (+6,6 %), davon 920 Beschwerden über Ticketbezahlungen, gegenüber 750 des Jahres 2023 (+22,7 %).

Die Beschwerden und Meldungen des Südtiroler Sanitätsbetriebs werden in das entsprechende Trouble-Ticketing-Programm eingetragen und nach spezifischen Kategorien klassifiziert, die es der Betriebsführung ermöglichen, die Hauptprobleme bei den erbrachten Dienstleistungen aufzudecken und dann mit gezielten Maßnahmen einzugreifen. Die drei Bereiche, die am häufigsten Anlass zur Unzufriedenheit der Nutzer geben, betreffen: **„Tarifbeanstandung/Ticketzahlung“**, **„Organisatorische Mängel“** und **„Mangelnde Betreuung durch das medizinische Personal“**.

Insbesondere die Probleme im Zusammenhang mit der Zahlung von Tickets machen fast die Hälfte der Gesamtzahl der Meldungen aus und sind im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 um +19,74 % gestiegen. Ein weiteres kritisches Element sind die **langen Wartelisten**, da dieser Bereich für die Bürger, die über Verzögerungen bei der Bereitstellung von Dienstleistungen und Schwierigkeiten beim rechtzeitigen Zugang zu Dienstleistungen berichten, von großer Bedeutung ist.

Kurz zusammengefasst beschwerten sich die Bürger häufig auch über **bürokratische/administrative Aspekte**, wie z. B. Schwierigkeiten bei Verwaltungsabläufen, der Nutzung von Online-Diensten und der Dokumentenverwaltung, die sich auf die Wahrnehmung der Effizienz des Systems auswirken. Darüber hinaus werden in Bezug auf die **beziehungsorientierten kommunikativen Aspekte**, die den direkten Kontakt mit dem Personal betreffen, Mängel in Bezug auf Höflichkeit und Unterstützung

wahrgenommen, die für einen qualitativ hochwertigen Dienst von grundlegender Bedeutung sind. Von grundlegender Bedeutung sind auch die **technisch-professionellen Aspekte**, da sich die Beschwerden in diesem Bereich auf vermeintliche technische Fehler, Abweichungen in den klinischen Prozeduren und Probleme im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungen beziehen, was auf einen Verbesserungsbedarf in der betrieblichen Praxis hindeutet.

Um die Bearbeitung von Beschwerden auch aus EDV-Sicht zu optimieren, wurde beschlossen, die Software Intrafox Health Care einzusetzen. Diese Software wird derzeit an die Bedürfnisse des Betriebes angepasst, auch dank des Beitrags der Qualitätsdienststellen.

6 Mitarbeiterbefragung im Südtiroler Sanitätsbetrieb

UMFRAGE ZUM BETRIEBLICHEN ORGANISATIONSKLIMA

Im Jahr 2023 führte der Südtiroler Sanitätsbetrieb gemeinsam mit der Universitätshochschule Sant'Anna von Pisa eine Umfrage zum internen Organisationsklima durch, mit dem Ziel, die Mitarbeiterzufriedenheit zu ermitteln, die ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine Organisation ist. Zufriedene und motivierte Mitarbeiter sind produktiver und leistungsfähiger und fühlen sich dem Unternehmen gegenüber stärker verbunden.

Der Zufriedenheitsfragebogen wurde an rund 10.000 Führungskräfte und Mitarbeiter verteilt; die Teilnahmequote lag bei 35 %. Die behandelten Themen betrafen das Pandemiemanagement, Aspekte der individuellen Wahrnehmung der Arbeit im Südtiroler Sanitätsbetrieb, Arbeitsbedingungen, Führung, Kommunikation und Information, Aus- und Weiterbildung, das Haushaltssystem, die Bewertung der internen Dienste sowie das Gesundheitsamt in den Umstrukturierungs- und Veränderungsprozessen.

Zudem wurden die Arbeiten zur Auswertung der Ergebnisse bis zum Jahr 2024 verlängert.

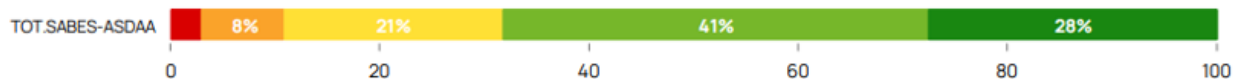
Einige signifikative Ergebnisse aus der Studie werden hier angeführt:

Mi sento personalmente realizzata/o nel mio lavoro. /
Ich fühle mich bei meiner Arbeit verwirklicht.

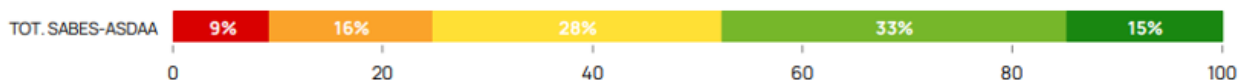
Il 69% dei responsabili di struttura ed il 48% degli altri dipendenti che hanno partecipato dichiarano di sentirsi realizzati.

69% der Führungskräfte und 48% der Mitarbeitenden gaben an, dass sie sich erfüllt fühlen.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

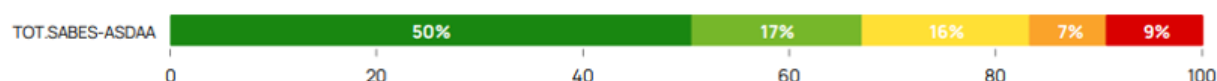


Lascerò la mia Azienda il prima possibile. / Ich werde mein Unternehmen so schnell wie möglich verlassen.

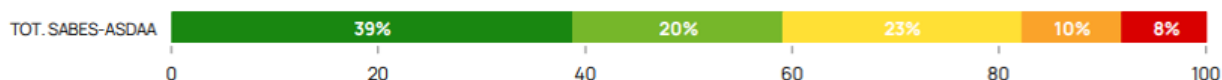
Il 16% dei responsabili di struttura ed il 18% degli altri dipendenti dichiara che lascerà l'azienda il prima possibile.

16% der F&K und 18% der MA geben an, dass sie das Unternehmen so bald wie möglich verlassen möchten.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE



Mi sento parte integrante del team all'interno del quale lavoro in un clima di reciproca collaborazione. / Ich fühle mich als integraler Bestandteil des Teams, in dem ich in einer Atmosphäre der gegenseitigen Zusammenarbeit arbeite.

Il 62% dei responsabili ed il 51% degli altri dipendenti dichiarano di sentirsi parte integrante di un team che lavora in un clima di reciproca collaborazione.

62% der F&K und 51% der MA geben an, dass sie sich als Teil eines Teams fühlen, das in einer Atmosphäre der gegenseitigen Zusammenarbeit arbeitet.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE



Consiglierei ad una/un collega di lavorare nella mia stessa Azienda. /
Ich würde einem/einer Kollegen/in empfehlen, in meinem Betrieb zu
arbeiten.

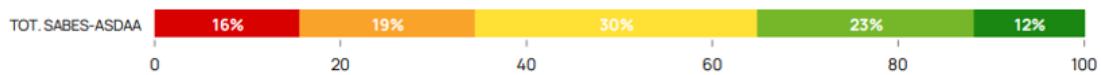
Trai rispondenti, circa il 52% dei responsabili ed il 25% degli altri dipendenti dichiara che consiglierebbe ad un collega di lavorare nella sua stessa Azienda. Il 22% tra i primi ed il 35% tra i secondi manifesta invece disaccordo.

Von den Befragten geben etwa 52% der F&K und 25% der MA an, dass sie einem Freund raten würden, im ihrem Unternehmen zu arbeiten. Demgegenüber würden es 22 % der Ersteren und 35 % der Letzteren nicht tun.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

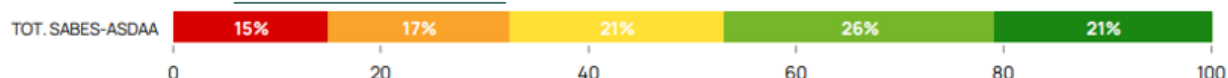


Il mio responsabile diretto sa gestire le situazioni conflittuali. /
Mein/e Vorgesetzter/e kann mit Konfliktsituationen umgehen.

**Il 47% dei dipendenti afferma
 che il responsabile diretto
 sappia gestire situazioni
 conflittuali.**

**47 % der Arbeitnehmernden geben an,
 dass der/die direkte Vorgesetzte weiß, wie
 man mit Konfliktsituationen umgeht.**

**DIPENDENTI /
 MITARBEITENDE**



Il mio responsabile diretto svolge regolarmente il colloquio annuale con i
 suoi collaboratori. /Mein direkter Vorgesetzter führt regelmäßig das
 Jahresgespräch mit seinen Mitarbeitern.

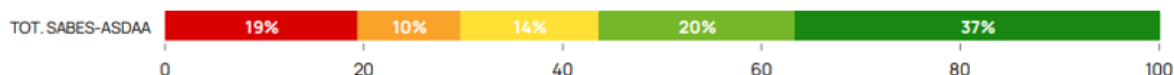
**Solo il 57% dei dipendenti e 52% dei
 responsabili dichiara di svolgere un
 colloquio annuale con il proprio superiore.**

**Nur 57% der MA und 52% der FÜK
 geben an, dass sie ein jährliches
 Gespräch mit ihrem Vorgesetzten
 führen.**

**RESPONSABILI /
 FÜHRUNGSKRÄFTE**



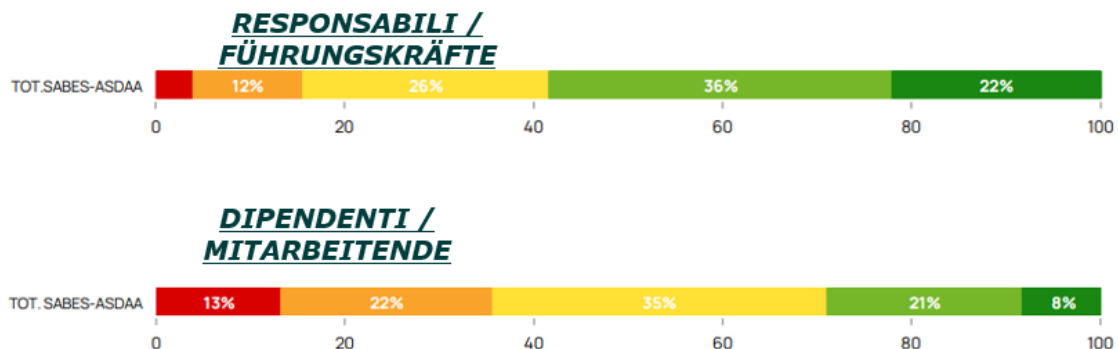
**DIPENDENTI /
 MITARBEITENDE**



Ritengo adeguate le opportunità formative offerte dall'Azienda per migliorare le mie competenze trasversali-manageriali. / Meines Erachtens sind die vom Betrieb angebotenen Weiterbildungen zur Verbesserung meiner Führungs- und übergreifenden Kompetenzen angemessen.

Il 58% dei responsabili ed il 29% degli altri dipendenti ritiene adeguata l'offerta di formazione per competenze trasversali e manageriali.

58% der F&K und 29 % der MA halten die Ausbildung in Managementfähigkeiten und Soft Skills für angemessen.



Daraus ergaben sich wichtige Erkenntnisse und Anregungen zur Verbesserung des internen Organisationsklimas. Insbesondere ist es notwendig, Verwaltungsprozesse zu vereinfachen, die personellen Ressourcen zu stärken, Wartezeiten zu verkürzen und in organisatorische Innovationen zu investieren.

Ziel ist es, die Führungsarbeit auf allen Ebenen zu verbessern, eine effiziente Kommunikations- und Informationspolitik sicherzustellen und bürokratische Abläufe transparenter und übersichtlicher zu gestalten, um die Mitarbeiterzufriedenheit und damit die Attraktivität des Südtiroler Sanitätsbetriebes als Arbeitgeber und damit die Zufriedenheit unserer Kunden, Patienten und Nutzer zu steigern.

Austrittsgespräche – Exit-Interviews

Außerdem verbesserte der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Laufe des Jahres 2024 das Verfahren im Zusammenhang mit Austrittsgesprächen mit ausscheidenden Mitarbeitern. Im ersten Halbjahr wurden Fragebögen zur Ermittlung der Kündigungsgründe ausgefüllt, im zweiten Halbjahr erhielt jeder ausscheidende Mitarbeiter einen persönlichen Anruf und hatte die Möglichkeit, in einem Telefoninterview die Kündigungsgründe, das Betriebsklima, Angaben zum neuen Arbeitgeber und die Gründe für die Bevorzugung gegenüber dem Sanitätsbetrieb sowie Verbesserungsvorschläge zur Mitarbeiterbindung darzulegen. Von Januar bis Dezember 2024 wurden 331 freiwillige Kündigungen registriert (ohne Pensionierungen und Kündigungen aus anderen Gründen) und 257 dieser Mitarbeiter stimmten einem individuellen Austrittsgespräch zu. Tatsächlich wurden 151 Interviews durchgeführt, da die restlichen 106 ausscheidenden Mitarbeiter telefonisch nicht erreichbar waren. Die Ergebnisse dieser wichtigen Tätigkeit werden der Betriebsdirektion halbjährlich präsentiert und ermöglichen die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsqualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb.

Ebenfalls im Jahr 2024 verabschiedete der Südtiroler Sanitätsbetrieb seinen Gleichstellungsplan und plant Schulungsmaßnahmen zum Thema Altersmanagement, um eine inklusive Unternehmenskultur zu fördern, die den unterschiedlichen Altersgruppen der Mitarbeiter Rechnung trägt.

Gender equality Plan

Die Genehmigung des Gender Equality Plans (GEP) ist ein wesentlicher Schritt zur Förderung eines gerechteren und integrativeren Arbeitsumfelds und zur Gewährleistung gleicher Chancen für alle Menschen im Sanitätsbetrieb, unabhängig vom Geschlecht. Darüber hinaus werden darin konkrete

Maßnahmen und Ziele dargelegt, die auf die Förderung der Gleichberechtigung und die Schaffung eines Arbeitsumfelds abzielen, das auf Vielfalt, Geschlechtersensitivität und Diversität basiert. Die allgemeinen Ziele des Plans sind:

- Bekämpfung sexueller Belästigung und geschlechtsspezifischer Gewalt.
- Förderung der Genderperspektive in der biomedizinischen Forschung und klinischen Praxis.
- Sensibilisierung für die Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung einer positiven Einstellung zur Inklusion.
- Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung des GEP und zur Datenerfassung.
- Integration der Genderperspektive in Medizin und Forschung.
- Förderung einer Betriebskultur, die auf Respekt und Wertschätzung der Unterschiede in den verschiedenen Lebensphasen basiert.
- Förderung der korrekten Verwendung des Geschlechts in der Sprache aller Unternehmensdokumente.
- Sammeln, analysieren und regelmäßig aktualisieren der quantitativen und qualitativen Daten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, zu allen relevanten Bereichen innerhalb des Sanitätsbetriebes.

Stärkung der Zusammenarbeit mit dem einheitlichen Garantiekomitee zur Gewährleistung des Wohlergehens der Mitarbeiter und gegen Diskriminierung.

Akkreditierung Audit "Familieundberuf"

Im Jahr 2024 begann der endgültige Akkreditierungsprozess für das Audit „Familie und Beruf“, das das Engagement des Sanitätsbetriebes zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben festigte. Zwischen Ende 2024 und April 2025 werden in allen Gesundheitsbezirken strukturierte Interviews mit Mitarbeitern und Führungskräften aller Kategorien durchgeführt. Die Ergebnisse geben einen Überblick über die aktuelle Situation und die Wahrnehmung der Schlichtungspolitik durch die Mitarbeiter und bilden die Grundlage für zukünftige Verbesserungsstrategien. Die Ergebnisse werden der Betriebsdirektion vorgelegt, um Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens der Mitarbeiter festzulegen.

Der Sanitätsbetrieb beschränkt sich nicht nur darauf, auf familiäre Bedürfnisse einzugehen, sondern ist bestrebt, die Bedürfnisse zu berücksichtigen, die die Mitarbeiter in den verschiedenen Lebensphasen entwickeln. Dies bedeutet, dass ein flexibler und integrativer Ansatz verfolgt werden muss, der die Vereinbarkeitsbedürfnisse nicht nur derjenigen mit familiären Verpflichtungen berücksichtigt, sondern auch derjenigen, die mit Veränderungen im Zusammenhang mit beruflichem Wachstum, Alter, persönlicher Gesundheit oder anderen individuellen Situationen konfrontiert sind. Ziel ist es, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das das allgemeine Wohlbefinden der Mitarbeiter fördert.

Konventionen

Um das Wohlbefinden und die Qualität des Arbeitslebens zu fördern, wurden im Jahr 2024 einige Vereinbarungen mit Sporteinrichtungen in Südtirol aktiviert, um den Mitarbeitern ermäßigte Preise für Sportabonnements und -dienstleistungen anzubieten. Dieser Vorschlag steht im Einklang mit den Sozial- und Zusatzleistungsstrategien des Sanitätsbetriebes, stärkt dessen Attraktivität als Arbeitgeber und fördert das Zugehörigkeitsgefühl seiner Mitarbeiter.

Darüber hinaus blieben Vereinbarungen mit dem Transportdienst ITALO und einem Rabattservice für verschiedene Artikel namens Benefithub aktiv.

Onboarding

Im Jahr 2024 wurde der Onboarding-Prozess überarbeitet und in alle drei Säulen des Sanitätsbetriebes integriert. In Zusammenarbeit mit Experten der Sanitäts-, Pflege- und Verwaltungsdirektion wurde ein einheitliches Vorgehen vereinbart. Im Jahr 2025 soll dieses Verfahren vorgestellt und umgesetzt werden.

Führungskräfteentwicklung

Im Jahr 2024 wurden die ersten Maßnahmen des Führungskräfteentwicklungskonzepts umgesetzt. Das Konzept umfasst folgende Bereiche:

- Aufbau eines kontinuierlichen Weiterbildungsangebots für Führungskräfte in den Bereichen Führungskompetenzen (Sozialkompetenz, Selbstkompetenz, methodische Kompetenzen, Management & Leadership) sowie die Einrichtung eines Coachingpools für Führungskräfte.

- Bereitstellung von Führungsinstrumenten.
- Entwicklung von Nachwuchsführungskräften.

Weiterbildungsangebot

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 18 Weiterbildungen im Bereich der Führungskompetenzen angeboten. Aufgrund eines Wechsels an der Führungsspitze konnten die Weiterbildungen erst im Mai/Juni beginnen. Dennoch wurden insgesamt 95 Führungskräfte in verschiedenen Workshops und Seminaren geschult und weiterentwickelt. Aufgrund des verspäteten Starts mussten leider 8 Veranstaltungen wegen zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt werden. Ein zentrales Ziel der Führungskräfteentwicklung ist die berufsübergreifende Organisation der Maßnahmen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und Silodenken entgegenzuwirken. Dies zeigt sich deutlich in der nachfolgenden Tabelle, die die Teilnahme aller Berufsgruppen an den Seminaren illustriert:

	Pflegebereich	Sanitätsdirektion	Verwaltung
Wirksame Führung	2	3	2
Resilienz und Agilität	2	1	2
Antistupidity task force	5	3	6
Best Practise aus Management und Organisation	2	1	2
Auf dem Weg mit mir Wanderseminar für Führungskräfte	3		3
Coaching als Führungsaufgabe	10	3	2
Konflikte konstruktiv führen und lösen	5	3	5
mediazione del conflitto	4	6	3
resilienza e agilità per la dirigenza	2	1	3
lavoro di squadra in modo efficiente e motivato	10	5	4

Schulungsworkshop für neue Führungskräfte

Neue Führungskräfte stehen vor besonderen Herausforderungen bei ihrem ersten Führungsauftrag im Sanitätsbetrieb. Daher wurde ein Schulungskonzept für neue Führungskräfte entwickelt, das folgende Themenbereiche umfasst: Führung im Südtiroler Sanitätsbetrieb, rechtliche Aspekte für Führungskräfte, Zielvereinbarungsprozess im Betrieb, Mitarbeiterführung, Mitarbeitermotivation, Selbstmanagement, Veränderungsmanagement, Managementaufgaben einer Führungskraft und Disziplinarordnung des Südtiroler Sanitätsbetriebs.

Aufbau eines Coachingangebots

Im Jahr 2024 wurde ein Coachingkonzept für Führungskräfte entwickelt und dokumentiert. Dieses Konzept sieht vor, dass Führungskräfte in folgenden Situationen ein Coachingangebot in Anspruch nehmen können:

- Übernahme neuer Führungsaufträge
- Konfliktsituationen
- Change-Projekte
- Reflexion der eigenen Führungsrolle und Förderung der Selbstreflexion

Im Jahr 2025 wird dieses Konzept der Betriebsdirektion vorgestellt und genehmigt.

Bereitstellung von Führungsinstrumenten

Das Führungskräfteentwicklungskonzept sieht die Bereitstellung folgender Führungsinstrumente vor:

Führungsinstrumente	Bezeichnungen
Führungsinstrument 1	Zielvereinbarung Generaldirektion

Führungsinstrument 2	Strategische FK-Klausur
Führungsinstrument 3	Netzwerk geregelter Besprechungen
Führungsinstrument 4	Abteilungs-/Bereichsklausur
Führungsinstrument 5	Mitarbeiterfördergespräch
Führungsinstrument 6	Mitarbeiterbesprechung/Jour Fixe
Führungsinstrument 7	Aus-, Fort- und Weiterbildung
Führungsinstrument 8	Qualitäts- und Riskmanagement
Führungsinstrument 9	Mitarbeiterbeurteilung

Es wurde abteilungsintern entschieden, mit dem Mitarbeiterfördergespräch, den Zielvereinbarungen der Führungskräfteklausuren und der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu beginnen.

Mitarbeiterfördergespräch und Mitarbeiterbeurteilung

Das Mitarbeiterfördergespräch samt Kompetenzanalyse wurde vereinheitlicht und weiterentwickelt. Das Konzept wurde mit den Stabstellen für berufliche Entwicklung in der Pflegedirektion und Sanitätsdirektion besprochen. 2025 folgt die Verwaltungsdirektion, anschließend wird das Konzept in der Betriebsleitung präsentiert, um dessen Einführung zu beschließen und mit Schulungen und Einführungsworkshops für Führungskräfte zu starten. Ein wichtiger Schwerpunkt im Jahr 2025 ist die Digitalisierung und Informatisierung dieses Führungsinstruments.

Zielvereinbarungsgespräche

Im Jahr 2024 wurden durch das Amt für Controlling erste Schulungen für Führungskräfte zum Führungsinstrument der Zielvereinbarungsgespräche durchgeführt.

Führungskräfteklausur

Im Jahr 2024 entschied die Generaldirektion, die Führungskräfteklausurtagung mit 50 Führungskräften durchzuführen. Dabei wurden vor allem die Strategien und Herausforderungen des Jahres 2025 und der folgenden Jahre im Rahmen von Strategieworkshops besprochen und diskutiert.

PNRR-Weiterbildung im Managementbereich

Das Land Südtirol führte im Jahr 2024 den PNRR-Lehrgang zur Verbesserung der Managementkompetenzen der Führungskräfte des Sanitätsbetriebs durch. Die Personalentwicklung leistete dabei vor allem inhaltlichen und verwaltungstechnischen Support zur Vereinfachung der Teilnahme. Auch bei der Information externer Referenten war die Abteilung stark eingebunden.

Aufbau einer Nachwuchsführungskräfteentwicklung

Im Jahr 2024 wurde ein Assessment Center zur Ermittlung geeigneter Nachwuchsführungskräfte durchgeführt, an dem rund 30 interne Führungskräfte beteiligt waren. Mit Unterstützung einer HR-Agentur wurde ein auf die Führungswerte basierendes Assessment Center entwickelt, das drei Assessments umfasste:

- Vorstellung des eigenen Führungsverständnisses und Abgleich mit den Führungswerten des Betriebs
- Rollenspiel im Führungsalltag (Simulation eines Mitarbeitergesprächs)
- Projektmanagement in der Gruppe (Simulation einer Projektdurchführung in der Arbeitsgruppe)

Alle Führungskräfte, die als Beobachter eingesetzt wurden, nahmen an einem eintägigen Seminar teil. Im Mai 2024 wurden im Rahmen von vier Tagen 65 Mitarbeitende aus allen drei Bereichen (Pflegedirektion: 26, Sanitätsdirektion: 23, Verwaltungsdirektion: 16) durch das Assessment Center geführt. 47 Personen wurden in den zweijährigen Lehrgang aufgenommen, der im Jahr 2024 startete. Im Folgenden wird der zweijährige Lehrgang veranschaulicht



Unterstützungsmaßnahmen für den Erwerb der Zweitsprache

Angeichts des Mangels an qualifiziertem Personal im Gesundheitssektor hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Jahr 2024 zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen eingeführt, um das Gesundheitspersonal ohne Zweisprachigkeitsnachweis beim Erwerb der für die Arbeit relevanten Sprachkompetenzen zu begleiten. Ziel ist es, die Erlangung des vertraglich geforderten Zweisprachigkeitsnachweises zu erleichtern und in ein langfristiges Arbeitsverhältnis zu investieren.

Im Jahr 2024 wurde ein Monitoringsystem eingerichtet, um einen Überblick über die sprachliche Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Zweisprachigkeitsnachweis zu erhalten. Es wurden insgesamt **62 interne Deutsch- und Italienischkurse** organisiert, darunter **18 intensive A1-Sprachkurse** (einmonatige Kurse vor Dienstantritt; online und in Präsenz) sowie **44 extensive Sprachkurse** (sechsmonatige Kurse) auf den Niveaustufen A1, A2, B1, B2 und C1 (online und in Präsenz). Insgesamt wurden ca. **450 Kursplätze** besetzt. Von den Mitarbeitenden ohne Zweisprachigkeitsnachweis, die 2024 angestellt wurden, haben **mehr als 80%** an einem oder mehreren internen Sprachkursen teilgenommen. Darüber hinaus wurden externe Sprachkurse sowie intensive Sprachaufenthalte (einmonatige Aufenthalte) im Ausland und in Italien finanziell unterstützt und als Arbeitszeit anerkannt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wurde als Prüfungszentrum für die **ÖSD-Zertifizierungsprüfung der deutschen Sprache** akkreditiert. Im Oktober 2024 wurden die ersten internen Prüfungen auf den Niveaustufen B2 und C1 mit einer externen ÖSD-Prüfungskommission durchgeführt. Zudem wurde eine Zusammenarbeit mit dem **Dante-Alighieri-Institut** für die **PLIDA-Zertifizierungsprüfung der italienischen Sprache** auf den Niveaustufen B2 und C1 gestartet.

Zusätzlich wurden individuelle **Sprachberatungen** für Mitarbeitende angeboten, und im Rahmen des **Sprachvolontariats** wurden **30 Sprachpartnerschaften** ins Leben gerufen.

Interne und externe Weiterbildung

Die interne und externe Aus- und Weiterbildung dient der Qualifizierung, Förderung und Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie trägt damit wesentlich zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der Arbeitsfähigkeit, der Motivation- und Bewusstseinssebene sowie zum Erreichen der betrieblichen Ziele bei.

Im Jahr 2024 hat der Sanitätsbetrieb **861 internen Weiterbildungsveranstaltungen** organisiert und durchgeführt.

Weiters hat der Sanitätsbetrieb im 2024 **15.500 Teilnahmen an externen Weiterbildungsveranstaltungen** gewährleistet.

Weiterbildung im Bereich Arbeitssicherheit

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat folgende Kurse für die **Grundausbildung im Bereich Arbeitssicherheit** angeboten:

Grundkurs allgemeiner Teil (4 Stunden): Im Jahr 2024 haben 1.280 Mitarbeiter den Arbeitssicherheitskurs „Grundkurs- allgemeiner Teil“ absolviert.

Grundkurs spezifischer Teil niedriges Risiko (4 Stunden) und **hohes Risiko** (12 Stunden): Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat 7 Typologien von Grundkursen „spezifischer Teil“ aufgrund der Art der

Tätigkeit der Mitarbeiter und der ausgesetzten Risiken angeboten: klinischer sanitärer Bereich, Bereich Pflegedienste, technischer Bereich, Bereich Ökonomat, Bereich Küche und Kantine, Bereich Verwaltung und einen eigenen Kurs für das strahlenexponiertes Personal. 2024 wurden 1.347 Mitarbeiter ausgebildet.

Auffrischkurs (6 Stunden): Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat 6 Typologien von Auffrischkursen angeboten: klinischer sanitärer Bereich, Bereich Pflegedienste, technischer Bereich, Bereich Ökonomat, Bereich Küche und Kantine und Bereich Verwaltung. 2024 wurden 3.788.Mitarbeiter ausgebildet.

Weiters organisiert Der Südtiroler Sanitätsbetrieb auch **Schulungs- und Auffrischkurse in Präsenz für Führungskräfte und Vorgesetzte:**

- Ausbildung Arbeitssicherheit für Vorgesetzte (8 Stunden): Im Jahr 2024 wurden keine Kurse für die Vorgesetzte organisiert.
- Auffrischung Arbeitssicherheit für Vorgesetzte (6 Stunden): Im Herbst 2024 wurden 5 Auflagen mit jeweils ca. 30 Teilnehmern organisiert.
- Arbeitssicherheitsschulung für Führungskräfte (16 Stunden): im Laufe des Jahres 2024 wurden 7 Auflagen mit jeweils ca. 30 Teilnehmern organisiert.
- Auffrischungsschulung für Führungskräfte (6 Stunden): Im Herbst 2024 wurden 5 Auflagen mit jeweils ca. 30 Teilnehmern organisiert.

Außerdem hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Kurs „**GDPR und Datenschutz im Gesundheitswesen**“ angeboten. Im Jahr 2024 haben 6.524 Mitarbeiter diesen Kurs absolviert.

Bericht über die Zufriedenheit der Kantinennutzer

Der Kantinendienst des Bezirks Bozen ist nach ISO9001-2015 zertifiziert. Im Rahmen dieser Regelung sieht die Betriebsanweisung (IO) 08 – „Erhebung der von den Kantinennutzern wahrgenommene Qualität“ vor, dass die Zufriedenheit der Nutzer der Kantine des Krankenhauses Bozen jährlich erhoben wird.

Daher wurde die geplante Kundenzufriedenheitsbefragung für das Jahr 2024 im Zeitraum vom 03.12.2024 bis 20.12.2024 durchgeführt.

An dieser Umfrage nehmen alle Mitarbeiter des Bezirks Bozen teil, die eingeladen sind, den Online-Fragebogen¹ (Programm „Formulare“) zu beantworten, um Ihre Zufriedenheit mit dem angebotenen Service auszudrücken.

Zum Zeitpunkt der Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen (20. Dezember 2024) waren 629 Fragebögen eingegangen, was einem Tagesdurchschnitt von etwa 850 Zugängen zur Kantine entspricht, d.h. etwa 74 % derjenigen, die den Service täglich nutzen.

Für das Jahr 2024 wurde bei der Frage nach der Initiative "Green Days" festgestellt, dass sich die prozentualen Zustimmungswerte im Vergleich zum Jahr 2023 verschlechtert haben.

Insbesondere der Grad der Wertschätzung – der auf einer Skala von Gut, Akzeptabel, Schlecht ausgedrückt werden konnte – in Bezug auf die 3 untersuchten Punkte stellte sich wie folgt dar:

Bewertung = Gut		
Gegenstand	2024	2023
Menge der Gerichte	50,4% der Angestellten	53%
Vielfalt der Gerichte	21,3% der Angestellten	26,4%,
Geschmack der Gerichte	29,4% der Angestellten	29,2%.

Die Bemühungen der Küche, diese Art von Angeboten attraktiver zu gestalten, werden teilweise durch die leicht gestiegene Zufriedenheit in Bezug auf den Geschmack belohnt, obwohl die Bewertung "mangelhaft" immer noch sehr deutlich ist.

¹ Der Fragebogen wird nicht an Studenten des universitären Ausbildungszentrums für Gesundheitsberufe Claudiana (im Folgenden Claudiana) verschickt.

Die Akzeptanz der Green Days ist nach wie vor gering, da die Befragten den veganen Tag nach wie vor als eine Zumutung empfinden; aus den Kommentaren geht der Wunsch nach zumindest einer vegetarischen Alternative und nach einer größeren Auswahlvielfalt hervor.

Es ist zu beachten, dass bei den anderen Punkten viele Prozentsätze über den vorgesehenen Qualitätsstandards² liegen, die in der operativen Anweisung IO 08 – "von den Kantinennutzern wahrgenommene Qualität" – vorgesehen sind.

Abgesehen von dem, was sich in Bezug auf das Angebot der Green Days herausgestellt hat, bestätigen die Daten eine allgemeine Wertschätzung des Dienstes durch die Nutzer, insbesondere auch in Bezug auf die Professionalität des Kantinenpersonals.

In Anbetracht des Alters der Struktur scheint die Kantine im Vergleich zu den neuen Bedürfnissen unterdimensioniert zu sein; ein kritischer Datenpunkt ist nach wie vor die Lärmbelastung, die 2023 von 40 % der Nutzer als schlecht empfunden wurde und 2024 auf 45,9 % anstieg.

Es gibt viele Beschwerden über die langen Warteschlangen und damit die Wartezeiten. Die Situation hat sich sogar noch verschlimmert, da zu den Studenten der Claudiana nun auch Studenten der neuen medizinischen Fakultät hinzugekommen sind.

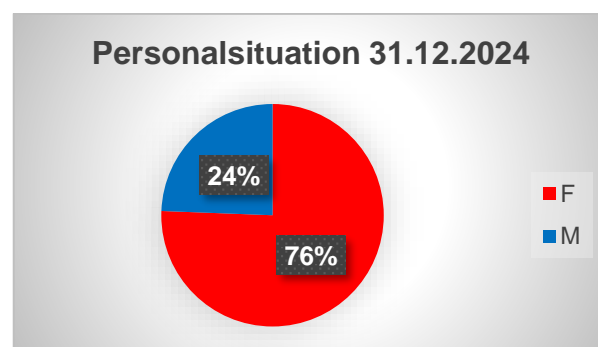
In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die neue Krankenhauskantine, die in der „neuen Klinik“ entstehen wird, in der Planungs- und Bauphase befindet; auch aus diesem Grund wird versucht, die Investitionen nach Möglichkeit zu begrenzen, indem sie für unbedingt notwendige Arbeiten reserviert werden.

7 Einheitliches Garantiekomitee für Chancengleichheit, die Aufwertung des Wohlbefindens der Bediensteten und gegen Diskriminierungen

Die Bewertung über die Personalsituation ist eine Obliegenheit des Einheitlichen Garantiekomitees (EGK) laut Richtlinien der Präsidentschaft des Ministerrates vom 04. März 2011 und nachfolgender Richtlinie der Präsidentschaft des Ministerrates Nr. 2/2019.

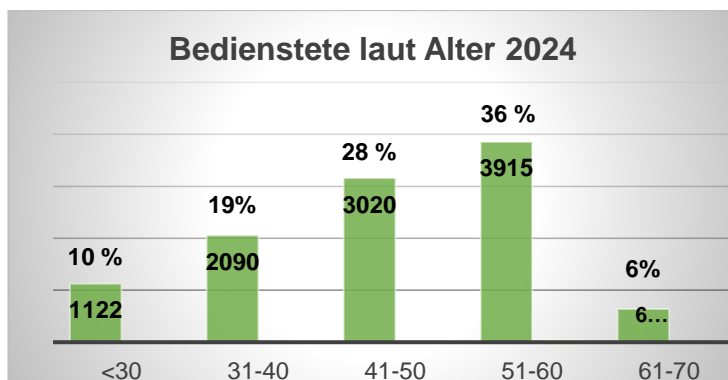
7.1 Analyse der Daten zum Personal und Monitoring

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb überwiegt der Frauenanteil: 76 % der Bediensteten sind weiblich und 24 % männlich. In absoluten Zahlen beläuft sich die Zahl der weiblichen Mitarbeiterinnen auf 8.189 und jene der männlichen Mitarbeiter auf 2.635.



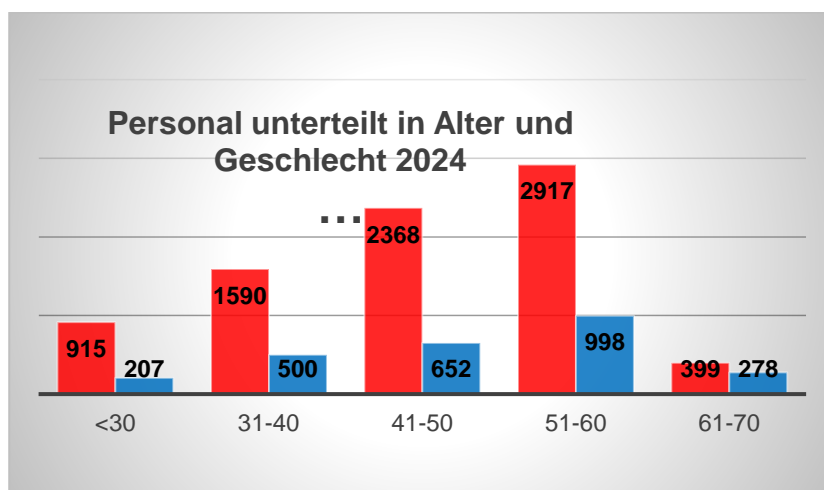
² Die Betriebsanweisung 08 enthält Qualitätsstandards, die mit den jährlich erhobenen Daten über die von den Kantinennutzern wahrgenommene Qualität verglichen werden.

Darstellung der Bediensteten laut Alter 2024



Das Durchschnittsalter der Bediensteten des Südtiroler Sanitätsbetriebes steigt stetig an: zum 31.12.2024 besteht das Personal zu 42% aus über 50-Jährigen (gleichbedeutend 4.592 Einheiten).

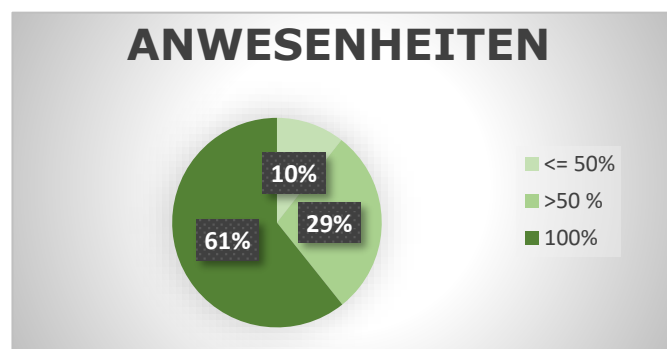
Seit 2007 bis heute verzeichnet man daher einen Anstieg von 26%, es lässt sich daher eine Tendenz zur progressiven Altersteigerung des Personals ableiten.



Frauen rot – Männer blau

Arbeitszeitformen: Vollzeit und Teilzeit

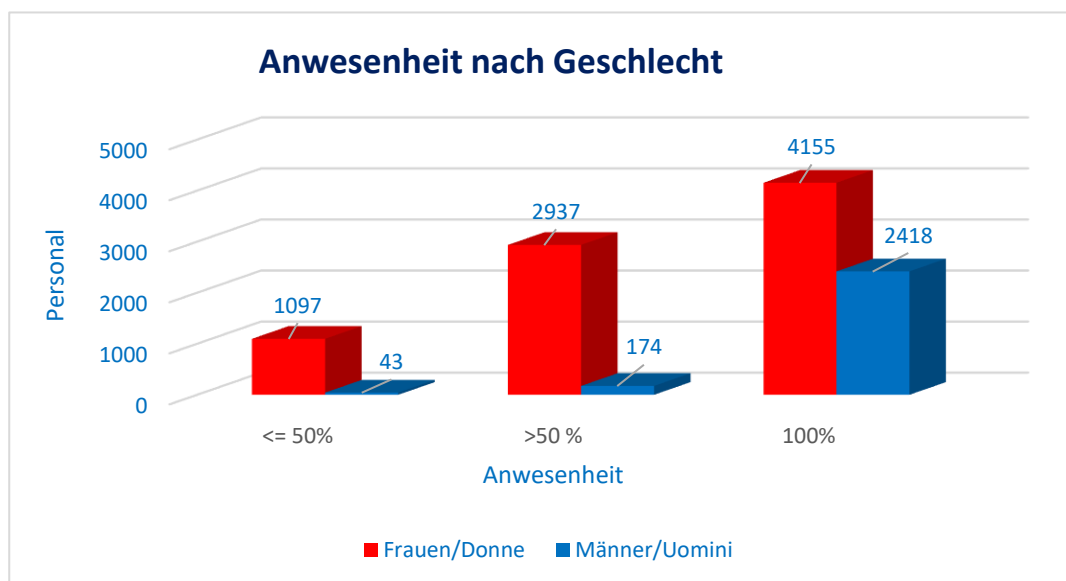
Arbeitszeitform	Anzahl Bedienstete
Part-time <=50%	1.140
Part-time >50%	3.111
Vollzeit	6.573
Insgesamt	10.824



Wie aus der obigen Grafik ersichtlich ist, arbeiten 61% der Bediensteten in Vollzeit, 10% in Teilzeit zu <=50% und 29% der Bediensteten arbeiten in einem Teilzeitverhältnis zu >50%. Die Gesamtanzahl der Bediensteten in Teilzeitverhältnis ist 4.251 auf 10.824 Angestellten.

Arbeitszeitformen nach Geschlecht

Arbeitszeitform	Frauen	Männer	Insgesamt
Part-time <=50%	1.097	43	1.140
Part-time >50%	2.937	174	3.111
Vollzeit	4.155	2.418	6.573
Insgesamt	8.189	2.635	10.824



Laut der o.g. Analyse arbeitet gemäß Geschlecht ca. 92% des männlichen Personals (in Zahlen: 2.418) in Vollzeit, dagegen arbeitet ca. 51% des weiblichen Personals (in Zahlen 4.155) ebenfalls ganztätig.

Es zeigt sich ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern bei der Nutzung der Teilzeitformen, die von 95% der Frauen ausgeübt wird (siehe ersten beiden Kolonnen des oben angeführten Histogrammes).

Vereinbarkeitsmaßnahmen

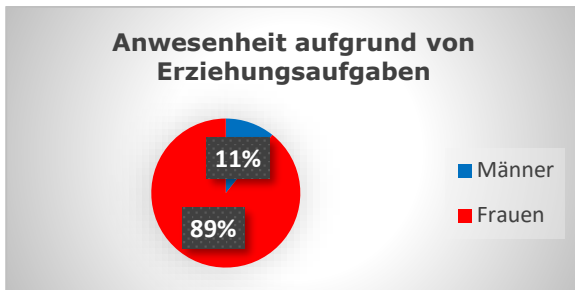
Arten der Maßnahmen zur Vereinbarkeit	Frauen	Männer	Insgesamt
Personal Part-time	4.034	217	4.251
Personal mit agilem Arbeitssystem	178	71	249
Personal mit Telearbeit	8	2	10
Insgesamt	4.220	290	4.510

Die Daten zu den Vereinbarkeitsmaßnahmen zeigen, dass diese Institute insgesamt von etwa 42% des Personals genutzt werden.

Was die geschlechtsspezifische Aufteilung betrifft, so überschneidet sich die Zahl mit derjenigen für die Teilzeitarbeit, da diese zu etwa 94% von weiblichen Bediensteten genutzt wird.

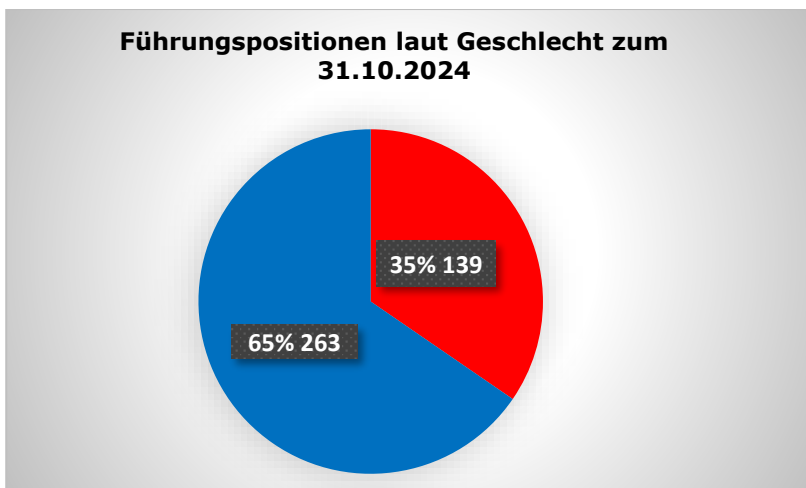
Nachstehende Daten sind zum 31.10.2024 aktualisiert:

Abwesenheiten aufgrund von Erziehungsaufgaben



Abwesenheiten aufgrund von Erziehungsaufgaben werden vorwiegend von Frauen genutzt 89% wie aus der voranstehenden Grafik klar hervorgeht.

Führungspositionen laut Geschlecht

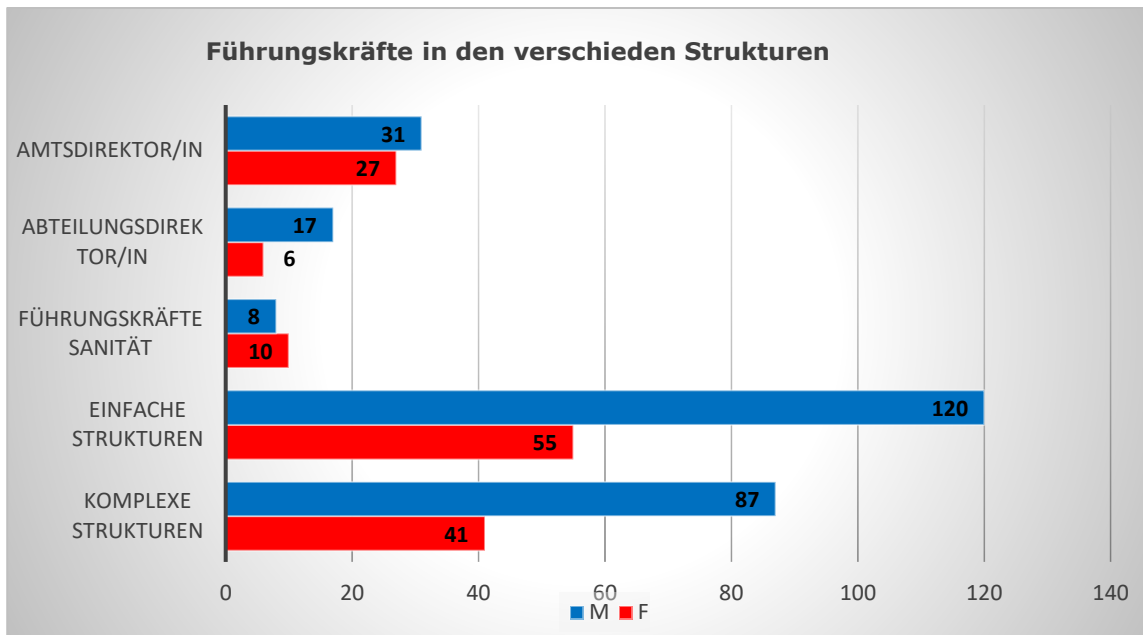


Frauen rot – Männer blau

Im Allgemeinen zeigt die Personaldatenlage im Südtiroler Sanitätsbetrieb, dass das Personal insgesamt zu 76% aus Frauen und zu 24% aus Männern besteht (Grafik zur Personalsituation). Betrachtet man die Zahlen der Führungspositionen (obere Grafik), so stellt man fest, dass nur 35% der Frauen Führungspositionen innehaben, während 65% der Männer Führungspositionen bekleiden.

Dieses Missverhältnis verdeutlicht, dass es in Führungspositionen ein erhebliches Geschlechtergefälle gibt.

Für weitere Details siehe nachstehende Grafik:



7.2 Positive Aktionen und Projekte

Erstellung von mehrjährigen Programmierungs-, Analyse- und Überprüfungsdocumenten

- Dreijahresplan der positiven Aktionen 2024-2026 laut G.v.D. Nr. 198/2006 (sog. Kodex für Chancengleichheit) in Zusammenarbeit mit der Abteilung Personalverwaltung und der Abteilung Personalentwicklung;
Handlungsfelder:
 - Überwachung und Analyse der Personalsituation im Betrieb;
 - Förderung der Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben;
 - Weibliche Führung - Unterstützung und Begleitung in Entwicklungs- und Veränderungsprozessen;
 - Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Beschwerden, Konflikten, Diskriminierung und Gewalt am Arbeitsplatz;
 - Förderung des organisatorischen Wohlbefindens und der Qualität des Berufslebens;
 - Zusammenarbeit zwischen EGK und Verwaltung;
 - Chancengleichheit und Inklusion.
- Gleichstellungsplan (Gender Equality Plan-GEP) laut europäischen Leitlinien in Zusammenarbeit mit der Abteilung Personalentwicklung, der Vertrauensrätin des Südtiroler Sanitätsbetriebes, dem Dienst für Arbeitssicherheit und der Abteilung Forschung, Innovation und Lehre (IRTS);
- Anpassung des integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans (sog. PIAO) gemäß D.P.R. Nr. 81/2022 im Abschnitt der positiven Aktionen bezüglich der Überwindung des Gendergaps;
- Erstellung des Jahresberichts zur Personalsituation gemäß Ministerialdekretes Nr. 2/2019.

Aktionsplan zur Sicherheit und Vorsorge bei Gewalt an Bediensteten

- Zusammenarbeit und Aktualisierung der Betriebsprozedur Nr. 2298/20 zur Handhabung der Aggressionen gegenüber dem Gesundheitspersonal;
- Mitarbeit in den verschiedenen Arbeitsgruppen auf Betriebs- und Bezirksebene bei der Analyse von Aggressionsereignissen und bei der Ermittlung von geeigneten Präventionsmaßnahmen.

Maßnahmen gegen Belästigung, Diskriminierung und Mobbing

- Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin bei der Systematisierung der Interventionsmethoden bei den gemeldeten Fällen und der Gesamtleitung der geplanten Initiativen;
- Ausarbeitung der vom Einheitlichen Garantiekomitee vorgeschlagenen operativen Regelung des Netzwerkes des Wohlbefindens im Betrieb und Austausch mit den beteiligten Diensten.

Studie des organisatorischen Wohlbefindens und der Gesundheit

- Vorstellung des Abschlussberichtes der (zweijährigen) Studie vom EGK unter Führung des Prof. Francesco Avallone der Universität Unitelma Sapienza - Rom - 06.02.2023.
Das Hauptziel der Studie, wie aus dem Abschlussbericht zu entnehmen ist, war die Aufarbeitung einer Erfahrung um mögliche Elemente für die Förderung der Gesundheit, der Organisationsentwicklung und des organisatorischen Wohlbefindens hervorzuheben. Die Teilnehmer/innen der Fokusgruppe haben die gemeinsamen Zusammentreffen und den daraus resultierenden Dialog über individuelle Erfahrungen und Schwierigkeiten geschätzt, in der Hoffnung, dass ähnliche Initiativen des Austausches und Zuhörens auch in Zukunft stattfinden können, um eine Gelegenheit der Betrachtung und Vertiefung zu schaffen.
Die beteiligten Personen hegen den Wunsch des Angehört Werdens, des respektvollen Umganges, der Wertschätzung, der Teilnahme, der Bewertung, der Prämierung und besonders der Möglichkeit ihre Ideen und Projekte einbringen zu können.
Die angehört Personen haben Wertschätzung des Berufes, professionelle Haltung und Verantwortung, Verfügbarkeit und Interesse in eine gemeinsame Zukunft manifestiert, auch wenn die Bedingungen des Arbeitsumfeldes als stressig erlebt werden.

7.3 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit

Jahreskalender 2025

- Suche der Themen für den Jahreskalender 2025, Organisation und Supervision des gesamten Prozesses;
- Die Auswahl fiel auf das Thema der „Freundlichkeit“ in all ihren Dimensionen.

Website, Publikationen und Vorträge

- Publikationen auf der Homepage mysabes und auf dem Newsletter, regelmäßige Aktualisierung der institutionellen Webseite;
- Referate, Vorträge bei Kongressen, Tagungen und verschiedenen bereichsspezifische Initiativen.

8 Externe und interne Kommunikation

Die Abteilung Kommunikation des Südtiroler Sanitätsbetriebes hat auch im Jahr 2024 ihre strategischen Aufgaben ausgeübt und erweitert. Sie koordinierte sowohl die externe als auch die interne Kommunikation und unterstützte dabei die Generaldirektion, die Gesundheits- und Verwaltungsdienste des Betriebes und kommunizierte im Dienste der Bürgerinnen und Bürger. Die Tätigkeiten der Abteilung umfassten verschiedene Bereiche:

Externe Kommunikation und Medienarbeit

Es wurden zahlreiche **Pressemitteilungen** erarbeitet und **Pressekonferenzen** organisiert, beispielsweise anlässlich der Vorstellung neuer Führungskräfte oder die Besichtigung von Baustellen. Bei Anfragen für Interviews und vertiefende Beiträge vermittelte die Abteilung den Kontakt zwischen Journalistinnen und Journalisten und betriebsinternen Expertinnen und Experten. Sämtliche Veranstaltungen wurden mithilfe von Texten, Fotos und Videos dokumentiert, auf der Website veröffentlicht und an die Medien versendet.

Kongresse, Tagungen und Symposien – Die Abteilung übernahm die Medienarbeit bei zahlreichen von den Abteilungen und Diensten des Sanitätsbetriebes organisierten Veranstaltungen, an denen nationale und internationale Expertinnen und Experten teilnahmen.

2024 erschienen vier Ausgaben der **Betriebszeitschrift „one“** sowie eine zusätzliche Sonderausgabe mit einer Auswahl der besten Geschichten aus der Rubrik „Begegnungen – Patientengeschichten, die berühren“. Alle Geschichten wurden auch auf der Webseite des Sanitätsbetriebes veröffentlicht und an die Medien versendet und wurden gut rezipiert. Jede Ausgabe wurde sowohl in gedruckter Version verteilt als auch online zur Verfügung gestellt. Die Artikel hatten informativen und auch empathischen Charakter, trugen zur Imageförderung bei den Mitarbeitenden im Sanitätsbetrieb bei und wurden durchwegs positiv aufgenommen.

Die Abteilung betreute außerdem die Kommunikationsmaßnahmen im Rahmen der **PNRR-Projekte**, insbesondere für die **elektronische Gesundheitsakte EGA 2.0**. Dies umfasste Informationstexte für Medien, für soziale Netzwerke und die Website sowie die Unterstützung bei der Schulung des Personals.

Informations- und Sensibilisierungskampagnen

Die Abteilung erarbeitete folgende Kampagnen zu Themen der öffentlichen Gesundheit:

- **HIV-Screening:** Events vor Ort und kostenlose Tests, in Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen und eine Social-Media-Kampagne.
- **Grippe- und Coronaschutz-Impfungen:** neues Design und Slogan, umfangreiche Verbreitung über die Medien, soziale Netzwerke, Plakate und Infoscreens in den Zügen.
- **Informationskampagne zur Vorbeugung des Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV):** eine spezielle Webseite, gedrucktes Informationsmaterial und -videos für Eltern.
- **Sanibook-Kampagne:** Kampagne zur Förderung der Nutzung der Plattform alternativ zur einheitlichen Vormerknummer.
- **Respekt und Freundlichkeit:** visuelle Botschaften zur Förderung des Respekts gegenüber des Gesundheitspersonals.
- **„Wenn ich Brot sage, woran denkst du?“** Ziel der Kampagne war, die Gewohnheiten der Südtirolerinnen und Südtiroler beim Brotverzehr zu untersuchen und ernährungswissenschaftliche Informationen bereitzustellen.
- **Weniger Salz und mehr Jod:** über den Gebrauch von Jodsalz und richtige Ernährung.
- **Impfungen gegen Zecken:** Bewerbung der zwei Open Days für die kostenlose Impfung.

Online-Kommunikation

Die **Webseite www.sabes.it** wurde mithilfe der neuen Software „Kontent.ai“ aktualisiert und um neue Bereiche zu Impfungen, Informationen für Mitarbeitenden und FAQs erweitert.

Die **Social-Media-Aktivität** wurde stark verstärkt: Auf Facebook hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb 14.138 Follower, auf X 1.623 und auf Instagram 2.106. Zudem wurde regelmäßig auf LinkedIn gepostet mit 15.000 Followern. Die Profilansichten und Interaktionen nahmen deutlich zu.

YouTube und thematische Videos: Die multimedialen Inhalte, einschließlich Live-Streaming und Videos auf YouTube, erweiterten die Reichweite der Informationen.

Interne Kommunikation

Die Abteilung erstellte und verbreitete zahlreiche **Rundschreiben**, insbesondere in Krisenzeiten (Kommissarische Verwaltung, Ernennung von Führungskräften), was zu einer zeitnahen und geordneten Information beitrug. Die sprachliche Überarbeitung und grafische Vereinheitlichung wurden weitergeführt.

Die **Presseschau** wurde täglich zusammengefasst und an die Betriebsdirektion geschickt, um bei Bedarf Stellungnahmen zu kritischen Artikeln zu unterstützen.

Der **interne Newsletter**, der grafisch überarbeitet wurde, erschien monatlich.

Ein wesentlicher Beitrag wurde im Laufe des Akkreditierungsprozesses bei **„Accreditation Canada“** geleistet: Durch Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen sowie Unterstützung zur Stärkung des Bewusstseins und der Einhaltung der geforderten Standards. Das Niveau „Platin“ wurde schließlich erreicht.

Übersetzungen und Korrektur von Texten

Die Abteilung führte regelmäßig Übersetzungs- und Korrekturarbeiten von Texten durch und befasste sich mit der sprachlichen Anpassung und Korrektur zahlreicher textlicher Inhalte für verschiedene Publikationen.

Druck und Verteilung von Broschüren und Informationsmaterialien

Die Abteilung lieferte Übersetzungen und Korrekturen für zahlreiche Materialien: Broschüren für Schwangere und Kinder, Flugblätter, Plakate und Präsentationen.

Veranstaltungen und Events

Einige Veranstaltungen, die kommunikativ begleitet worden sind:

- **Forum Gesundheit Südtirol:** 4 Vortragsabende, auch im Streaming.
- **Gesundheitsmesse:** 7 Themenstände und umfangreiche Beteiligung von Mitarbeitenden, zahlreiche Besucher.
- **Summer School, Own Your Future, „Eine Woche lang Profi sein“ mit Schulen:** Berufsorientierung für junge Studierende.
- **Konferenz über Behinderung, Teddybär-Krankenhaus, Pensionierungsfeiern und interne Feierlichkeiten.**

Jede Initiative wurde durch Begrüßungstexte, dedizierte Grafiken, Werbematerialien und Medienberichterstattung unterstützt.

Öffentlichkeitsarbeit und Beschwerdemanagement

Das Amt für Bürgeranliegen bearbeitete 2.821 Meldungen (2.385 Beschwerden, 136 komplexe Anfragen, 300 Fälle von Lob). Die Hauptgründe für die Meldungen waren:

1. Beschwerden über Tarife/Ticketzahlungen – 920 Meldungen (30,7% des Gesamtvolumens)
2. Organisatorische Mängel – 228 Meldungen (9,5%)
3. Mängel bei der medizinischen Versorgung – 205 Meldungen (8,6%)

Im Herbst 2024 wurde eine Umfrage zur Zufriedenheit von Krankenhauspatienten durchgeführt, an der etwa 16.000 Personen beteiligt wurden. Die Ergebnisse werden 2025 erwartet.

Weitere Tätigkeiten

Die Abteilung arbeitete bei der Aktualisierung der Disziplinarordnung und der Dienstpflichten sowie des Verhaltenskodex für das Personal des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit, der an die Änderungen der neuen Vorschriften angepasst wurde, insbesondere an den DPR 62/2013, der 2023 angepasst wurde.

Der Kodex wurde von der Personalabteilung in Zusammenarbeit mit dem Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten überarbeitet, nach Anhörung des positiven Gutachtens der Kommunikationsabteilung und der Referentin für die Beziehungen zu den Gewerkschaften.

Die Abteilung arbeitete auch mit dem Amt für Allgemeine Angelegenheiten an einem Entwurf zur Regelung von Sponsoringverträgen zusammen.

9 Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)

Im Rahmen der Reorganisation der klinischen Governance wird insbesondere die schrittweise Umsetzung des Landesgesundheitsplans im Bereich der klinischen Versorgung fortgesetzt.

Die Organisationseinheit verfügt über ein Steuerungsinstrument, welches auf der Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung aufbaut und die PDCA-Methode (siehe unten angeführte Definition) nutzt, um die Betreuung der Patienten laufend zu verbessern bzw. einen definierten Qualitätsstandard zu halten.

Der Prozess „Messen, Analyse und Verbesserung“ sieht folgende Aktivitäten vor:

- Aktivitäten für die Überprüfung und Sammlung von Daten auf der Grundlage von:
 - Patientenzufriedenheits-Erhebungen;
 - Ergebnisse aus durchgeführten Audits;
 - Überprüfung der Ziele, Prozesse und erbrachten Dienstleistungen;
 - Überprüfung von Abweichungen/Nicht-Konformitäten;
 - Handhabung der unerwünschten Ereignisse;

- Beschwerden;
- Anfragen von Schadensersatzforderungen;
- Ergebnisse von erhobenen Indikatoren;
Aktivitäten im Rahmen der Datenanalyse: dadurch, dass laufend und regelmäßig Daten erhoben werden, können kritische Bereiche festgestellt und aufgezeigt werden, sowie neue Verbesserungsvorschläge definiert werden;
- Aktivitäten zur kontinuierlichen Verbesserung durch:
 - Korrekturmaßnahmen;
 - Präventionsmaßnahmen;
 - Verbesserungsmaßnahmen;
 - Definition von Verbesserungsplänen (Ziele/Qualitätsplan).

Das Qualitätsmanagementsystem sieht die Planung und Durchführung von internen und externen Überprüfungen/Audits vor. Ziel der Audits ist es, kritische Punkte aufzudecken, um kontinuierliche Verbesserungen des Systems zu ermöglichen. Die Überprüfungstätigkeit ist koordiniert und kollaborativ: Der Auditor bringt seine technischen, zwischenmenschlichen Fähigkeiten und Erfahrungen in den Prozess ein.

Die Programmierung der internen Systemaudits liegt in der Verantwortung der Organisationseinheit für die klinische Führung und wird von der Betriebsdirektion validiert. Die spezifische Schulung für interne Auditoren (gemäß ISO 19011) wurde geplant und durchgeführt und bietet einem multiprofessionellen Pool von 23 Mitarbeitern einheitliche Standards und Fachwissen.

Am 11.04.2023 wurde das interne (System-)Auditprogramm 2023-2025 validiert und von der Betriebsdirektion freigegeben.

Im Rahmen des internen Programms zur Einhaltung der Händehygiene - gemäß den WHO-Leitlinien und der internen Betriebsprozedur „Händehygiene“ (ID:2351/22) - wurden im Laufe des Jahres 21 Beobachtungen durchgeführt, davon 18 in Krankenhäusern und 3 im territorialen Bereich.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 28 interne Audits durchgeführt, davon 7 Systemaudits und 21 Beobachtungen zur Händehygiene. Die Organisationseinheit für die klinische Führung unterstützte die Dienste für Krankenhaushygiene bei der Implementierung des neuen digitalen Moduls, das speziell für Audit-Aktivitäten entwickelt wurde, sowie bei der Entwicklung von Werkzeugen zur Unterstützung dieser Tätigkeiten.

Mit Betriebsbeschluss vom 27.10.2020, Nr. 663 gibt der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Auftrag für eine internationale Akkreditierung zur Unterstützung und zum Ausbau des betrieblichen Qualitätsmanagementsystems an die Gesellschaft „Accreditation Canada“ (AC).

Das Akkreditierungsprogramm umfasst den gesamten Südtiroler Sanitätsbetrieb mit dem Ziel die Umsetzung von hohen Qualitätsstandards zur Steigerung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern umzusetzen.

Vom 27. Mai bis 7. Juni 2024 fand der externe Auditbesuch statt. 151 Audits wurden von 10 externen Auditor:innen durchgeführt. Es wurde dabei die Umsetzung von 29 Standards, 37 Hauptprozessen und 2.858 Kriterien bewertet.

Im Juli 2024 übermittelte Accreditation Canada einen ausführlichen Abschlussbericht und einen Entscheidungsbefehl. Die Akkreditierungskommission hat dem Südtiroler Sanitätsbetrieb im Rahmen des Qmentum-Akkreditierungsprogramms das Akkreditierungslevel - Platin verliehen.

Mit Verhandlungsverfahren ohne vorhergehende Veröffentlichung der Bekanntmachung zur Vergabe der Dienstleistung für die Re-Akkreditierung nach dem Standard Qmentum International (AD) für den Zeitraum 2025-2027 hat der SABES mit Accreditation Canada einen neuen Vertrag unterzeichnet. Dadurch setzt sich SABES für einen weiteren 3-jährigen Akkreditierungszyklus 2024-2027 ein, entsprechende Umsetzungsmaßnahmen werden fortlaufend von den beteiligten Abteilungen/Diensten vorgenommen.

Clinical Riskmanagement: Das Phoenix 5.0-Referenzsystem für das Risikomanagement im Gesundheitswesen besteht aus einer Reihe von organisatorischen, strukturellen und

managementspezifischen Anforderungen, die es den Einrichtungen bei korrekter Anwendung ermöglichen, eine sicherere Patientenversorgung zu gewährleisten.

In dem System sind die Kriterien in stufenweisen komplexen Pfaden organisiert, so dass sie schrittweise übernommen und an die verschiedenen Realitäten der Gesundheitseinrichtungen angepasst werden können.

Das System ist in drei Anforderungskriterien unterteilt, die schrittweise und stufenweise vertieft werden: Jedes höhere Kriterium umfasst zusätzlich zu seinen eigenen Anforderungen auch alle Anforderungen der vorhergehenden.

Sobald die ersten drei Kriterien erfüllt sind, ist es möglich, auf eine Reihe von speziellen Anforderungen zuzugreifen, die sich auf einzelne Einrichtungen/Dienste/Organisationen beziehen.

Die Grundanforderungen wurden für den gesamten SABES erhalten; das erste Niveau wurde für die Krankenhäuser in Bozen und Meran erreicht; das zweite Niveau wurde für die Krankenhäuser in Schlanders, Brixen, Sterzing und Bruneck erreicht. SABES wurde in der Woche vom 14. bis 18. Oktober 2024 einem externen Audit unterzogen – die Zertifikatsübergabe fand am 7. November 2024 statt.

Die strategische Leitung hat den Zugang zu einem zweiten Akkreditierungszyklus mit dem Phoenix 5.0-System für 2025 bestätigt mit der Zielsetzung die Nicht-Konformitäten zu sanieren, das zweite Niveau für den ganzen SABES anzustreben und für einzelne Disziplinen eine Exzellenzakkreditierung zu erreichen.

Die Betreuungspfade (PDTA) sind ein klinisches Managementinstrument zur Definition des besten Versorgungsprozesses, um spezifische Gesundheitsbedürfnisse zu erfüllen, basierend auf den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen, angepasst an den lokalen Kontext und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen. Im Juni 2024 wurde das 'Handbuch zur Erstellung von diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden' (ID 7943/24) veröffentlicht, das als operative Anleitung für alle Mitarbeiter in den Phasen der Planung, Umsetzung und Überwachung der Pfade dient. Dieses Dokument gibt Hinweise zu den Methoden und Mindestanforderungen der Ausarbeitung, den beteiligten Rollen und Verantwortlichkeiten sowie den nützlichen Werkzeugen. Bei dieser Gelegenheit wurde auch ein Verfahrensablauf zur Meldung von Themen für zukünftige PDTA geteilt.

Im Berichtszeitraum wurden unter anderem die folgenden Themen mit der Zusammenarbeit von Experten aus verschiedenen Bereichen behandelt:

Der Betreuung Pfad für Frauen Opfer von Gewalt (Erika), Der Betreuungspfad für Minderjährige Opfer von Misshandlung und/oder Vernachlässigung „PRO-CHILD“; Stroke, Polytrauma, Multiple Sklerose, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS); STEN (dringende neonatale Transporte), Betreuungspfade für die Schwangerschaften mit mittlerem und erhöhtem Risiko, Betriebsprozedur zur Diagnose und allgemeine Behandlung von Dysphagie im Erwachsenenalter.

Anlage

„Bericht zu den Zielen des Jahrestätigkeitsprogramms 2024“