

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 Sudtiroi

Performance-Plan

Bericht 2017

Beschluss des Generaldirektors Nr. 126 vom 05.03.2019



Südtiroler Sanitätsbetrieb

Performance-Plan 2017 - 2019

Vorwort.....	6
Planvorstellung.....	6
Zweck.....	6
Inhalte.....	7
1. Zusammenfassung der für die Bürgerinnen und Bürger und Stakeholder relevanten Informationen	7
1.1. Kontextanalyse und Definition des Landesszenariums	7
1.1.1. Über uns	7
1.1.2. Auftrag.....	8
1.1.3. Aufbau	8
1.2. Demografische, sozialsanitäre Indikatoren und Zusammensetzung der Bevölkerung	9
1.2.1. Betreuungsberechtigte Bevölkerung und deren Zusammensetzung.....	9
1.2.2. Geburtenzahl	10
1.2.3. Sterblichkeitsrate.....	10
1.3. Aspekte der Gesundheit.....	10
1.3.1. Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten	10
1.3.2. Diabetes.....	11
1.3.3. Bösartige Tumoren.....	11
1.3.4. Onkologische Screening	11
1.3.5. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenerkrankungen	12
1.3.6. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken.....	12
1.3.7. Physische und neurologische Rehabilitation	13
2. Ausarbeitung betrieblicher Planungssysteme	14
2.1. Betriebsordnung	14
2.1.1. Ausarbeitung der neuen Betriebsordnung	14
2.2. Mehrjahresplan der Investitionen	14
2.2.1. Mehrjahresplan der Investitionen in biomedizinische Technologien mit einem erheblichen Wert (Geräte und Systeme)	14
2.2.2. Mehrjahresplan der Investitionen in Informatik (HW und SW)	15
2.2.3. Mehrjahresplan der Investitionen für Umstrukturierung und außerordentlichen Instandhaltung	16
3. Neugestaltung der Sanitätsdienste.....	16
3.1. Rund um die Geburt.....	16
3.1.1. Ausweitung und Optimierung des Versorgungsnetzes „Rund um die Geburt“.....	16
3.2. Zusammenarbeit auf Regionalebene	17
3.2.1. Definition von Behandlungspfaden auf regionaler Ebene	17
3.3. Onkologische Betreuung	18
3.3.1. Klinisches Netzwerk im onkologischen Bereich	18

3.4.	Betriebsnetz der Dialyседienste	20
3.4.1.	Realisierung eines strukturierten Netzes von Ambulatorien	20
3.5.	Betriebliches Netzwerk zwischen den Radiologischen Diensten	21
3.5.1.	Informatisierung des Ablaufs für Verschreibung, Vormerkung, Terminabsagen, Zahlung, Annahme und Befundung im Dienst für Radiologie	21
3.6.	Betriebliches Netzwerk zwischen den Labordiensten.....	23
3.6.1.	Schrittweise Umsetzung des Netzwerkes zwischen den Labordiensten	23
3.7.	Akkreditierung Labordienste.....	23
3.7.1.	Akkreditierung ISO 15189.....	23
3.8.	Betriebsdepartements	25
3.8.1.	Errichtung eines betriebsweiten Departements, Absicherung der Betreuung der Bevölkerung im Falle medizinischer Notfälle	25
3.8.2.	Neuordnung des Departements für Gesundheitsvorsorge	25
4.	Angemessenheit und Qualität der Leistungen und Patientensicherheit.....	26
4.1.	Organisatorische und klinische Angemessenheit	26
4.1.1.	Alternative Formen zur ordentlichen stationären Aufnahme.....	26
4.1.2.	Abschluss der Krankengeschichte und des Krankenhausentlassungsbogens (KEB)	28
4.1.3.	Angemessenheit im pharmazeutischen Bereich.....	28
4.1.4.	Projekt «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy»	29
4.2.	Klinische Angemessenheit.....	30
4.2.1.	Clinical Decision Support System (CDSS)	30
4.3.	Angemessenheit im Bereich der Rehabilitation	31
4.3.1.	Vereinheitlichung der Zuweisungsart und der Zuweisungskriterien für stationäre Patientinnen und Patienten	31
4.3.2.	Angemessenheit der Organisation von Aufnahmen für die Implantation von Hüftprothesen.....	32
4.3.3.	Einführung der ICF (International Classification, of Functioning, Disability and Health) 33	
4.3.4.	Projekt Switch	34
4.3.5.	Projekt für die Einrichtung eines Bezugszentrums für die Prothesenversorgung.....	35
4.3.6.	Analyse der Leistungsprofile der im Rehabilitationsdienst tätigen Berufsgruppen	35
4.4.	Retrospektives und prospektives Risk-Assessment und kontinuierliche Verbesserung.....	37
4.4.1.	Anonyme Meldungen von kritischen Ereignissen	37
5.	Prävention	38
5.1.	Screening	38
5.1.1.	Gründung eines sanitätsbetrieblichen Screenings zur Früherkennung der kongenitalen Sehbeeinträchtigungen	38
5.1.2.	Anpassung der unterschiedlichen Software für das Screening für das Kolon-Rektum .	39
5.1.3.	Diabetes Typ 2 Screening für die Bevölkerung, die in Südtirol wohnhaft ist	40
5.1.4.	Umsetzung des staatlichen Plans für Diabetes.....	41
5.1.5.	Mammographiescreening	41
5.2.	Impfungen.....	42
5.2.1.	Infektionserkrankungen und Durchimpfungsraten.....	42
5.3.	Lebensmittelhygiene, Diätetik und Klinische Ernährung	43

5.3.1.	Neuordnung des Bereiches Lebensmittelsicherheit	43
6.	Optimierung der Organisation und der Prozesse.....	43
6.1.	Chronic Care: Versorgungsnetz für Menschen mit chronischen Erkrankungen	43
6.1.1.	Entwicklung eines Masterplans für Chronic Care	43
6.2.	Versorgung von fragilen, behinderten oder gefährdeten Menschen.....	44
6.2.1.	Aufbau eines Versorgungsnetzes für fragile, behinderte oder gefährdete Menschen ..	44
6.3.	Versorgungsnetz für Menschen mit kognitiven Einschränkungen	45
6.3.1.	Verbesserung des Versorgungsnetzes für Menschen mit kognitiven Einschränkungen	45
6.4.	Einschränkung der Wartezeiten.....	46
6.4.1.	System der homogenen Gruppierungen der Wartezeiten.....	46
6.4.2.	Einheitliche Vormerkstelle: Vormerkung der Kontrollvisiten	47
6.5.	Einrichtung einer einheitlichen Rufzentrale für die Bevölkerung (116117)	48
6.5.1.	Einheitliche Rufzentrale	48
6.6.	Leistungsprofile	49
6.6.1.	Definition der Leistungsprofile	49
6.7.	Integrierte Logistik	50
6.7.1.	Ausarbeitung eines Konzeptes und eines Implementierungsplanes 2018 – 2020.....	50
6.7.2.	Ankaufsstrategien und klinische Governance für Medizinprodukte	51
6.8.	Betriebswäscherei.....	52
6.8.1.	Homogene Einführung der Flachwäsche und Standardisierung der Arbeitskleidung ...	52
6.9.	Telemedizin	52
6.9.1.	Pilotprojekt für das Telemonitoring von Blutzucker, Körpergewicht und Blutdruck bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2	53
6.10.	Lean Healthcare	54
6.10.1.	Implementierung des Projektes 2017 - 2019.....	54
7.	Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien(IT-Masterplan)	55
7.1.	Dienste für die Bürgerinnen und Bürger	55
7.1.1.	„ Bürgerportal“	55
7.1.2.	Online-Zahlungen von Rechnungen und Ticket	55
7.1.3.	Informationskanal und Verwaltung des Patientenflusses (Queue Management)	56
7.1.4.	Kundenzufriedenheitsbefragung	56
7.2.	Territoriales Informationssystem.....	57
7.2.1.	Hausbetreuung und geschützte Entlassung	57
7.2.2.	Antikoagulierte Patienten	57
7.3.	Krankenhausinformationssystem.....	57
7.3.1.	ADT - Aufnahme, Entlassung, Verlegung	57
7.3.2.	Elektronische Klinische Fallakte - KFA	58
7.3.3.	Klinische Überwachung der Patienten.....	58
7.3.4.	Einführung eines neuen Informationssystems für den 118 Dienst.....	59
7.3.5.	Verwaltung von Mahlzeiten und Spezialkost.....	59
7.4.	Informationssystem der Verwaltung	59
7.4.1.	Digitale Archivierung	59

7.4.2.	Workflow Engine und Dokumentenverwaltung	60
7.4.3.	Personalakte für Gehälter und Löhne	60
7.4.4.	ERP - Enterprise Resource Planning	61
7.4.5.	Facility Management	61
7.4.6.	Erfassung der Präsenzen und Turnusverwaltung Personal	61
7.5.	Infra-/Infostruktur und Plattformen zur Unterstützung der vertikalen Dienste.....	62
7.5.1.	Digitalisierte Verschreibung	62
7.5.2.	Business Continuity	62
7.5.3.	Data Warehouse	63
7.6.	Datenflüsse	64
7.6.1.	ADT N-SDO.....	64
7.6.2.	Vollständige Rückverfolgung des Arzneimittels und Medizinprodukts.....	64
7.6.3.	MRA Datenfluss	65
8.	Entwicklung der Betriebskultur	65
8.1.	Strategie der Kommunikation	65
8.1.1.	Dreijahresplan zur Entwicklung der Betriebskultur	65
8.1.2.	“10 Jahre SABES”	66
8.1.3.	Ausarbeitung eines Konzeptes zur Nutzung des sozialen Netzwerkes Yammer.....	67
8.2.	Gesundheitskommunikation	67
8.2.1.	Gesundheitskommunikation und Partizipation	67
8.2.2.	Ausarbeitung eines Organisationsmodells für die Kommunikation des Landespräventionsplans	68
8.2.3.	Realisierung von Informations- und Kommunikationskampagnen zum Thema Impfungen	68
8.3.	Dreijahresplan zur Korruptionsprävention 2017 – 2019	69
8.3.1.	Jährliche Überarbeitung des Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention	69
8.4.	Datenschutz.....	70
8.4.1.	Anpassung des Datenschutzsystems	70
8.4.2.	Aktualisierung der Erhebung der Daten	70
8.5.	Beziehungsbasierte Pflege - Relationship based Care	71
8.5.1.	Förderung der Beziehungsbasierten Versorgung – „Relationship based Care“	71
9.	Personal- und Kompetenzentwicklung	72
9.1.	Definition eines integrierten Personalentwicklungs-konzeptes.....	72
9.1.1.	Ausarbeitung eines Master- und Umsetzungsplanes zur Personalentwicklung	72
9.2.	Entwicklung der beruflichen Kompetenzen.....	73
9.2.1.	Identifizierung der erwarteten Kompetenzen.....	73
9.2.2.	Assessment der erwarteten Kompetenzen mittels Unterstützung der Informatik.....	74
10.	Forschung.....	74
10.1.	Klinische Forschung im Südtiroler Sanitätsbetrieb	74
10.1.1.	Errichtung eines klinischen Forschungszentrums im Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	74
11.	Wirtschaftliche Auflagen.....	75
11.1.	Rationalisierungsmaßnahmen.....	75

11.1.1.	Neuverhandlung der Verträge für die Informatik.....	75
11.1.2.	Neuverhandlung der Vereinbarung mit Federfarma (DPC)	75
11.1.3.	Prüfung der Personalaufnahmen.....	76
11.1.4.	Angemessenheit	76
11.1.5.	Neuverhandlung der Betten für die Jahre 2017 – 2019	76
11.2.	Passive Mobilität	77
11.2.1.	Optimierung der Überweisungen ins Ausland.....	77
11.2.2.	Landesübergreifende Mobilität	78
12.	Zertifizierbarkeit der Bilanz	78
12.1.	Buchhaltungsprozeduren	78
12.1.1.	Analyse der Organisationsstruktur und der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren .	78
12.1.2.	Fortführung bis zur vollständigen Umsetzung des Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit	79
12.2.	Interne Kontrollen	80
12.2.1.	Analyse und Projektierung des Systems der internen Kontrollen	80
12.3.	Portfolio, Program und Project Management – PPM.....	81
12.3.1.	Ausarbeitung eines dreijährigen PPM-Entwicklungsplanes	81
13.	Verwaltung der Betriebsprozesse.....	82
13.1.	Optimierung und Standardisierung der Betriebsprozesse	82
13.1.1.	Ausarbeitung eines betriebsweit einheitlichen Modells für das Prozessmanagement ..	82

Vorwort

Dieser Bericht zum Performance Plan für das Jahr 2017 wird in Umsetzung der Bestimmungen von Art. 10 des Gesetzesdekretes 150/2009 mit den neuen Angaben, die sich aus dem Gesetzesdekret 74/2017 ergeben, erstellt.

Der Performance Plan ist das Instrument, mit dem die öffentlichen Verwaltungen den Bürgern und allen anderen internen und externen Stakeholdern, die im Vorjahr erzielten Ergebnisse veranschaulichen und damit den Zyklus des Performance-Managements abschließen. Darüber hinaus stellt es einen Moment der Analyse und Reflexion der Arbeit des Betriebes dar und zielt darauf ab, die Gelegenheit zu bieten, die tatsächlichen und konkreten Ergebnisse in einer Logik der Verbesserung und Innovation neu zu lesen.

Der Performance Plan und dieser Bericht werden auf der Webseite des Betriebes veröffentlicht:
<http://sabes.it/it/amministrazione-trasparente/performance.osp>.

Planvorstellung

Zweck

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

Der Performance-Plan – programmatisches Dreijahresdokument – eröffnet den Performancezyklus, im Einklang mit den zugewiesenen Ressourcen, den Zielvorgaben und Indikatoren und bildet die Basis für die spätere Bewertung und Abschlussberichtlegung.

In Beachtung der Vorgaben gemäß Absatz II des Gesetzesdekretes Nr. 150 vom 27. Oktober 2009, entwickelt der Südtiroler Sanitätsbetrieb seinen Performancezyklus im Einklang mit den Inhalten und in Übereinstimmung mit der finanztechnischen Programmierung und der Bilanz.

Der Performancezyklus beginnt mit der Definition und Vergabe der Zielsetzungen des Betriebes, fixiert die erwarteten Ergebnisse und identifiziert die dazugehörigen Indikatoren für die Bewertung.

Im Jahresverlauf ist die laufende Überprüfung und eventuelle Einleitung von Korrekturmaßnahmen vorgesehen. Nach Abschluss des Geschäftsjahres erfolgt die Bewertung der Zielerreichung.

Der Plan dient dazu, die Qualität, das Verständnis und die Zuverlässigkeit der Dokumentation der Performance in Evidenz zu setzen.

Die Qualitätssicherung lt. Art. 5, Absatz 2 des Dekrets sieht die Erklärung des Prozesses und der Modalitäten der Zielformulierung unter Berücksichtigung folgender Eigenschaften vor:

- Relevant im Hinblick auf die Bedürfnisse der Gemeinschaft, auf die Mission des Unternehmens, auf die politischen Prioritäten und auf die Strategien der Verwaltung.
- Spezifisch und messbar.
- Geeignet für eine signifikante Verbesserung der Qualität der erbrachten Dienste.
- Auf einen bestimmten Zeitrahmen begrenzt, in der Regel ein Jahr.
- Den definierten nationalen und internationalen Standardwerten angepasst, im Einklang mit vergleichbaren Verwaltungen.
- Vergleichbar mit den Produktionstrends der Verwaltung mit Bezug, wo möglich, auf das vorhergehende Triennium.
- Abgestimmt auf Quantität und Qualität vorhandener Ressourcen.

Das Verständnis des Planes resultiert aus der präzisen und erwarteten Performance, respektive den Beitrag, welche die Verwaltung im Hinblick auf die Befriedigung der Bedürfnisse der Gemeinschaft zu leisten gedenkt.

Die Zuverlässigkeit, dritte Zielsetzung des Planes, besteht, wenn die methodologische Korrektheit der Prozessplanung (Prinzipien, Phasen, Zeiten, Subjekte) und der Ergebnisse (Zielsetzungen, Indikatoren) verifizierbar ist.

Inhalte

Der Plan beinhaltet:

- Die strategischen und operativen Zielsetzungen
- Die Indikatoren für die Bemessung und Bewertung der Performance der Verwaltung.
- Die Zielvorgaben für das Führungspersonal und die entsprechenden Indikatoren.

Die Zielsetzungen unterteilen sich in strategische und operative Ziele. Für jedes operative Ziel werden ein oder mehrere Indikatoren sowie die Zielwerte für die spätere Bemessung und Bewertung der Performance bestimmt. Allfällige Abänderungen der Zielsetzungen und Indikatoren der Performance im Jahresverlauf werden frühzeitig im Plan aufgenommen.

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

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

1.1. Kontextanalyse und Definition des Landesszenariums

1.1.1. Über uns

Der Gesundheitsbetrieb des Landes Südtirol wurde im Sinne des Art. 5 des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05/03/2001 "Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes" und des Landesgesetzes 9/2006 "Änderungen der Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes", bezüglich der Gründung des einheitlichen Gesundheitsbetriebes, errichtet. Er ist eine vom Land abhängige Körperschaft zwecks Schutz, Förderung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Übereinstimmung mit den europäischen, staatlichen, regionalen und lokalen Gesetzesvorschriften und in Abstimmung mit den Vorgaben und Zielen die im Landesgesundheitsplan enthalten sind, der mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29.11.2016 genehmigt worden ist.

Der Sanitätsbetrieb hat seinen Rechtssitz in Bozen, Sparkassenstraße 4.

Das Gesundheitswesen in Südtirol steht vor großen Herausforderungen.

Im Wesentlichen muss es der Gesamtbevölkerung einen qualitativ hohen Betreuungsstandard gewährleisten, mittels Anbietet branchenübergreifender Leistungen und Dienste gezielt auf die realen Bedürfnisse, jedoch unter Beachtung der Prinzipien der Effizienz, Angemessenheit, aber auch der Sicherheit und der Tragbarkeit, sodass sich die Patientinnen und Patienten im „best point of service“ und auch ihrem Wohnort so nah wie möglich betreut fühlen.

Ein Teil der wichtigsten Thematiken dieses Planes ist direkt an das Dokument der Programmrichtlinien der Landesverwaltung gebunden, welches für 2017 dem Betrieb zugeschiedt wurde. Diese Richtlinien fußen auf der Methodik der "Balanced Scorecard" und betreffen die Entwicklung der Governance, der Informatiksysteme und Datenträger. Breiten Raum wird auch der Qualifizierung der Gesundheitsdienste, den Gesundheitszielen und der klinischen Versorgung mit besonderer Aufmerksamkeit auf Qualität, Angemessenheit und Risk-Management gegeben. Der Plan beinhaltet auch Ziele für die Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes, die sich hauptsächlich auf die Entwicklung des Personals und der Betriebskultur konzentrieren. Von Bedeutung sind auch die Ziele zwecks Einhaltung des Haushaltes.

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

Im vorliegenden Dokument wurden auch die Makrobereiche, die aus der Tagung vom 5. und 6. September 2016 hervorgegangen sind, definiert. 40 Führungskräfte aus allen Bereichen des

Gesundheits-betriebes haben dort diskutiert und die Betriebsstrategie für die nächsten 3 Jahre entwickelt.

Aus jener Tagung, die als Ausgangspunkt für eine neue Beteiligung und Entwicklung des Gesundheitsbetriebes betrachtet werden kann, sind auch die Themenbereiche hervorgegangen, für die man sich in den nächsten 3 Jahren besonders einsetzen will. Insbesondere handelt es sich um: Vision des Betriebes, Personalentwicklung, Vertrauensbildung, Rolle der Ärzte, Betriebsoptimierung, Chronic Care, Entwicklung der Prozesse und die bereits erwähnte Informatisierung des Betriebes. Gerade diese befindet sich zurzeit in der Phase der Implementierung.

Hauptziel ist es, der Gesamtbevölkerung eine qualitativ hohe Betreuung zu gewährleisten und dies kann nur durch den gemeinsamen Einsatz aller Kräfte, die im Sanitätsdienst des gesamten Landes tätig sind, also vom einheitlichen Betrieb, erreicht werden.

1.1.2. Auftrag

Hauptaufgabe des Betriebes ist es, den Schutz der Gesundheit auf dem gesamten Landesgebiet zu gewährleisten, also den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung entgegen zu kommen, indem Leistungen und Prävention, Pflege und Rehabilitation zugesichert werden und dies laut Landesplan, europäischen, staatlichen, regionalen und Landes- Vorschriften. Der Betrieb verfolgt außerdem das Ziel der Förderung der Gesundheit im Sinne einer gesamten Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung. Zu diesem Zwecke werden die von der Landesverwaltung festgesetzten WBS (Wesentliche Betreuungsstandards, LEA) und Extra-LEA (extra WBS) gewährleistet.

1.1.3. Aufbau

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

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

Der Betrieb erstreckt sich über das Land Südtirol und ist in 4 Gesundheitsbezirken gegliedert:

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

Der Landesgesundheitsplan sieht soweit wie möglich eine wohnortnahe Betreuung für die Patientinnen und Patienten vor.

Der territoriale Bereich jedes Gesundheitsbezirkes wird von der Landesregierung festgelegt und ist in Sprengel unterteilt, deren Einzugsbereich sich aus den Einwohnerinnen und Einwohnern der dazugehörigen Gemeinden zusammensetzt. Der Gesundheitssprengel stellt die technisch-funktionelle Einheit des Dienstes für Basismedizin dar, dessen Aufgabe darin besteht, die Erbringung der Leistungen der Basismedizin zu organisieren und zu koordinieren.

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

Die stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten werden, laut Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10/2/2015, von einem Landeskrankenhausnetz betreut, in welchem es darum geht, die Koordinierung der von den 7 Krankenhäusern erbrachten Leistungen zu verstärken, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und der einheitlichen Verantwortung des Gesundheitsbetriebes. Die Koordinierung der erbrachten Leistungen erfolgt aufgrund eines Betreuungsmodells auf mehreren Ebenen, unterschieden in Basisbetreuung, fachärztliche Betreuung und Betreuung mittels komplexer Behandlungen. Die Basisbetreuung sieht eine Reihe von ärztlichen Behandlungen vor, die jedes Krankenhaus als Mindestangebot erbringen muss. Außer dieser

Basisbetreuung können in jedem Krankenhaus weitere Fach- oder Kompetenzbereiche vorgesehen werden. Besonders komplexe Eingriffe bzw. Behandlungen werden hauptsächlich im Landeskrankenhaus Bozen vorgenommen, wenn sie nicht in anderen Gesundheitsbezirken erbracht werden.

Siehe auch Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kap. 7.1.

Das Krankenhausnetzwerk besteht aus:

- dem Landeskrankenhaus Bozen;
- den Krankenhäusern Meran, Brixen und Bruneck;
- den Krankenhäusern Schlanders, Sterzing und Innichen.

Die Krankenhausanstalten leisten die stationäre Versorgung wie von den gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften vorgesehen und nach den Angaben und Richtlinien, die sowohl im Landesgesundheitsplan als auch in den Beschlüssen der Landesverwaltung enthalten sind.

Die Organisation und die Kompetenzen der Betriebsverwaltung wurden mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 217 vom 30. September 2013 festgelegt. Dieser bestimmt auch das Organigramm der Verwaltungsleiter und ist auf der Website des Betriebes (www.sabes.it) unter der Sektion "Transparente Verwaltung", Untersektion "Organisation", "Gliederung der Ämter" veröffentlicht.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb will sich für den Dreijahreszeitraum 2017-2019 eine neue Ordnung geben, um den Zugang zu den Gesundheitsleistungen für die Bürgerinnen und Bürger zu garantieren und den Kriterien der Angemessenheit, der Wirksamkeit und der Effizienz zu entsprechen. Die Neuordnung des Betriebes erfolgt über die Definition der klinischen Hauptprozesse, der klinischen Sekundärprozesse und der Supportleistungen. Die Organisationsform der Leistungserbringung über 7 Krankenhäuser und 20 Gesundheitssprengel bedarf einer klaren Festlegung der Verantwortung und geeigneter Führungsinstrumente (governance).

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

1.2. Demografische, sozialsanitäre Indikatoren und Zusammensetzung der Bevölkerung

In der Folge werden einige Indikatoren und Informationen über die Zusammensetzung der betreuungsberechtigten Bevölkerung dargestellt sowie einige Aspekte in Bezug auf deren Gesundheitszustand im Hinblick auf die für die Jahre 2017-2019 geplanten Maßnahmen.

Die angeführten Informationen stammen zum Großteil aus dem Jahresgesundheitsbericht 2015, der von der epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes verfasst wurde.

1.2.1. Betreuungsberechtigte Bevölkerung und deren Zusammensetzung

Im Jahr 2016 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung zirka 521.000 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 70,1 Einwohnern pro km². 55,0% des Landesgebietes weisen einen niedrigen Erschließungsgrad auf, 21,1% einen mittleren Erschließungsgrad und 23,9% einen hohen Erschließungsgrad (Volkszählung 2011).

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 97,3 Männer.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 42,3 Jahren (40,5 Jahre für die Männer und 43,0 für die Frauen) und verzeichnet in den letzten fünf Jahren eine Zunahme von 0,8 Jahren.

Der Altersindex entspricht 119,9 Senioren (über 65 Jahre) pro 100 Kinder (unter 14 Jahre). Er hat in den letzten 5 Jahren um 8 Punkte zugenommen und ist unter den Frauen höher (139,9%) als unter den Männern (101,1%). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 161,1%.

Der Abhängigkeitsindex, der die Belastungsquote darstellt, liegt bei 54,1. Dieser setzt die Summe aus Jugendlichen (0-14 Jahre) und älteren Menschen (ab 65 Jahre) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (15-64 Jahre) in Beziehung. Für die Frauen (57,7%) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,6%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 55,5%.

Das Bevölkerungswachstum betrug 2015 bei 4,6 Einheiten pro 1.000 Einwohner.

Ein wichtiger Bestandteil des Bevölkerungswachstums ist die Migrationswachstumsrate, diese beträgt 2,7‰.

1.2.2. Geburtenzahl

Im Jahr 2015 wurden in Südtirol 5.491 Kinder geboren, 5.166 davon von ansässigen Müttern (94,1%), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2015 wird eine bedeutende Abnahme der Neugeborenen sowohl im Verhältnis zu 2014 (5.701 Neugeborene), als auch im Vergleich zum Durchschnitt der letzten Jahre (durchschnittliche Anzahl in den Jahren 2011-2014 ca. 5.600 Geburten) verzeichnet.

Die Geburtenrate beträgt 10,3 Neugeborene pro 1.000 Einwohner und ist somit der höchste Wert Italiens im Jahr 2015 (der staatliche Durchschnitt beträgt 8,0 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

1.2.3. Sterblichkeitsrate

Die Sterblichkeitsrate, also die Durchschnittsanzahl der Todesfälle in einem Jahr pro 1000 Einwohner, belief sich in Südtirol im Jahr 2015 auf 8,4. Der staatliche Durchschnitt beträgt 10,7.

1.3. Aspekte der Gesundheit

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

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

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

1.3.1. Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten

Für die politischen Verantwortlichen und die Verwaltung der öffentlichen Gesundheit werden die Informationen bezüglich der Anzahl von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten, deren Verbrauch an Ressourcen, Anzahl und Art der erforderlichen Leistungen, Pflegebedarf und die Leistungen durch den Arzt für Allgemeinmedizin, immer wichtiger.

Die Informationen zu den einzelnen chronischen Pathologien sind nicht immer leicht verfügbar, da es keine eigens vorgesehenen Datenflüsse gibt.

Die chronischen Krankheiten sind die häufigsten Todesursachen in fast aller Welt. Zu dieser weitumfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen usw. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Vermeidung für die öffentliche Gesundheit eine Priorität darstellt. Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Die Südtiroler versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum staatlichen Durchschnitt eine relativ junge Bevölkerung (im Einklang mit der demografischen Entwicklung und einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung), mit einem mittleren Alter für 2015 von 42,3 Jahren und einem Altersindex von 119,9 Jahren (d. h. auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche kommen 123 versorgungsberechtigte Seniorinnen und Senioren).

Im Jahr 2015 betrug der Anteil der Südtirolerinnen und Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an

der Gesamtbevölkerung 28,2% (jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als Männer, an mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten verzeichnet.

15 Personen pro 100 Südtirolerinnen und Südtiroler leiden an Hypertonie; an 5 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 4 Männern pro 100 eine Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 76 Personen pro 100

an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen ergibt für ländliche Sprengel wie Leifers-Branzoll-Pfatten und das Passeiertal Prävalenzschätzungen der chronischen Kranken, die leicht oberhalb der städtischen Sprengel Bozen und Meran liegen.

Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patientinnen und Patienten mit

Lungenkrankheiten und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran ist die Hypothyreose signifikant stärker verbreitet. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Bluthochdruck (Brixen) und Epilepsie (Bruneck) vor.

1.3.2. Diabetes

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt - auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,5% der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2014), wobei jedoch weitere 3% mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind.

Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

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

Im Jahr 2015 wurden in Südtirol 935 Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ I und 20.799 Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut, bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,2% (Typ I) und 4,1% (Typ II).

Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 12% zwischen 65 und 74 Jahren und 16,0% ab 75 Jahren.

Das Durchschnittsalter der Diabetiker liegt bei 39,1 Jahren (Typ I), vs. 69,4 Jahren (Typ II).

Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene wenig homogen. Die großen Bevölkerungszentren verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Ahrntal, Gadertal, Eggental und Gröden.

1.3.3. Bösartige Tumoren

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2006-2010.

Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.589 neue Fälle unter den Männern (650,9 pro 100.000) und 1.287 unter den Frauen (514,4 pro 100.000) diagnostiziert.

Schließt man die Hautkarzinome aus, betreffen die am häufigsten bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (21,5% der Fälle), Kolon-Rektum (11,3%), Lunge (10,2%), Blase (9,0%) und Magen (4,5%).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,6% der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (11,7%), vom Lungenkarzinom (5,9%), vom Melanomen (5,0%) und Gebärmutterkörperkarzinom (4,9%).

Im Zeitraum 2008-2012 verstarben pro Jahr durchschnittlich 644 Männer an Tumorerkrankungen (258,8 Todesfälle pro 100.000 Einwohner), und 548 Frauen (214,1 Todesfälle pro 100.000 Einwohner).

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (21,9% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (10,6%), das Prostatakarzinom (8,8%), das Leberkarzinom (7,5%) und das Magenkarzinom (7,2%). Bei den

Frauen ist das Mammakarzinom für die meisten Todesfälle verantwortlich (12,1%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (10,6%), vom Lungenkarzinom (10,1%) und vom Karzinom der Bauchspeicheldrüse (6,7%).

1.3.4. Onkologische Screening

Das für das Zervixkarzinom empfohlene Screening ist der Paptest, den Frauen zwischen 25 und 64 Jahren alle 3 Jahre durchführen sollten. Die Wirksamkeit des Screening-Programms

ist sowohl durch die Reduzierung der Sterblichkeit in den Gebieten, in denen es durchgeführt wird, als auch durch spezifische Studien erwiesen.

Von den aufgeforderten Frauen nahmen 2015 34,1% die Einladung für den Paptest wahr. Auf einen Fall wurde ein Karzinom diagnostiziert, in 50 Fällen eine schwere Dysplasie (0,29%) und eine leichte oder mittelschwere Dysplasie in 342 Fällen (2,00%).

Das für das Mammakarzinom empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird, reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35%. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003.

Im Jahr 2015 nahmen 54,6% der aufgeforderten Frauen die Einladung am Screening-Programm wahr. In 70 Fällen fiel das Ergebnis positiv aus (4,5‰).

Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

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

Ein Zeichen, welches auf einen Tumor oder einen Darmpolyp hinweist, ist die Blutung des letzten Darmtraktes, wobei schließlich auch Blut im Stuhl zu finden ist. Die Untersuchung im Rahmen der Vorsorge spürt verstecktes Blut im Stuhl auch in geringen Mengen auf, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden. Sie ist für Personen, welche für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge.

In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012.

Im Jahr 2015 haben 41,8% am Screening-Programm teilgenommen; 5,1% davon hatten bei der Untersuchung des Stuhls auf okkultes Blut einen positiven Befund und in 39 Fällen (2,1‰) wurde Krebs diagnostiziert.

1.3.5. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenerkrankungen

Der mit Beschluss Nr. 1379 vom 06.12.2016 genehmigte Landesimpfplan sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung und Virushepatitis B Pflicht.

Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Rotavirus, Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Pneumokokken, Masern-Mumps-Röteln-Varizellen (MMRV), Meningokokken A, B, C, W 135 und Y und gegen die Papillomaviren (HPV), die für das Zervixkarzinom verantwortlich sind, empfohlen.

2015 scheinen in Südtirol 139.836 verabreichte Impfstoffdosen auf.

Die Prophylaxe gegen Tuberkulose wird auf Landesebene vom Dienst für Pneumologie vorgenommen. Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist jenen Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenruhr, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, Typhus, Malaria). Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind), sieht die Vorbeugetätigkeit im Wesentlichen eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Es bleibt das Engagement, die Durchimpfungsraten der gesamten Bevölkerung zu verbessern.

1.3.6. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken

Die EU-Gesetzgebung (EG-Verordnung Nr. 178/2002) überträgt den Bediensteten des Lebensmittelsektors (OSA) die Verantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel bereits ab der primären Erzeugung bis zu deren Verarbeitung und Verkauf an den Endverbraucher.

Die offiziellen Kontrollen der Einhaltung der EU-Vorschriften über die Hygiene und Sicherheit der Lebensmittel und Getränke werden von den zuständigen Behörden (Gesundheitsministerium, Regionen und autonome Provinzen, Sanitätsbetriebe und lokale Sanitätseinheiten) auf der Grundlage der Bestimmungen der EU-Verordnung Nr. 882/2004 vorgenommen. Diese Kontrollen beginnen bereits ab der primären Erzeugung und können jede Phase der Verarbeitung, der Lagerung, des Transportes, des Verkaufs und des Vertriebs einschließlich der Betriebe, der Räumlichkeiten und der zugehörigen Ausrüstungen betreffen. Die staatlichen Bestimmungen übertragen die Kontrollen der Lebensmittel tierischen Ursprungs den Tierärztlichen Diensten, während die Kontrolltätigkeit der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit obliegt.

Man betrachtet es als notwendig, die Neuordnung der Dienste festzulegen und durchzuführen, die für die Prüfung der Sicherheit der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs sowie für Diätetik und klinische Ernährung beauftragt sind. Somit können die Personalstellen der diesbezüglichen Funktionsbereiche angemessen gedeckt werden.

Der betriebliche tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2015 833 Betriebe, bei 110 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 2,0 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der Kontrollierten beträgt 13,2%.

Im Jahr 2015 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.532 Betriebe, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind: Die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (60,4% aller kontrollierten Betriebe). Auf Landesebene beträgt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der Kontrollierten 44,6%.

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

1.3.7. Physische und neurologische Rehabilitation

Im Jahr 2015 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 2.705 Aufenthalte (2.533 ordentliche Aufenthalte und 172 tagesklinische Aufenthalte) sowie 246 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet.

70,2% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 29,8% in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 20,5 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 6,4% an allen Aufenthalten dar.

63,7% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ zugewiesen, weniger als 30% der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 80,8% auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“.

88,7% der Aufenthalte wurden als postakut eingestuft, 10,5% als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die verbleibenden 0,8% als Bewertungsaufenthalte.

61,7% der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 28,7% jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 9,6% die anderen Schädigungen.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 246 (208 ordentliche Aufenthalte und 46 Tagesklinik-Aufenthalte), 82 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 8 das Krankenhaus Brixen, 46 das Krankenhaus Bruneck, 93 das Krankenhaus Sterzing und 17 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 44,1 Tagen.

2. Ausarbeitung betrieblicher Planungssysteme

2.1. Betriebsordnung

2.1.1. Ausarbeitung der neuen Betriebsordnung

Ausarbeitung der neuen Betriebsordnung im Einklang mit der Überarbeitung des Landesgesetzes 7/2001 innerhalb 31/12/2017.

Erwartetes Ergebnis

Klarheit in den Prozessen und in der Verantwortung im Gesundheitsbetrieb, um den Betrieb effizienter zu gestalten.

Indikatoren

Genehmigung der neuen Betriebsordnung und des neuen Organigramms von Seiten des Sanitätsbetriebes innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Generaldirektion

Bericht 2017

Im Jahre 2017 hat sich die Reorganisation des Betriebes auf den Verwaltungsbereich konzentriert. Gegen Ende Dezember 2017 wurde dem Land ein Entwurf des Beschlusses zur neuen Betriebsordnung und zum neuen Organigramm des Verwaltungsbereiches des Sanitätsbetriebes vorgestellt. Auf der Grundlage dieser Dokumente wird zurzeit eine Diskussion geführt, welche demnächst zur Verabschiedung dieser Dokumente führen wird.

2.2. Mehrjahresplan der Investitionen

2.2.1. Mehrjahresplan der Investitionen in biomedizinische Technologien mit einem erheblichen Wert (Geräte und Systeme)

Die mehrjährige Investitionsplanung wurde im Laufe des Jahres 2016 durchgeführt und erfordert die Einsetzung und Konsolidierung des Verfahrens und die Einhaltung der unterjährigen Fristen in Bezug auf die verschiedenen Phasen.

Erwartetes Ergebnis

Verankertes und einvernehmliches Verfahren, Ablauffristen inbegriffen.

Ausarbeitung des dreijährigen Planes

Indikatoren

2017:

Einvernehmliches Verfahren auf Betriebsebene

Zusendung des dreijährigen Planungsdokumentes 2018-2019-2020 an das Ressort für Gesundheit innerhalb der vereinbarten Fälligkeit,

2018:

Übermittlung des dreijährigen Planungsdokumentes 2019-2020-2021 an das Ressort für Gesundheit innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

2019:

Zusendung des dreijährigen Planungsdokumentes 2020-2021-2022 an das Ressort für Gesundheit innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

Verantwortliche/r für das Verfahren

Dienst für Medizintechnik/ Amt für den Ankauf von Investitionsgütern

Bericht 2017

Die Mehrjahresplanung der Investitionen von biomedizinischer Technologie (biomedizinische Großgeräte, und zwar über einen Betrag von über 103.291,38 Euro MwSt. inbegriffen, und spezifischen Projekten) welche im Laufe 2016 für das Triennium 2017-19 eingeleitet worden ist, wurde auch im Jahr 2017 für das Triennium 2018-2020 implementiert und durchgeführt.

Die Planung wurde grundsätzlich als Revision der vorhergehenden gestaltet, indem Korrekturen und Anpassungen an den geänderten externen Bedingungen (klinische, organisatorische, planmäßige, technologische) durchgeführt wurden.

Das Team, gebildet vom Sanitätsdirektor, von der Direktorin der Abteilung Medizintechnik, vom Direktor des Amtes für Bewertungen von biomedizinischen Technologien, vom Direktor der Betriebsabteilung Einkäufe und vom Direktor des Amtes für den Ankauf von Investitionsgütern, für spezifische Angaben auch nach Anhören vom Direktor der technischen Abteilung

- hat die von den Primären verdeutlichten Anfragen, auch angesichts der Betriebsstrategien, überprüft;
- hat weitere notwendigen Eingriffe ermittelt, indem es sich auf der Analyse der installierten Anlage, mit besonderer Bezugnahme auf den Geräten, welche in kritischen Bereichen verwendet werden, gestützt hat;
- musste auch auf die Notwendigkeit Rücksicht nehmen, die Betriebsplanung mit den verschiedenen Projekten, die nicht vom Betrieb verwaltet werden (z.B.: Neue Klinik des Krankenhauses Bozen), deren zeitlicher Ablauf oft Änderungen unterliegt, zu harmonisieren.

Der betrieblich weitgehend mitgetragene Prozess hat vielfältige Versammlungen, Auseinandersetzungen, sowie Überprüfungen und Besprechungen mit den einzelnen Abteilungen und Diensten vorgesehen und hat die Definition des Dokumentes der Dreijahresplanung 2018-20 ergeben. Der Ablauf der unternommenen Schritte hat sich dem im Jahr 2016 angeglichen und es wurde derselbe Zeitrahmen eingehalten; man zitiert die wesentlichsten Momente:

- Brief Prot. Nr. 0042115 vom 21.04.2017, vom Arbeitsteam vereinbart und vom Sanitätsdirektor Dr. T. Lanthaler unterzeichnet, allen Primären des Betriebes gesendet, mit Hinweis auf Einreichung innerhalb 31.05.2017 in der Direktion von eventuellen begründeten Anfragen über Änderungen/Integrationen der Planungen, welche bereits im Vorjahr genehmigt wurden, und von Ankaufsanfragen von weiteren wichtigen biomedizinischen Geräten, neu oder als Ersatz, für das Jahr 2020;
- Vorstellung und Besprechung des Planes in der Direktionssitzung vom 9. Oktober 2017, in Anwesenheit vom Generaldirektor, vom Verwaltungsdirektor, von der Pflegedirektorin und von den Bezirksdirektoren;
- Brief Prot. Nr. 0108995 vom 11.10.2017, unterzeichnet vom Generaldirektor Dr. T. Schael, gesendet an das Amt für Gesundheitssteuerung, mit der Anlage der Dreijahresplanung 2018-19-20 betreffend die Großgeräte und spezifischen Projekte, so wie in der Direktionssitzung vom 9. Oktober besprochen und genehmigt.

2.2.2. Mehrjahresplan der Investitionen in Informatik (HW und SW)

Wie im Kapitel 12.3. des Landesgesundheitsplans 2016 – 2020 vorgesehen, ist die mehrjährige Investitionsplanung bereits im Laufe des Jahres 2016 begonnen worden und bedarf einer Institutionalisierung und Konsolidierung des Verfahrens und der Fristen im Laufe des Jahres in Zusammenhang mit den verschiedenen Phasen, und die Abstimmung mit den Inhalten des IT-Masterplans.

Erwartetes Ergebnis

- Einvernehmliches Verfahren, Fristen inbegriffen.
- Ausarbeitung des Dreijahresplanes

Indikatoren

2017:

- Einvernehmliches Teilen des Verfahrens auf Betriebsebene
- Übermittlung des dreijährigen Planungsdokumentes 2018-2019-2020 an das Ressort für Gesundheit innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

2018:

- Übermittlung des dreijährigen Planungsdokumentes 2019-2020-2021 an das Ressort für Gesundheit innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

2019:

- Übermittlung des dreijährigen Planungsdokumentes 2020-2021-2022 an das Ressort für Gesundheit innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

Verantwortliche/r für das Verfahren

Informatikabteilung

Bericht 2017

Das Ziel sah vor, das Verfahren auf Betriebsebene zu beschreiben und zu vereinbaren, einschließlich Ablauffristen.

Das Planungsdokument 2018-19-20 wurde dem Assessorat innerhalb der vereinbarten Fälligkeit zugesandt.

2.2.3. Mehrjahresplan der Investitionen für Umstrukturierung und außerordentlichen Instandhaltung

Planung und Ausarbeitung eines Investitionsprogrammes im Bereich der Umstrukturierung und der außerordentlichen Instandhaltung der Immobilien, welche vom Sanitätsbetriebes verwaltet werden. Es handelt sich um ein Dreijahresprogramm für die außerordentliche Instandhaltung und um ein Fünfjahresprogramm für Arbeiten zu Umstrukturierungen. Das Programm wird laut den Vorgaben des Landes Südtirol und den Regeln für die Harmonisierung der Bilanzen ausgearbeitet.

Erwartetes Ergebnis

Vorliegen eines ausgearbeiteten Programmes

Indikatoren

Ausarbeitung des Programms innerhalb der Zeiten und der finanziellen Grenzen, welche vom Land Südtirol festgelegt werden.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Zuständige Führungskraft der Abteilung Technik und Vermögen.

Bericht 2017

Der Dreijahresplan für die Jahre 2018 bis 2020 für die außerordentliche Instandhaltung und das Fünfjahresprogrammes für die Jahre 2018 bis 2022 wurden ausgearbeitet und mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1443 vom 19.12.2017 genehmigt.

3. Neugestaltung der Sanitätsdienste

3.1. Rund um die Geburt

3.1.1. Ausweitung und Optimierung des Versorgungsnetzes „Rund um die Geburt“

Bei einer Erhebung im Laufe des Jahres 2015 wurde festgestellt, dass die Betreuung rund um die Geburt in Südtirol unterschiedlich organisiert wird. Gerade in diesem Bereich ist ein landesweit einheitliches Vorgehen wichtig, um im ganzen Land die bestmögliche Versorgung für Mutter und Kind anzubieten (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2010, Kapitel 6.4.).

Neben der Optimierung des Versorgungsnetzes für die Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, sowie des Neugeborenen bis zum ersten Lebensjahr und der Familie soll ein besonderes Augenmerk auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Territorium, sowie dem sozialen Bereich, unter den verschiedenen Berufsgruppen gelegt werden.

Erwartetes Ergebnis

Ab 2017 und in den 2 darauffolgenden Jahren ist die Implementierung eines Betreuungspfades für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen sowie für das Neugeborene bis zum ersten Lebensjahr mit geringem Risiko unter Berücksichtigung der Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen und Vernetzung mit den wohnortnahen und Krankenhausdiensten des Sanitätsbetriebes sowie jene im Sozialbereich vorgesehen. Die fortlaufende und korrekte Information der Bevölkerung über den Implementierungsstatus des Betreuungspfades wird als ein wichtiger Teil des Projektes angesehen.

Indikatoren

Implementierung und sukzessive Konsolidierung des Betreuungspfades für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Neugeborenes bis zum ersten Lebensjahr mit geringem Risiko in den 4 Gesundheitsbezirken.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle Qualität Generaldirektion

Bericht 2017

Die Implementierung des Betreuungspfades wurde auf das Jahr 2018 verschoben, da die Begutachtung und Genehmigung desselben vonseiten des Nationalen Komitees Rund um die Geburt erst im November 2017 erfolgt ist.

3.2. Zusammenarbeit auf Regionalebene

3.2.1. Definition von Behandlungspfaden auf regionaler Ebene

Im Rahmen der landesübergreifenden Mobilität und im Besonderen der Mobilität zwischen den beiden Ländern Südtirol und Trentino, besteht die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit besser zu strukturieren. Die Betriebsdirektionen der jeweiligen Sanitätsbetriebe haben ihre Bereitschaft geäußert, gemeinsame Behandlungspfade ausarbeiten zu wollen, die auf regionaler Ebene verbindlich sind. Um den Zugang zu den medizinischen Leistungen zugunsten der Südtiroler Bevölkerung zu verbessern, soll ein technisches Dokument, "Grenzübergreifender Pakt zwischen den autonomen Provinzen Bozen und Trient", definiert werden, um Pfade in der Behandlung und in klinischen Bereichen auf regionaler Ebene zu bestimmen, auch in Anwendung des Dekrets Nr. 70/2015 zu den Standards der Krankenhäuser.

Erwartetes Ergebnis

Im Jahr 2017 soll ein technisches Dokument ausgearbeitet werden, das jährlich aktualisiert wird und insbesondere folgende Bereiche einbezieht:

- Interventionelle Neuroradiologie
- Kinderneuropsychiatrie
- Neurorehabilitation
- Hämatologie
- Kardiochirurgie
- Protontherapie
- Cochlea Implantationen
- Therapiezentrum Bad Bachgart

Analyse der Umweltauswirkungen von Pflanzenschutzmitteln (in Zusammenarbeit mit Laimburg und Istituto Superiore di Sanità)

Indikatoren

Ausarbeitung eines technischen Vorschlags über Behandlungspfade auf regionaler Ebene und Festlegung des Bedarfs an medizinischen Leistungen für folgende Bereiche: interventionelle Neuroradiologie, Kinderneuropsychiatrie, Neurorehabilitation, Hämatologie, Kardiochirurgie, Protontherapie, Cochlea-Implantationen, Therapiezentrum Bad Bachgart, Analyse der Auswirkungen von Pflanzenschutzmitteln.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Nach mehrmaligen Treffen mit den Referenten der Gesundheitsressorts der Autonomen Provinzen Trient und Bozen und dem Sanitätsbetrieb der Provinz Trient wurde von der Abteilung Krankenhausbetreuung ein Vorschlag zu einer bilateralen Vereinbarung ausgearbeitet. Die offiziellen Verhandlungen wurden allerdings im ersten Semester 2017 aufgrund von Uneinigkeiten betreffend die Höhe der zusätzlichen Anerkennung im Vergleich zum nationalen Ausgleichstarif (DM 2020) unterbrochen, welche die Autonome Provinz Trient der Autonomen Provinz Bozen zur Deckung der Zusatzkosten anerkennen müsste, gemäß der Mustervorlage für bilaterale Abkommen, die durch die Staat-Regionen-Konferenz in der Sitzung vom 24.11.2016 genehmigt wurde.

In diesem Vorschlag wurden unter Berücksichtigung des Dekrets zu den Krankenhausstandards regionale Behandlungspfade für die Fachbereiche interventionelle Neuroradiologie, Kinderneuropsychiatrie, Hämatologie und Kardiochirurgie identifiziert. Nichts desto trotz wurde die Zusammenarbeit zwischen den beiden Sanitätsbetrieben in den verschiedenen Fachbereichen fortgeführt und ein Organisationsmodell zur Umsetzung einer überbetrieblichen komplexen Struktur in der Neuroradiologie definiert, mit Dienstsitz im Gesundheitsbezirk Bozen (Beschluss der Landesregierung Nr. 1327/2017), welches nach Unterzeichnung der Vereinbarung vonseiten der Beteiligten seine Tätigkeit aufnimmt. Die Abteilung Krankenhausbetreuung hat im Dezember 2017 ein Vereinbarungsmodell erarbeitet, welches die Vertreter der beiden Autonomen Provinzen sowie der

beiden Sanitätsbetriebe unterzeichnen und im Anschluss mittels Betriebsbeschluss noch im Jänner 2018 genehmigen werden.

Betreffend die Verhandlungen zum bilateralen Abkommen mit der Region Venetien wurde ein Vereinbarungsvorschlag erarbeitet, welcher die Aufnahme von Südtiroler Patienten in dortigen Kompetenzzentren im Bereich Kardiochirurgie vorsieht. Der Entwurf wurde den zuständigen Referenten des Sanitätsbetriebes Verona am 31. Mai 2017 vorgelegt und befindet sich noch in einer Bewertungsphase von Seiten der Region Venetien.

3.3. Onkologische Betreuung

3.3.1. Klinisches Netzwerk im onkologischen Bereich

Fortsetzung des Projektes der Zertifizierung der onkologischen Chirurgie in Südtirol, in Übereinstimmung mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013, welcher als Hauptziel die Schaffung von klinischen onkologischen Netzwerken auf Landesebene durch die aktive Beteiligung der eingebundenen Spezialisten in den Behandlungspfad des onkologischen Patienten hat (siehe Landesgesundheitsplan Kapitel 8.1).

Im nächsten Dreijahreszeitraum werden die Bemühungen darin liegen, alle bereits aktivierten und in den Gesundheitsbezirken in der Phase der Aktivierung befindlichen Tumorboards pro Krankheitsbild zu verstärken, das Angebot der psychoonkologischen Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Diagnose Krebserkrankung zu verbessern, eine systematische Erhebung der klinischen Indikatoren durchzuführen sowie eine neue Kultur, die auf dem transparenten Vergleich der klinischen Leistungen fußt zu fördern.

Erwartetes Ergebnis

Die Implementierung des sektoralen onkologischen Betriebsplanes zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Südtirol sieht die Festigung des Modells der Zertifizierung der onkologischen Chirurgie vor. Im Einzelnen:

Jahr 2017

- Chirurgische Versorgung der onkologischen Patientinnen und Patienten ausschließlich in den autorisierten Abteilungen, wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013, Anlage B, vorgesehen.
- Konsolidierung der bereits aktivierten betrieblichen Tumorboards und deren Ausdehnung auf onkologische Krankheitsbilder, die noch nicht berücksichtigt wurden: betriebliches Tumorboard für Tumore des hepatisch bilio-pankreatischen Systems.
- Einführung eines Überwachungssystems der wichtigsten klinischen Indikatoren.
- Durchführung von internen und externen Audits zur Erhaltung der ISO-Zertifizierung.
- Registrierung aller Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in der Software OnkoZert als Vorbereitung für die Erhebung der von den Zertifizierungsgesellschaften vorgesehenen klinischen Indikatoren.
- Durchführung des Management Review, der internen und externen Audits im Rahmen der onkologischen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Kolon-/Rektumkarzinom, zur Erlangung der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft.
- Stärkere Einbeziehung der Psychoonkologie, indem jeder Patientin und jedem Patienten mit Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung eine psychologische Erstvisite angeboten wird.

Jahr 2018

- Konsolidierung der bereits aktivierten betrieblichen Tumorboards und deren Ausdehnung auf onkologische Krankheitsbilder, die noch nicht berücksichtigt wurden: betriebliches Tumorboard für das Prostatakarzinom.
- Aktive, strukturierte Teilnahme von universitären in- und ausländischen Instituten/Strukturen an den betrieblichen Tumorboards.
- Durchführung von internen und externen Audits für die Re-Zertifizierung ISO 2015.
- Registrierung aller Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in der Software OnkoZert als Vorbereitung für die Erhebung der von den Zertifizierungsgesellschaften vorgesehenen klinischen Indikatoren.
- Ausweitung der Management Reviews im Bereich der Betreuungspfade für onkologische Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, die klinische Zertifizierung für die ausgewählten Krankheitsbilder zu erreichen.
- Stärkere Einbeziehung der Psychoonkologie, indem jeder Patientin und jedem Patienten mit Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung eine psychologische Erstvisite angeboten wird.

Jahr 2019

- Vollständige Anwendung der betrieblichen Verwaltungsmodelle, um die Mobilität der Teams in den klinischen Netzwerken zu unterstützen.
- Implementierung der noch ausstehenden Maßnahmen für die vollständige Umsetzung des Zertifizierungssystems für die onkologische Chirurgie in Südtirol, wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013 vorgesehen.

Indikatoren

- Konsolidierung der bereits aktivierten betrieblichen Tumorboards und deren Ausdehnung auf onkologische Krankheitsbilder, die noch nicht berücksichtigt wurden: betriebliches Tumorboard für das hepatisch bilio-pankreatische System, Prostata: Vorstellung von mindestens 90% der onkologischen Fälle in den betrieblichen Tumorboards.
- Durchführung von internen und externen Audits für die Erhaltung der ISO-Zertifizierung.
- Registrierung aller Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in der Software OnkoZert als Vorbereitung für die Erhebung der von den Zertifizierungsgesellschaften vorgesehenen klinischen Indikatoren ($\geq 90\%$ der klinischen Fälle).
- Durchführung des Management Review und der internen und externen Audits im Rahmen der onkologischen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Kolon-/Rektumkarzinom, zur Erlangung der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft.
- Stärkere Einbeziehung der Psychoonkologie, indem jeder Patientin und jedem Patienten mit Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung eine psychologische Erstvisite angeboten wird.
- Einführung eines Überwachungssystems der wichtigsten klinischen Indikatoren.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Von Seiten der Abteilung Krankenhausbetreuung wurde der Tätigkeitsplan zur Umsetzung des Projektes zur Zertifizierung der onkologischen Betreuung in Südtirol für das Jahr 2017 erarbeitet (von der Betriebsdirektion in der Sitzung vom 07.03.2017 genehmigt) und die Treffen mit der Arbeitsgruppe wurden fortgesetzt.

Zertifizierung ISO und klinische Zertifizierung nach Krankheitsbild

Für die Zertifizierung ISO wurden im ersten Semester 2017 folgende Tätigkeiten durchgeführt:

- Internes Audit der Betriebsdirektion und betriebliches Management Review (April 2017)
- Interne Audits der im Projekt beteiligten Abteilungen und Dienste (März-April 2017)
- Externe Überwachungsaudits der Zertifizierung ISO 9002:2008 von Seiten der Zertifizierungsgesellschaft (Mai 2017)

Außerdem laufen derzeit alle notwendigen Vorbereitungen für den Übergang zur neuen ISO-Norm 9001:2015 (Herbst 2018).

In Bezug auf die klinische Zertifizierung nach Krankheitsbild wurde im Herbst 2017 das Überwachungsaudit für die klinische Zertifizierung des Bereichs HNO von Seiten der „Associazione Italiana di Oncologia Cervico-Cefalica (AIOCC)“ durchgeführt und positiv abgeschlossen.

In Bezug auf die klinische Zertifizierung des Kolons-Rektos und der Schaffung eines betrieblichen Darmkrebszentrums wurde mit betrieblichem Beschluss Nr. 275/2017 die Organisationsform mit verbindlicher Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen der Allgemeinen Chirurgie des Südtiroler Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen eingerichtet. Dadurch soll der Prozess der klinischen Zertifizierung durch die Eingabe, die Erhebung und die Ausarbeitung von einheitlichen betrieblichen Daten unterstützt werden, um die von der Zertifizierungsgesellschaft (DKG) verlangten klinischen Indikatoren zu berechnen. Vor diesem Hintergrund wurde die Erhebung und die Analyse der von der DKG geforderten Indikatoren fortgesetzt, die u.a. im Rahmen der regelmäßigen Treffen der Departements mit den Primären und den beteiligten Spezialisten erörtert und beleuchtet wurden.

Im Anschluss an die Analyse erfolgten:

- die Zertifizierungsanfrage an die DKG für das Darmkrebszentrum mit Angabe des Leistungsumfangs, der im Laufe von 2016 in den Krankenhäusern von Bozen, Meran, Bruneck und Brixen erbracht wurde, um die notwendigen Schwellenwerte zu erreichen;
- propädeutische Maßnahmen für das Pre-Audit, welches für Jänner 2018 angesetzt wurde, um gemeinsam mit der DKG und den klinischen Referenten der beteiligten Abteilungen und Dienste alle Indikatoren sowie die organisatorische und strukturelle Ausstattung zu beleuchten sowie die Durchführbarkeit und die notwendigen Schritte für eine künftige klinische Zertifizierung zu bewerten.

Chirurgische Behandlungspfade

Im Laufe des Jahres 2017 wurden die chirurgischen Behandlungspfade im gynäkologischen Bereich (Brust und weibliche Genitalien) nach nationalen und internationalen Referenzleitlinien überarbeitet und aktualisiert.

Indikatoren und Clinical Privileges

Im Laufe des Jahres 2017 wurde die Tätigkeit der Erhebung und der Analyse sowohl der vorgesehenen Hauptindikatoren gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013 als auch der Indikatoren, die von der Zertifizierungsgesellschaft verlangt werden, fortgesetzt; darüber hinaus wurde ein Überwachungssystem in Qlikview für den Datenzugriff sowie deren Verwendung eingerichtet. Auch die Ernennung der berechtigten Spezialisten (Clinical Privileges) in den verschiedenen Fachbereichen (Chirurgie, Endoskopie, Radiologie) wurden nach Vorgabe der klinischen Referenten erneuert.

Betriebliche Tumorboards nach Pathologie und Software Onkozeit

Im Laufe des Jahres 2017 wurden die Tätigkeiten zur Konsolidierung der betrieblichen Tumorboards nach Pathologie fortgesetzt, sowohl die bereits bestehenden als auch die Tumorboards hinsichtlich neuer onkologischer Pathologien wie die der Hepato-Bilio-Pankreas. Die operativen Anweisungen zur Durchführung des betrieblichen Tumorboards Malignome des Verdauungstraktes wurden in Absprache mit den Primären der Chirurgie aktualisiert.

Themenportal Krebsinfo

Im Laufe des Jahres 2017 wurden die Tätigkeiten zur Konsolidierung und Aktualisierung der betrieblichen Webseite „Krebsinfo“ fortgesetzt, dies vor allem im Bereich der Video-Interviews. Die Webseite ist in einer Erneuerungsphase und wird anlässlich der Abendveranstaltung „Mr. Google“ (Februar 2018), die sich an die gesamte Bevölkerung richtet und gemeinsam mit dem Dachverband für Gesundheit und Soziales organisiert wird, neu lanciert.

Im September 2017 wurde die Webseite „Krebsinfo“ im Rahmen des nationalen Preises **„Innova S@lute 2017“** für dessen vertrauenswürdige, nützliche und kompetente Information an den onkologischen Patienten und deren Familie ausgezeichnet.

3.4. Betriebsnetz der Dialysedienste

3.4.1. Realisierung eines strukturierten Netzes von Ambulatorien

Informatisierung des Flusses der Patientinnen und Patienten mit Nierenersatztherapie (Dialyse und Transplantation), auch unter Berücksichtigung des von der Landesverwaltung geforderten Informations-Solls (Leistungsverzeichnis und Ausschreibung). Realisierung eines strukturierten Netzes von Ambulatorien für Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz und nierentransplantierten Patientinnen und Patienten. Errichtung des „betriebsweiten Dienstes für Peritonealdialyse“ und zwar eines integrierten Netzes des Dienstes nach dem Modell Hub & Spoke. (wörtlich: Nabe und Speiche), welches vorsieht, dass komplexe Fälle oder solche die aufwändigere Instrumente benötigen, in wenigen Zentren (HUB) konzentriert werden. Die Tätigkeit des Hub ist durch funktionelle Abhängigkeiten stark mit jener der umliegenden Strukturen (Spoke) vernetzt. Die vorhandenen Dialysebetten in den einzelnen Krankenhäusern bleiben erhalten.

Erwartetes Ergebnis

2017:

- Bewertung des Informationsbedarfs in Bezug auf die Behandlungen und die betreuten Patientinnen und Patienten.
- Operative Bewertung der vorhandenen Informatikprogramme und deren Implementierbarkeit.
- Im Dienst für Nephrologie und Dialyse wird ein für Patientinnen und Patienten mit chronischer, fortgeschrittener Niereninsuffizienz und Nierentransplantation gewidmetes Ambulatorium eingerichtet
- Im Dienst für Nephrologie und Dialyse ist ein Ambulatorium für die Peritonealdialyse-Patientinnen und -Patienten vorgesehen und in jedem Dienst des Netzes ist geschultes Personal anwesend

Indikatoren

2017:

- Klinisch-operative Bewertungen der Patientinnen und Patienten und diesbezügliche Dokumentation
- Der Behandlungsverlauf wurde im Netz abgestimmt
- Geschultes Personal
- Eigenes Ambulatorium für Peritonealdialyse-Patientinnen und Patienten

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Abteilung IT, Abteilung Leistungen, Dienst für Medizintechnik

Bericht 2017

Bewertung des Bedarfs an Informatisierung

Operative Bewertung der vorhandenen Programme und deren Implementierung:

Ernennung der Person, welche die Datenbank der Dialyse im Krankenhaus Bozen erstellt hat, als Informatikreferenten des Netzes der Dialyse-Dienste.

Ein Dokument zur Analyse und Definition der klinischen, administrativen und technischen Zielsetzungen wurde erarbeitet. Dabei wurden die zwei zurzeit auf dem italienischen Markt vorhandenen Nephrologie-spezifischen Softwares geprüft und verglichen.

Wir warten noch auf die Details der Ausschreibung des Vergabeverfahrens und erneuern unsere Bereitschaft einer Überarbeitung der von uns erhobenen Daten.

Im Dienst für Nephrologie und Dialyse wird eine Spezialambulanz für Patienten mit fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz und Nierentransplantation geschaffen:

In der Abteilung Nephrologie ist die Organisation der Ambulanzen überarbeitet worden. Dabei wurde eine eigene Ambulanz für nierentransplantierte Patienten geschaffen, zeitgleich wurden zwei Ambulanzen für Patienten mit Niereninsuffizienz, getrennt nach dem Schweregrad derselben, eingerichtet.

Die erste zielgerichtet an Patienten im prädialytischen Stadium ($GFR < 15$ ml/min), zugänglich vormittags von Montag bis Freitag mit durchschnittlich 35 Visiten pro Woche.

Die zweite zielgerichtet an Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz im Stadium IV ($GFR < 30$ ml/min), zugänglich montags und mittwochs am Nachmittag mit durchschnittlich 12 wöchentlichen Visiten.

Ablauf und Organisation wurden anlässlich des Treffens der Referenten des Dialyse-Netzwerkes am 14.11.2017 diskutiert und verabschiedet.

An jedem Punkt des landesweiten Netzwerkes für Dialyse ist für Peritonealdialyse ausgebildetes Personal präsent und in der Abteilung Nephrologie und Dialyse in Bozen wurde eine Fachambulanz für Patienten in Peritonealdialyse geschaffen.

An der Abteilung Nephrologie im Krankenhaus Bozen entstand die „Hub“-Fachambulanz für Patienten in Peritonealdialyse. Die Ambulanztätigkeit sieht monatliche programmierte Kontrollvisiten vor und steht für zusätzliche Zugänge je nach klinischem Bedarf jederzeit zur Verfügung. Die Abteilung Nephrologie garantiert fachspezifische (auch telefonische) Beratung rund um die Uhr für alle Patienten in Peritonealdialyse im Sanitätsbetrieb.

17 Krankenpflegerinnen der Dialysestationen in Bozen, Brixen, Bruneck, Meran und Schlanders sind für die Handhabung der Peritonealdialyse ausgebildet worden.

Seit Januar 2017 wurde die Option der Peritonealdialyse allen dafür in Frage kommenden inzidenten Patienten vorgeschlagen.

Im Jahr 2017 haben zwei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz die Peritonealdialyse als Nierenersatztherapie gewählt.

3.5. Betriebliches Netzwerk zwischen den Radiologischen Diensten

3.5.1. Informatisierung des Ablaufs für Verschreibung, Vormerkung, Terminabsagen, Zahlung, Annahme und Befundung im Dienst für Radiologie

Hauptziel ist die Optimierung des Leistungsangebotes im Bereich der Großgeräte (TAC und MRI), in welchem zur Zeit große Ungleichheiten in der Auslastung der Geräte besteht. Die Möglichkeit, Leistungen an unterschiedlichen Standorten anbieten zu können, führt zu einer Verringerung der Wartezeiten und einer Umverteilung der Arbeitsbelastung.

Um dem Drop-out-Phänomen, d.h. jenen vorgemerkten Leistungen, welche nicht erbracht werden, weil der Patient, welcher die Vormerkung tätigte, nicht erscheint, effektiv entgegenzuwirken, könnte eine Absagepflicht der vorgemerkten ambulanten Fachleistungen vorgesehen werden. Die damit frei gewordenen Termine könnten von anderen Patientinnen und Patienten genutzt werden.

Erwartetes Ergebnis

- Der gesamte radiologische Ablauf von der Verschreibung bis zur Vormerkung, Terminabsage, Zahlung, Annahme, Befundung und Abholung der Befunde wird realisiert, vereinheitlicht und informatisiert.
- Vereinheitlichung RIS/PACS (radiological information system / Picture Archiving and Communication System) auf Betriebsebene.
- Die betrieblichen Vormerkssysteme müssen den Benutzerinnen und Benutzern in klarer Weise das Vorgehen für eine Terminabsage aufzeigen, wobei im Moment der Absage, das System der Bürgerin bzw. dem Bürger einen eindeutigen Kodex liefert, welcher als Bezug für die Absage gilt. Weiters wird vorgeschlagen, dass bei nicht rechtzeitiger Terminabsage oder nicht Inanspruchnahme der Leistung, diese der Patientin bzw. dem Patient entsprechend angelastet wird (voller Tarif der Leistung).

Indikatoren

- Online-Verfügbarkeit der Befunde (WEB) ambulanter Patientinnen und Patienten innerhalb 31/12/2017.
- Eine Auswahl von radiologischen Leistungen veröffentlichen, die online vorgemerkt werden können, innerhalb 31/12/2017.
- Integration der RIS-Agenden ins Vormerk-/Annahmeprogramm der einheitlichen Vormerkstelle, innerhalb 31/12/2017.
- 90% dematerialisierte Verschreibung radiologischer Leistungen aller Zuweisenden, bezogen auf den Monat Dezember 2017 (es genügen die Daten des Monats Dezember), innerhalb 31/12/2017.
- Integration der Vormerksoftware SAIM auch für die privaten vertragsgebundene Anbieter, innerhalb 31/12/2018.
- Weitere radiologische Leistungen für die Online-Vormerkung veröffentlichen, innerhalb 31/12/2019.
- Implementierung eines automatisierten Absagesystems, welches für die Absage der vorgemerkten Leistung durch einen eindeutigen Kodex unterstützt wird

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Abteilung für Wirtschaft und Finanzen, Abteilung Informatik, Abteilung Leistungen

Bericht 2017

Die Vereinheitlichung der RIS/PACS Systeme (radiological information system/picture archiving and communication system) auf Betriebsebene, ist mit 20. Januar 2017 abgeschlossen worden. Es war dies der Grundstein um die notwendigen Maßnahmen zur Realisierung der Informatisierung des Ablaufs für Verschreibung, Vormerkung, Terminerinnerung, Terminabsagen, Zahlung, Annahme und online Befundverteilung der radiologischen Dienste zu programmieren und implementieren. Kernpunkt hierzu ist die Integration der CUPweb Software mit den Radiologie - eigenen Systemen. Für die Realisierung der Vormerkungs- und entsprechenden Arbeitslisten in den vier Gesundheitsbezirken auf der Plattform CUPweb, sind der Informatikabteilung und den entsprechenden Partnern alle notwendigen Informationen und Details (Einteilungen der Vormerkagenden, Kodifizierung, Patienteninformation, ermächtigte Benutzer usw.) in strukturierter, revidierter und vereinheitlichter Form zu Verfügung gestellt worden. Seit Dezember sind die mit dem RIS integrierten CUPweb Vormerkungs- und Annahmemodule im Gesundheitsbezirk Brixen versuchsweise operativ. Es folgen, im Einklang mit der time-table innerhalb 2018, Bruneck, Meran und anschließend Bozen. In Hinblick auf die digitalisierte Verschreibung wurde der entsprechende Leistungskatalog der verschreibbaren Untersuchungen angepasst und kann, nach Integration des PSM Moduls (DEMA) mit der CUPweb Plattform, Anwendung finden. Die Projekte „reminder“, Terminabsage sowie die online Vormerkung und Befundverteilung, zu deren Aktivierung alle notwendigen funktionellen und operativen Details abgeklärt und vereinbart wurden, können nach der CUPweb-RIS Integration (time-table innerhalb 2018) und der notwendigen strategisch-betrieblichen Abklärung der dazugehörigen Verwaltungsprozeduren, umgesetzt werden. Gleiches gilt für die Integration der Vormerksoftware SAIM für die privaten vertragsgebundenen Anbieter und die Ausdehnung der zentralen Vormerkstelle auf weitere Leistungen der Radiologie.

3.6. Betriebliches Netzwerk zwischen den Labordiensten

3.6.1. Schrittweise Umsetzung des Netzwerkes zwischen den Labordiensten

Schrittweise Umsetzung des Entwicklungsplanes 2017 – 2019 auf der Basis des Hub & Spoke-Systems/Zusammenarbeit im Netzwerk.

Revision und Aktualisierung der Prozedur für den Probenversand an Strukturen außerhalb der Provinz.

Erwartetes Ergebnis

2017:

- Schrittweise Implementierung des betrieblichen Leistungsportfolios in Anbetracht der Verfallstermine der Ausschreibungen.
- Verwaltung/Wartung der Backupgeräte und Anpassung des Leistungsangebotes.
- Online Verfügbarkeit aller Laborbefunde, die in der Veröffentlichung angegeben sind (die Bürgerin bzw. der Bürger erhält über das Internet Zugang).
- Vereinheitlichung des Layout und der Inhalte von Laborbefunden.
- Projekt für die Befundung mittels Telearbeit.

2018 - 2019:

- Schrittweise Implementierung des Leistungsportfolios in Anbetracht der Verfallstermine der laufenden Ausschreibungen.

Indikatoren

- Leistungsportfolio
- Verwaltung/Wartung der Backupgeräte
- Befunde online
- Vereinheitlichung Layout
- Befundung mittels Telearbeit

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Verantwortlicher der Organisationsform mit verbindlicher Zusammenarbeit zwischen den Labordiensten

Bericht 2017

Im Jahr 2017 wurde der Entwicklungsplan wie folgt umgesetzt:

- Die Ausschreibungen für die Blutgasanalysegeräte, für die Geräte der Gerinnungsbestimmungen und für die Qualitätskontrollen der Serologie wurden gemeinsam auf Betriebs/Departementebene für alle Laboratorien durchgeführt. Das Leistungsportfolio für das Jahr 2017 wurde im Laborkomitee besprochen und genehmigt.
- Im Labor Bozen wurde das zweite Elektrophoresegerät deaktiviert. Die Elektrophoresegeräte vom Labor Meran oder vom Labor Brixen werden zum Backupgerät.
- Im Laborprogramm Concerto wurde die Voraussetzung für die Ausgabe der online Befunde geschaffen. Die online Befunde stehen für die Patienten zur Verfügung, wenn die informatische Umsetzung der Bezahlungsmodalität erfolgt ist.
- Die Vorlage für ein einheitliches Layout der Laborbefunde wurde geschaffen. Das Layout wird auf die Konformität mit der ISO 15189 Norm überprüft und im Jahr 2018 in allen Laboratorien angepasst.
- Die Zuweisungen von Blutkomponenten und von dringenden Unterschriften erfolgen in den Bereitschaftsdiensten telematisch.

3.7. Akkreditierung Labordienste

3.7.1. Akkreditierung ISO 15189.

Labordienste sind komplexe Strukturen, die in der Diagnose, Überwachung und Prävention eine wichtige Rolle spielen. Um die Qualität und die Vergleichbarkeit der Laborergebnisse zu gewährleisten, ist die ISO-Norm 15189 eingeführt worden, die Qualitäts- und Kompetenzstandards für Analyselabors im medizinischen Bereich festlegt. In vielen europäischen (z.B. Deutschland, Frankreich, Österreich) und nicht-europäischen Ländern (z.B. Australien) ist die ISO 15189 weit verbreitet.

In einigen Ländern, wie Frankreich oder Australien, ist die Akkreditierung nach dieser Norm verpflichtend für alle Labors, die im öffentlichen Gesundheitssystem mitarbeiten. Bis heute sind weniger als 5 Labors in Italien nach der Norm ISO 15189 akkreditiert. Als Folge davon sind die Leistungen der italienischen Labors sehr unterschiedlich. Auch die Labors in Südtirol haben bis vor kurzem mit größerer Autonomie aber mit variablen Prozessen und Standards gearbeitet.

Mit dem Ziel international anerkannte Standards einzuführen und interne Prozesse zu vereinheitlichen, haben im Jahr 2014 die Südtiroler Labors, als einzige Organisation mit mehreren Standorten, beschlossen, sich nach ISO 15189 zu akkreditieren. Daraufhin hat der Sanitätsbetrieb eine Arbeitsgruppe ernannt, die dieses Projekt zusammen mit den Direktorinnen und Direktoren der Labordienste koordiniert.

Aufgrund des Ausmaßes, der potenziellen organisatorischen Auswirkungen und des Umsetzungsstandes ist es sehr wichtig, dass der Südtiroler Sanitätsbetrieb das Projekt ISO 15189 formell in jeder Hinsicht unterstützt. Um eine zeitgerechte Umsetzung des Projekts ISO 15189 zu gewährleisten, ist es notwendig, dass der Betrieb dieses Projekt in die Dreijahresplanung 2017-2019 aufnimmt.

Erwartetes Ergebnis

Akkreditierung aller Labors des Südtiroler Sanitätsbetriebes einschließlich jenem der Mikrobiologie laut ISO-Norm 15189 (Anzahl der zu akkreditierenden Laboratorien: 8).

Indikatoren

Jahr 2017:

- Vollständigkeit der notwendigen Dokumentation für die Anfrage um Akkreditierung (gemeinsames Qualitätshandbuch, Transversale Managementverfahren und gemeinsame Bewertung)
- Verfügbarkeit aller Dokumente im informatischen Qualitätsmanagement-System "SOP Speed"
- Verwendung von SOP Speed durch alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Labors
- Ausführung aller gemäß der Norm vorgeschriebenen Aktivitäten: Interne Audits, Registrierung aller Nicht-Konformitäten, Bewertung der Zulieferer, Erhebung der Kundenzufriedenheit, Berechnung der Messunsicherheit und Messung der TAT (Beantwortungszeit), Aktualisierung der Prozesse und Formulare für die Präanalytik und Verfügbarkeit für die Nutzer. Zusätzlich werden einheitliche Qualitätsindikatoren für alle Labors definiert.
- Anfrage um Akkreditierung nach ISO 15189 bei ACCREDIA innerhalb Oktober 2017

Jahr 2018:

- Erstes Akkreditierungsaudit durch ACCREDIA innerhalb April 2017.
- Beseitigung aller Nicht-Konformitäten, die während des Akkreditierungsaudits aufgetreten sind.
- Verfügbarkeit des Akkreditierungszertifikats.
- Mitteilung über die erfolgte Akkreditierung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betriebes (Infoportal Sabes, Betriebszeitung One) und an die Südtiroler Bevölkerung durch Pressemitteilungen.

Jahr 2019:

- Erhaltung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität: regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppe, interne Audits, Erhebung der Qualitätsindikatoren und Vorbereitung des vorgesehenen Überwachungsaudits 2019-2020.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Direktorinnen und Direktoren der Labordienste des Südtiroler Sanitätsbetriebes in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe "Akkreditierung ISO 15189" und der Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Die Qualitätsdokumente (gemeinsames Qualitätshandbuch, transversale Managementverfahren und Steuerungsprozeduren und die Jahresbewertung) wurden erstellt und sie sind in SOP Speed einsehbar. Die Kurse für die Mitarbeiter zur Benutzung von SOP Speed wurden in den einzelnen Laboratorien abgehalten. In den Laboratorien wurden interne Audits, die Registrierung der Nicht-Konformitäten, die Bewertung der Zulieferer, die Erhebung der Kundenzufriedenheit, die Berechnung der Messunsicherheit, die Qualitätsindikatoren und die Messung der Turn around time/Beantwortungszeit (TAT), wie von der ISO Norm vorgesehen, durchgeführt.

Das Akkreditierungsansuchen wurde im November 2017 gestellt und die Akkreditierungsaudits sind im Jahr 2018 geplant.

3.8. Betriebsdepartements

3.8.1. Errichtung eines betriebsweiten Departements, Absicherung der Betreuung der Bevölkerung im Falle medizinischer Notfälle

Errichtung eines Notfalldepartements im Sanitätsbetrieb, welches das gesamte Notfallbetreuungssystem koordiniert, in welchem zusätzlich zur Notfallzentrale für den ärztlichen Bereich auch die Notfallärzte und die Flugrettung vereint sind (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 5.2.1).

2018: Vorarbeit zur Errichtung eines Notfalldepartements in Bezug auf die rechtlichen und organisatorischen Aspekte, auf die Erweiterung der Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auf die Definition der Zusammenarbeit mit dem Präventionsdepartement hinsichtlich der Aufsicht, der epidemiologischen Analysen und der Prophylaxe im Falle ansteckender Krankheitsnotfälle.

Errichtung des Departements

2019: Bewertung des Departements und Überprüfung der Qualität und Angemessenheit der Leistungen

Erwartetes Ergebnis

Errichtung des betriebsweiten Notfalldepartements, verbesserte Absicherung der Bevölkerung im Falle medizinischer Notfälle

Indikatoren

Errichtung des Departements;

Beteiligung der Landesnotfallzentrale für den ärztlichen Bereich, der Notfallärzte und Flugrettung

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 wurde im Ressort die Entscheidung getroffen, die Betriebsordnung im klinischen Bereich erst im Laufe des Jahres 2018 zu erstellen. Somit blieb auch die Errichtung des betriebsweiten Notfalldepartements zurück. Zudem ging der Direktor der Landesnotrufzentrale mit Oktober 2017 in den Ruhestand; bis zur definitiven Nachbesetzung leitet ein geschäftsführender Primar den Dienst.

Im Jahre 2017 wurde ein Großteil der im April von der Landesregierung zur Abdeckung der Notarztdienste unter Berücksichtigung der Auflagen durch das Arbeitszeitgesetz genehmigten 30 Notarztstellen auf die Gesundheitsbezirke bzw. die Notarztstützpunkte verteilt. Durch das Urteil zu den Werkverträgen wurde die Abdeckung der ärztlichen Turnusse in den Notaufnahmen und den Notarztstützpunkten zunehmend schwierig.

Es wurden dennoch einige Diskussionen geführt und Überlegungen zur zukünftigen Aufstellung des Notfalldepartements angestellt (Sitzung mit den Notarztstützpunkt-Leitern, Besprechungen mit dem Direktor der Landesnotrufzentrale). Eine Grundsatzfrage war hierbei immer wieder zentral: sollen im Departement nur landesweit bodengebundene und luftgestützte Notarztdienste oder auch die Notaufnahmen organisiert werden?

Im Oktober 2017 wurde die Europäische Notrufnummer 112 aktiviert.

Ebenso im Oktober wurde die Einsatzzeit des Flugrettungsdienstes auf „Tagesrandflüge“ ausgedehnt, d.h. ein Hubschrauber steht landesweit von 6 – 22 Uhr zur Verfügung.

3.8.2. Neuordnung des Departements für Gesundheitsvorsorge

2017: Vorbereitung für die Neuordnung des Departements für Gesundheitsvorsorge aus Sicht der Gesetzgebung, der Organisation und der Logistik; innerhalb Ende 2017 Neuordnung des Departements, mit besonderem Augenmerk auf die Vorbeugung der chronischen Krankheiten und Gesundheitsförderung, auf die Zusammenfassung der 4 Hygienedienste in einen "Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit" und auf den Sektor Lebensmittelsicherheit der Hygienedienste und der Dienste für Diätetik und klinische Ernährung, die in einem "Dienst für Diätetik und klinische Ernährung" zusammengefasst werden.

2018: Erfassung der Bereiche der Zusammenarbeit zwischen den Diensten des Departements zu gemeinsamen Thematiken der öffentlichen Gesundheit, der Tiergesundheit, in der Umwelt und an den Arbeitsplätzen, mit Festlegung der Art und Weise der Zusammenarbeit und Programmierung der Tätigkeiten.

2019: Strukturierung der Zusammenarbeit des Departements mit anderen Diensten und Abteilungen des Gesundheitsbetriebes zu Themen der Vorsorge und Gesundheitsförderung.

Erwartetes Ergebnis

Die Struktur, das Organigramm und die Zuständigkeiten des Departements für Gesundheitsvorsorge sind definiert und das Angebot der Leistungen des Departements auf Betriebsebene garantiert überall gleiche angemessene Leistungen.

Indikatoren

Neuordnung des Departements und Schaffung des Dienstes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und des Dienstes für Diätetik und klinische Ernährung innerhalb 31.12.2017.

Definition der Bereiche und der Art der Zusammenarbeit zwischen den Diensten des Departements, innerhalb 31.12.2018.

Stärkung der Zusammenarbeit zwischen dem Departement und anderen Diensten und Abteilungen des Gesundheitsbetriebes in Themen der Vorsorge und Gesundheitsförderung innerhalb 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Direktor/Direktorin des Departements für Gesundheitsvorsorge.

Bericht 2017

Die Arbeiten für die Neuordnung des Departments für Gesundheitsvorsorge wurden 2017 aufgenommen, nominierte Vertreter des Departments für Gesundheitsvorsorge haben ihren Beitrag bei der Ausarbeitung der "Leitlinien des Departments für Gesundheitsvorsorge" geleistet und die Betriebsdirektion hat ihre Anmerkungen zum Dokument verschriftlicht. Der Vorschlag für die Neuordnung des Departments berücksichtigt die Organisation der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit, den Bereich Hygiene der Lebensmittelsicherheit und Ernährung und den Bereich Prävention chronischer Krankheiten und Gesundheitsförderung. Für die Umsetzung der Reform sind der entsprechende Landesbeschluss und die Betriebsordnung für diesen Bereich notwendig.

4. Angemessenheit und Qualität der Leistungen und Patientensicherheit

4.1. Organisatorische und klinische Angemessenheit

4.1.1. Alternative Formen zur ordentlichen stationären Aufnahme

Absatz 522 des Stabilitätsgesetzes 2016 sieht für den Südtiroler Sanitätsbetrieb die Aktivierung eines betrieblichen Überwachungssystems der Betreuungstätigkeiten und deren Qualität vor, dies im Einklang mit dem „Piano Nazionale Esiti“ (PNE), wobei die Nichteinhaltung der vom PNE vorgesehenen klinischen Standards für die erbrachten Leistungen eine disziplinarrechtliche Übertretung darstellt und als Grund für verwaltungsmäßige Verantwortung von Seiten des Generaldirektors und des Verantwortlichen für die Transparenz und für die Vorbeugung von Korruption.

Im Rahmen der Überwachungssysteme auf staatlicher Ebene erlaubt das Beurteilungssystem der regionalen Gesundheitssysteme (Bersaglio Studie des Institutes S. Anna Pisa) durch die Analyse aufbereiteter Indikatoren, Verbesserungsprozesse der an der Studie teilnehmenden Strukturen anzuregen.

Die Ergebnisse werden auf einer „Zielscheibe“ (aus dem italienischen „Bersaglio“) dargestellt, auf der intuitiv die Stärken und Schwachpunkte in den untersuchten Bereichen aufgezeigt werden.

Laut diesen Studien steht Südtirol im Jahr 2015 in vielen Bereichen sehr gut da, höher und teilweise gleich den staatlichen Standards. Es gibt aber dennoch Verbesserungspotenzial in bestimmten Bereichen, in denen der Sanitätsbetrieb Verbesserungsmaßnahmen setzen will.

Die jährlich gemäß den staatlichen- und Landesvorgaben durchgeführten Kontrollen der Krankengeschichten durch die Referenten der betriebsweiten Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung (NUVAS) ermöglichen es, kritische Bereiche zu ermitteln und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Erwartetes Ergebnis

Ermittlung der klinischen Bereiche, in denen eine Verschiebung vom ordentlichen Aufenthalt zu anderen, weniger intensiven Betreuungssettings möglich ist, auch durch Entwicklung und Implementierung des Day Services und der Intensivbeobachtungseinheiten (OBI), durch die Definition einer neuen Anwendung der integrierten Ambulanz (PAC) (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 7.3).

1. Definition zusätzlicher integrierter Ambulanzen (PAC) in den Gesundheitsbezirken

2. Verbesserung der ärztlichen und chirurgischen Angemessenheit für potenziell unangemessene DRGs laut Gesundheitspakt 2010-2012
3. Umsetzung von Korrekturmaßnahmen, um in den Bereichen, in denen laut staatlichem und wo möglich internationalem Benchmarking ein Verbesserungspotenzial besteht, die klinische Performance weiterentwickeln zu können.

Indikatoren

Jahr 2017

- Hospitalisierungsrate
- Anpassung der standardisierten Hospitalisierungsrate in der Rehabilitation und Langzeitpflege entsprechend erwiesener Notwendigkeit.
- Verbesserung der ärztlichen und chirurgischen Angemessenheit für folgende DRGs:
 - DRG 162: Eingriffe wegen Inguinalhernie und Femoralhernie, Alter > 17, ohne Komplik.
 - DRG 243: Rückenleiden
 - DRG 119: Venenstripping
- Definition neuer integrierter Ambulanzen (PAC): Herzinsuffizienz und Prostatamapping
- Prozentanteil an medizinischen DRGs bei Patientinnen und Patienten, welche von einer chirurgischen Abteilung entlassen wurden: Verbesserung der Position innerhalb des Projektes „Bersaglio“ auf Betriebsebene. Im „Bersaglio“ Projekt werden mehrere Regionen miteinander verglichen.
- Aufnahmen aus der Notaufnahme
- Kontrolle der Kodifizierung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit, der Qualität der klinischen-pflegerischen Dokumentation von 12,5% der Krankengeschichten aller öffentlichen und privaten konventionierten Strukturen für die oben definierten Bereiche.

Jahr 2018:

- Weiterführung/Erhaltung und Definition neuer Ziele in jenen klinischen Bereichen, in denen der Betrieb feststellt, dass die Performance nicht mit den internationalen und staatlichen Standards übereinstimmt.
- Kontrolle der Kodifizierung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit, der Qualität der klinischen-pflegerischen Dokumentation von 12,5% der Krankengeschichten aller öffentlichen und privaten konventionierten Einrichtungen.

Jahr 2019:

- Weiterführung/Erhaltung und Definition neuer Ziele in jenen klinischen Bereichen, in denen der Betrieb feststellt, dass die Performance nicht mit den internationalen und staatlichen Standards übereinstimmt.
- Integration mit dem einheitlichen Vormerkssystem (ELVS) für die Vormerkung und die Verschreibung von Leistungen, die in den unterschiedlichen integrierten Ambulanzen (PAC) erbracht werden, in einer einzigen betrieblichen Plattform.
- Kontrolle der Kodifizierung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit, der Qualität der klinischen-pflegerischen Dokumentation von 12,5% der Krankengeschichten aller öffentlichen und privaten konventionierten Einrichtungen.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, betriebsweite Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung (NUVAS), – Abteilung Controlling

Bericht 2017

Die Kontrollen der Krankengeschichten werden normalerweise vom betrieblichen Koordinator des NUVAS (Betriebsweite Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung) koordiniert. Am 1. Juni 2017 reichte Dr. Armanaschi seinen Rücktritt als betriebsweiter Koordinator des NUVAS ein und gemäß Beschluss D.G. Nr. 318/2017 vom 25. Juli 2017 sollte mittels internem Auswahlverfahren ein neuer Koordinator identifiziert werden. Trotz des Fehlens eines neuen Koordinators hat sich die NUVAS Gruppe bemüht, einen neuen Betriebsplan 2017 für die Kontrolle der Krankengeschichten in den oben definierten Gebieten zu entwickeln, ihn mit der Sanitätsdirektion abzustimmen, sowie den Vertrag mit der Firma, dem sich die NUVAS in den vergangenen Jahren zur Kontrolle der Leistungen der Krankenhausaufenthalte anvertraut hat, für die Jahre 2017-2019 zu erneuern. Im Juli 2017 wurde Frau Dr.in Montel provisorisch die NUVAS-Koordination übertragen. Es gelang ihr, den Kommunikationsfluss zwischen den NUVAS-Vertretern und der Firma durch Strukturanpassungen auf der NUVAS-Intranetseite zu optimieren. Die Ergebnisse der Überprüfungen der Krankengeschichten werden mittels Access-Masken erfasst, die von ausgearbeitet und auf die NUVAS-Intranetseite hochgeladen wurden. Die Masken des ersten Bimesters wurden am 29. Juli und am 17. August 2017 hochgeladen, die

Masken des zweiten Bimesters am 7. September, die Masken des dritten Bimesters am 27. September und die Masken des vierten Bimesters am 27. Dezember 2017. Am 1. Februar 2018 werden die letzten Masken zur Verfügung stehen, um die verbleibenden Überprüfungen der klinischen Dokumentation durchzuführen. Außerdem wurden abteilungsspezifische Reports über die Ergebnisse der Kontrolltätigkeit im Jahr 2016 ausgearbeitet und den NUVAS-Vertretern mit der Bitte übermittelt, sie an die Primare der verschiedenen Abteilungen weiterzuleiten.

Aus einer vorläufigen Bewertung geht hervor, dass laut Betriebsplan bisher 51% der Kontrollen in den öffentlichen Krankenhäusern und vertragsgebundenen Privatstrukturen durchgeführt wurden.

4.1.2. Abschluss der Krankengeschichte und des Krankenhausentlassungsbogens (KEB)

Um eine korrekte Übermittlung der Daten an das Ressort für Gesundheit zu gewährleisten und unter Berücksichtigung der notwendigen Zeiten für die interne Überprüfung und den Versand der kontrollierten Daten, muss die Schließung der Krankengeschichte und des Krankenhausentlassungsbogens grundsätzlich im Moment der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten erfolgen. In Ausnahmefällen kann die Krankengeschichte bis spätestens innerhalb 30 Tagen nach der Entlassung abgeschlossen werden.

Erwartetes Ergebnis

Die Krankengeschichte und der Krankenhausentlassungsbogen werden zeitgleich mit der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten abgeschlossen. In Ausnahmefällen kann die Krankengeschichte bis spätestens innerhalb 30 Tagen nach der Entlassung abgeschlossen werden.

Indikatoren

Schließung der Krankengeschichte und des Krankenhausentlassungsbogens innerhalb der von den diesbezüglichen Landesrichtlinien vorgesehenen Fristen.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion/NUVAS

Bericht 2017

Bezogen auf den Zeitraum von Jänner bis November 2017 zeigt sich im Krankenhaus Bozen eine pünktliche Schließung der KEB in 99,06 % der Fälle.

Im Krankenhaus Meran werden die KEBs in 96,8% der Fälle pünktlich abgeschlossen; zugleich gelten 3,2% der KEBs als nicht bestätigt oder von der Abteilung kodiert.

Im Gesundheitsbezirk Brixen wurden alle Krankengeschichten pünktlich abgeschlossen. Im Gesundheitsbezirk Bruneck wurden bisher 90% aller KEB pünktlich abgeschlossen.

4.1.3. Angemessenheit im pharmazeutischen Bereich

Medikamente aus biotechnologischer Herkunft sind von großer Bedeutung für die Behandlung von zahlreichen schweren Krankheiten und sie sind kostenintensiv. Deshalb stellt die Verwendung von Biosimilars, das sind Medikamente aus biotechnologischer Herkunft mit verfallenem Patent, eine Möglichkeit dar, um finanzielle Mittel für neue Therapien freizustellen. Auf der Basis der Berichte über die Angemessenheit der Verschreibungen, welche das Ressort für Gesundheit erstellt, sollten die territorialen ärztlichen Direktionen mit den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten im Territorium über die Angemessenheit der Verschreibungen diskutieren.

Erwartetes Ergebnis:

Vermehrte Verwendung von Biosimilars und Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf die Angemessenheit der Verschreibungen.

Indikatoren:

- Anzahl der DDD (definierte Tagesdosis) von Somatropin Biosimilar, welche über die direkte Medikamentenverteilung, im Namen des Sanitätsbetriebes, auf Konventionalem Weg und im Krankenhaus verteilt werden, in Bezug auf die Anzahl aller DDD der Medikamente, welche der Kategorie H01AC01-Somatropin angehören $\geq 20\%$
- Anzahl der DDD der Biosimilars der TNFa-Inhibitoren, welche über die direkte Medikamentenverteilung und im Krankenhaus verteilt werden, in Bezug auf die Anzahl aller DDD der Medikamente, welche der Kategorie L04AB TNFa-Inhibitoren und für die Biosimilars zur Verfügung stehen $\geq 30\%$

- Anzahl der DDD von A10AE-Insulin und Insulinanaloga, Injektionspräparate, lang wirkend mit dem höchsten Ankaufspreis in Bezug auf die Anzahl aller DDD von A10AE-Insulin und Insulinanaloga, Injektionspräparate, lang wirkend $\leq 20\%$
- Anzahl der organisierten Treffen des ärztlichen Dienstes für Basisedizin mit den Ärztinnen und Ärzten im territorialen Bereich, um die Dimension der angemessenen Verschreibung zu sensibilisieren.

Verantwortliche/r für das Verfahren:

Leiter/in des pharmazeutischen Dienstes im Krankenhaus und ärztliche Leiterinnen und Leiter des territorialen Bereiches

Bericht 2017

Die Verwendung von Somatropin Biosimilar ist auch im zweiten Jahr des 3-jährigen Zieles gestiegen. Im Zeitraum Jänner – Oktober 2017 betrug der Anteil der DDD Somatropin Biosimilar in Bezug auf alle DDD Somatropin 13,8%. Somit kann davon ausgegangen werden, dass am Ende des 3-jährigen Zieles (Dezember 2018) die Marke von 20% erreicht werden wird.

Das Ziel der TNF α Inhibitoren wurde auf Betriebsebene erreicht; der Anteil der DDD der Biosimilars von TNF α -Inhibitoren in Bezug auf alle DDD von TNF α -Inhibitoren für die Biosimilars zur Verfügung stehen lag im Jahr 2017 bei 51,7%, wobei es recht große Unterschiede zwischen den einzelnen Gesundheitsbezirken/Abteilungen gibt.

Die Verwendung des lang wirksamen Insulins mit dem höchsten Ankaufspreis nahm auch im Zeitraum Jänner bis Oktober 2017 zu. Da diese Zunahme etwas geringer ausfiel als in den vergangenen Jahren und die Gesamtanzahl aller DDD der langwirksamen Insuline um 7% zugenommen hat, wurde das Ziel knapp erreicht. Der Anteil der DDD des lang wirksamen Insulins mit dem höchsten Ankaufspreis in Bezug auf alle DDD dieser Arzneimittelklasse betrug im Zeitraum Jänner – Oktober 2017 20,1%.

4.1.4. Projekt «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy»

Im Jahre 2016 hat sich der Sanitätsbetrieb dem Projekt „Choosing Wisely“, welches von der Vereinigung "Slow Medicine Italia" gefördert wird, angeschlossen. Es handelt sich um ein Netzwerk von Expertinnen und Experten sowie Bürgerinnen und Bürgern, das eine angemessene und qualitative Versorgung zum Ziel hat und auf einen offenen Dialog und den Austausch von Informationen basiert, auch um die Sanitätskosten zu reduzieren. Die Erreichung dieses Zieles setzt eine angemessene Nutzung der verfügbaren Ressourcen voraus.

Es wurde beschlossen, verschiedene Arbeitsgruppen auf betrieblicher Ebene zu gründen, um die Effizienz der Gesundheitssysteme in Bezug auf die Angemessenheit der Verschreibungen zu überprüfen. Auf diese Weise versucht man die Gewohnheiten bei den nicht sehr wirksamen und nicht angemessenen Verschreibungen, welche für die Gesundheit der Patientin bzw. des Patienten nicht förderlich sind, zu ermitteln. Dieses Ziel wird progressiv erarbeitet, um innerhalb des Betriebes das Potenzial der Verbesserungen zu ermitteln, welches von der Diskussion der wissenschaftlichen Standards getragen wird.

An diesem Projekt nehmen das ärztliche Personal des Krankenhauses und des Territoriums sowie die Vertreter der Patientenvereinigungen teil. Eine wichtige Rolle nehmen die Vereinigungen als Multiplikatoren ein, um die Bevölkerung für einen gesunden Lebensstil und einen angemessenen Gebrauch der sanitären Leistungen zu sensibilisieren.

In Bezug auf die Verschreibungsangemessenheit im radiologischen Bereich wurden Kriterien für eine höhere Verschreibungsangemessenheit definiert, speziell für die MRT der lumbosakralen Wirbelsäule und des Knies.

In Südtirol werden durchschnittlich 65,66 Magnetresonanzen pro 1.000 Einwohner durchgeführt. Daher ist es angebracht, Regeln für die Verbesserung der Verschreibungsangemessenheit zu definieren. Diesbezüglich existieren 2 Empfehlungen der italienischen Radiologischen Vereinigung (SIRM), welche vom radiologischen Dienst auf betrieblicher Ebene unterstützt werden sollten. Die gesetzlichen Bestimmungen zu den RAO Kriterien sollten den Inhalt dieser Empfehlungen widerspiegeln. Die verschreibenden Fachärztinnen und -ärzte des Krankenhausbereiches und des Territoriums werden entsprechend geschult.

Erwartetes Ergebnis

Verbesserte Verschreibungsangemessenheit im Bereich der bildgebenden Diagnostik: (MR) der lumbosakralen Wirbelsäule und des Knies

Indikatoren

- Schulungen für die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses und des Territoriums (mindestens eine pro Gesundheitsbezirk)
- Ausarbeitung einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den betrieblichen radiologischen Diensten mit eventueller Aktualisierung der gesetzlichen Bestimmungen über die RAO-Kriterien; zeitgleich wird ein Bewertungsprotokoll, welches bei der Kontrolle der Verschreibungsangemessenheit angewendet wird, erarbeitet.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Nuvas

Bericht 2017

Auf Empfehlung der nationalen Vereinigung „Slow Medicine“ ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb dem internationalen Netzwerk „Choosing Wisely“ beigetreten. Im Laufe von 2017 wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

1. Um auf eine effiziente Kommunikationsstrategie zu setzen, die dem Bürger eine vertrauenswürdige und klare Information garantiert, wurde im April 2017 eine Absichtserklärung zwischen dem Sanitätsbetrieb, dem Dachverband für Soziales und Gesundheit und der Vereinigung „Slow Medicine“ unterzeichnet (Prot.Nr. 39024 vom 12.04.2017). Zu diesem Zweck findet Anfang 2018 eine Informationsveranstaltung für alle Bürgerinnen und Bürger mit dem Titel „Die Gesundheit und Dr. Google“ statt, um die Informationssuche im Web zu steuern und zu sensibilisieren sowie das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient zu stärken.
2. Um die Angemessenheit in der Verschreibung im Bereich Radiologie zu verbessern und bei der Verschreibung eine höhere Übereinstimmung mit den nationalen und internationalen Standards zu erzielen, hat die Abteilung Krankenhausbetreuung in Zusammenarbeit mit der Organisationsform mit verbindlicher Zusammenarbeit der Bilddiagnostik die Überarbeitung und Aktualisierung der RAO-Kriterien durchgeführt, und zwar auf der Grundlage des von der nationalen Arbeitsgruppe AGENAS genehmigten, technischen Dokuments. Darüber hinaus wurden spezifische Weiterbildungsveranstaltungen zu den neuen RAO-Kriterien durchgeführt, die sich an alle verschreibenden Ärzte sowohl im Krankenhaus als auch in der wohnortnahen Versorgung (Allgemeinmediziner und Pädiater der freien Wahl) richten, um bei der Verschreibung eine höhere Übereinstimmung mit den RAO-Kriterien zu erreichen. Die Weiterbildungsveranstaltungen werden im Jahr 2018 repliziert.
3. Es wurde ein Vorschlag für eine betriebliche Prozedur erarbeitet, in welcher die klinischen und organisatorischen Kriterien zur Angemessenheit bei der Annahme von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen festgelegt wurden, mit dem Ziel, den Zugang zu rationalisieren und einen betriebsweiten, einheitlichen diagnostisch-therapeutischen Pfad festzulegen sowie die Anzahl an potentiell unangemessenen stationären Aufenthalten zu reduzieren (DRG 243).

4.2. Klinische Angemessenheit

4.2.1. Clinical Decision Support System (CDSS)

Das Wissen im klinischen Bereich verdoppelt sich alle 3 Monate. Um die Fachleute bei der Verarbeitung dieser enormen Menge an neuen Informationen zu unterstützen, ist es notwendig, ein System für die klinische Entscheidungsfindung – Clinical Decision Support System (CDSS) einzuführen.

Erwartetes Ergebnis

Analyse und Einführung eines Systems zur Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung Clinical Decision Support System (CDSS)

Indikatoren

Analyse und Einführung innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, IT-Abteilung

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 wurde das Clinical Decision Support System im Südtiroler Sanitätsbetrieb eingeführt. Ab dem 3. Oktober 2017 wurde folgendes zur Verfügung gestellt:

- a) Eine eigenständige WEB-Applikation damit Ärzte und Apotheker Zugang zum CDSS haben um die medikamentöse Therapie auf sichere und wirksame Weise verwalten zu können. Diese

Applikation ist mittels PC, Tablet und Smartphone unter der Adresse <https://cdss.online/medidss> erreichbar.

- b) Eine separate WEB-Applikation für Patienten, die auf das CDSS zugreifen, um die Kompatibilität von Arzneimitteln hinsichtlich ihres klinischen Status und ihrer derzeitigen Therapie zu überprüfen. Diese Anwendung ist über PC, Tablet und Smartphone unter <https://cdss.online/patient> erreichbar
- c) Eine in die elektronische Krankenakte des Krankenhauses NGH von GPI integrierte Web-Applikation, damit Ärzte und Krankenschwestern auf das CDSS zuzugreifen können, um Vorschläge, Hinweise und Warnungen bezüglich des behandelten Patienten sowie Links zu wissenschaftlichen Nachweisen und zu Synthesen von über 1000 Richtlinien zu erhalten.

4.3. Angemessenheit im Bereich der Rehabilitation

4.3.1. Vereinheitlichung der Zuweisungsart und der Zuweisungskriterien für stationäre Patientinnen und Patienten

Die Einweisung von Patientinnen und Patienten in privat vertragsgebundene Strukturen, welche Leistungen für die postakute Rehabilitation und für die postakute Langzeitpflege erbringen, erfolgt in den einzelnen Gesundheitsbezirken derzeit nach unterschiedlichen Kriterien, damit verbunden ist die Gefahr einer unterschiedlichen Angemessenheit im Bereich der Organisation und der Verschreibungen. Es ist sinnvoll, eine Vereinheitlichung der Kriterien und der Einweisungsart auf Betriebsebene zu schaffen, um die Angemessenheit der sanitären Rehabilitationsleistungen für Patientinnen und Patienten zu garantieren, die sowohl in den öffentlichen als auch in den privat vertragsgebundene Einrichtungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes behandelt werden; dies gilt für die Aufnahmearten Neurorehabilitation, Code 75, postakute Rehabilitation, Code 56.00, und auch für die postakute Langzeitpflege Code 60.00.

Festlegung der Beurteilungskriterien durch die verantwortlichen Gremien für die Einweisung in die postakute Rehabilitation, in die postakute Langzeitpflege und in die Übergangsbetreuung.

Festlegung von Vereinbarungsprotokollen mit den Hausärztinnen und -ärzten und mit den niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten für die Verschreibung von ambulanten Rehabilitationsleistungen.

Erwartetes Ergebnis

Festlegung der betriebsweiten "Kriterien der Angemessenheit von stationären Aufnahmen im Bereich Rehabilitation und postakute Langzeitpflege";

es werden von Seiten der zuständigen Ärztinnen und Ärzte/Primarinnen und Primare Kriterien für die klinische, organisatorische und zeitliche Angemessenheit von Verschreibungen für sanitäre Leistungen für Rehabilitation und postakute Langzeitpflege definiert, sowohl für die öffentlichen Einrichtungen als auch für die privaten, mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb vertragsgebundene Einrichtungen (Code 56.00, 60.00 und 75).

Die Einhaltung der Kriterien wird auch entsprechend überprüft.

Indikatoren

Implementierung der Kriterien für die Angemessenheit der stationären Aufnahmen Code 56.00, 60.00 und 75, Verifizierung der Einhaltung der Kriterien.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – NUVAS – Leistungsabteilung

Bericht 2017

Die Betriebsprozedur Nr. 2702/16 wurde über die ärztlichen Direktionen der Krankenhäuser an alle Organisationseinheiten und über die ärztlichen Direktionen des Territoriums an alle Haus- und Kinderärzte versandt. Um die administrative Kontrolle zu erleichtern, wurden die zur Einweisung in die vertragsgebundenen Reha-Privatkliniken ermächtigten Fachärzte ernannt. Die Betriebsprozedur über die Angemessenheit der Reha-Aufenthalte wurde bei den meisten bisher kontrollierten Krankengeschichten berücksichtigt.

Wird der Zeitraum Jänner-Oktober zwischen den beiden Jahren 2017 und 2016 verglichen, scheint ein geringerer Bedarf nach Aufhalten im Kodex 56 (-206), ein höherer Bedarf nach Aufhalten im Kodex 60 (+111) und eine geringere Anzahl von Aufhalten im Kodex 75 (-56) auf.

Aus einer ersten Beurteilung der potenziellen klinischen Unangemessenheit mittels des Kriteriums Abstand vom Akutaufenthalt (0-30 Tage) ergibt sich ohne Angaben zur intraregionalen Mobilität im Jahr 2017 eine deutliche Verbesserung der Aufenthalte in der postakuten Langzeitpflege (+ 6 Punkte).

Bezogen auf die Privatkliniken, erhöht sich der Prozentsatz der postakuten Aufenthalte mit vorherigem Akutaufenthalt von 68% auf 77% (+ 9 Punkte). Bei den Aufenthalten im Kodex 56 und 75 gibt es minimale Veränderungen.

Allerdings gibt es in den Privatkliniken Schwierigkeiten bei der Überprüfung der Dauer der Reha-Therapie, die laut Richtlinien mindestens 3 Stunden täglich betragen sollte (anscheinend aufgrund der Unmöglichkeit der Dokumentation - „übermäßiger Bürokratismus“).

Die Wiederaufnahmen mit Wiederkehr innerhalb 0-1 Tagen sind bei Aufenthalten im Kodex 60 um 2,6% gestiegen. Beschränkt auf die Privatkliniken ist eine Zunahme von 3,6% zu verzeichnen (entspricht einer Differenz von +60 Fällen mit Verlegung aus Abt. mit Kodex 56).

Überraschenderweise gibt es weniger Wiederaufnahmen innerhalb 0-1 Tagen in den Abt. mit Kodex 56 und Kodex 75: jeweils -0,5% und -4,1%. Für die Verlegungen innerhalb 0-1 Tagen von einer Abteilung im Kodex 60 werden -40 Aufenthalte registriert, davon - 37 Aufenthalte in den Privatkliniken. Um die Lage besser einschätzen zu können, sollten auch die Wiederaufnahmen in den Abteilungen für postakute Rehabilitation innerhalb 0-10 Tagen überprüft werden, mit besonderem Augenmerk auf Verlegungen aus der postakuten Langzeitpflege.

Die Variabilität der Wiederaufnahmen im Reha-Bereich deutet auf eine gewisse Unsicherheit in der Einschätzung der akuten Erkrankung während der Verlegung in die Reha-Abteilung hin.

Meiner Meinung nach fehlt eine Festlegung der Beurteilungskriterien durch die verantwortlichen Gremien für die Einweisung in die postakute Rehabilitation, in die postakute Langzeitpflege und in die Übergangsbetreuung.

4.3.2. Angemessenheit der Organisation von Aufnahmen für die Implantation von Hüftprothesen

Der postoperative Verlauf beinhaltet unterschiedliche Verläufe. Zielsetzung ist es, den Patientinnen und Patienten baldmöglichst wieder einen normalen Tagesablauf zu ermöglichen.

Das Konzept der Chirurgie mit rascher Erholung (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) besteht in einem Ansatz, der es heute ermöglicht, diesen postoperativen Verlauf zu verbessern, mit einer rascheren Erholung und einer signifikanten Reduktion der Aufenthaltsdauer.

Die Abteilungen für Orthopädie und allgemeiner Chirurgie im Südtiroler Sanitätsbetrieb wenden das Konzept der raschen Erholung bei ausgewählten Patientinnen und Patienten an, die einer Hüftersatzoperation unterzogen werden, mit dem Ziel, die Auswirkungen des chirurgischen Eingriffes auf den Organismus zu minimieren und um die Patientin bzw. den Patienten baldmöglichst der eigenen Autonomie zuzuführen. Fundamentale Elemente sind die weniger häufige Anwendung von Drainagen, die gute Schmerzkontrolle nach der Operation, der frühzeitige Beginn der oralen Ernährung und die frühzeitige Mobilisation. Für die Realisierung ist die Einbindung eines multidisziplinären Teams notwendig, bestehend aus Orthopäden, Anästhesisten, Krankenpflegern, Rehabilitationsärzten, Physiotherapeuten und Diätassistenten. Die Vorteile bestehen in der Verringerung der postoperativen Morbidität und der postoperativen Aufenthaltsdauer.

Erwartetes Ergebnis

Reduzierung der Rehabilitationszeiten durch Implementierung des Konzeptes der Chirurgie mit rascher Erholung (Enhanced recovery after surgery – ERAS) mit der Zielsetzung, die Auswirkungen des chirurgischen Eingriffes auf den Organismus zu minimieren und die Patientin bzw. den Patienten baldmöglichst der eigenen Autonomie zuzuführen.

Indikatoren

- Ausarbeitung und Umsetzung einer Prozedur, welche die klinischen Einschlusskriterien von Patientinnen und Patienten für die "Rapid recovery after surgery" festlegt, welche der Implantation einer Hüftprothese unterzogen werden.
- Erstellung eines Berichtes über die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die nach dem Konzept der raschen postoperativen Erholung behandelt worden sind und Überprüfung der Gesamtergebnisse.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Im Krankenhaus Bruneck ist die Idee entstanden, sich an die ERAS-Strategien (Enhanced Recovery After Surgery) anzulehnen und das Thema durch die Ernennung einer multidisziplinären Arbeitsgruppe zu vertiefen. Nach den ersten Treffen hat es sich als notwendig erwiesen, Informationen über die Gold

Standards (z.B. in spezialisierten Kliniken oder Zentren) einzuholen, um diese dann an die lokalen Gegebenheiten und Möglichkeiten anzupassen und in unseren Strukturen anzuwenden.

Um die Einführung von ERAS zu erleichtern und Synergien zu schaffen hat jedes Mitglied der Arbeitsgruppe für seinen Zuständigkeitsbereich den aktuellen Stand zur EBM erhoben, um ihn in Zusammenarbeit mit ähnlichen Abteilungen an die vorhandenen Möglichkeiten und Ressourcen anzupassen.

Einige Vertreter der verschiedenen Gruppen haben auch ein Exzellenzzentrum besucht, das mit ERAS arbeitet, um vor Ort Einblick in diese Vorgehensweise zu erhalten und eine Zusammenarbeit mit anderen Zentren mit gleichartiger Ausrichtung aufzubauen.

Es wurde eine Informationsbroschüre für Patienten ausgearbeitet und durch Vereinfachung der Informationsflüsse im OP-Saal und im Bereich Rehabilitation die Basis für die informatische Unterstützung geschaffen.

Eine der Hauptaufgaben war sicherlich, einen Konsens zwischen den beteiligten Kollegen zu finden, um ERAS als Basis einer modernen präoperativen Vorbereitung, von Patient Blood Management und Schmerztherapie, Wundmanagement, präoperativer Patientenschulung, chirurgische Effizienz, Führung der Abteilung nach EBM, intensivierter Physio-Kinesiotherapie einzuführen.

Die Erarbeitung von EBM-basierten Behandlungsprotokollen, die vorab von der zuständigen Fachgruppe und dann vom gesamten Team verabschiedet werden müssen, war vielleicht die größte Schwierigkeit, die die Fortführung des Projektes stark verlangsamt hat und bis heute eine vollständige Umsetzung nicht erlaubt. Nichtsdestotrotz wurden mehrere Patienten entsprechend behandelt und konnten von unserer Erfahrung profitieren, auch wenn nicht alle Protokolle vollständig angewandt werden konnten. Bereits mit diesen ersten Erfahrungen war es möglich, als nach ERAS-Kriterien geeignete Patienten am Tag des chirurgischen Eingriffs aufzunehmen und bei Erreichen der Entlassungskriterien (nach Benchmark) am vierten Tag zu entlassen, um die Physiotherapie ambulant weiterzuführen. Dadurch konnte die Transfusionsrate auf Null gesenkt, das Schmerzmanagement optimal gestaltet und eine hohe Patientenzufriedenheit erreicht werden.

4.3.3. Einführung der ICF (International Classification, of Functioning, Disability and Health)

Die Einführung der ICF (International Classification, of Functioning, Disability and Health) als validiertes multiprofessionelles Bezugssystem mit dem Ziel der Verbesserung der Ausrichtung der Patientin bzw. des Patienten anhand der Dokumentation des Rehabilitationsprozesses, durch Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Einheit und der Lebensbedingungen der betreuten Person, die in den Rehabilitationsabteilungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes behandelt wird.

Erwartetes Ergebnis

Realisierung des Projektplans 2017-2018 in Berücksichtigung der vorgesehenen Projektphasen

Indikatoren

- Innerhalb 31.12.2016 verfügt jede Rehabilitationsabteilung über 5 ICF-Verantwortliche (1 Arzt, 1 KrankenpflegerIn, 1 Physiotherapeut, 1 Ergotherapeut, 1 Logopädin)
- Innerhalb 31.12.2017 sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 5 Rehabilitationsabteilungen für den Gebrauch der ICF ausgebildet
- Innerhalb 31.12.2017 hat die multiprofessionelle Umsetzung der ICF begonnen mit der Kommunikation und der Dokumentation
- Innerhalb 30.06.2018 hat die multiprofessionelle Umsetzung der ICF begonnen mit der Verfassung der Berichte
- Innerhalb 31.12.2018 hat die multiprofessionelle Umsetzung des Prozesses der Definition der Ziele und des Qualitätsmanagements begonnen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Primarinnen und Primare sowie Koordinatorinnen und Koordinatoren der 5 Rehabilitationsabteilungen im Südtiroler Sanitätsbetrieb (Bozen, Meran, Brixen, Bruneck und Sterzing) mit Unterstützung der internen und externen Koordinatorinnen und Koordinatoren des Projektes

Bericht 2017

In allen fünf Rehabilitationsabteilungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes wurden 5 ICF-Verantwortliche ernannt. Die Verantwortlichen-ICF haben ein zweisprachiges Handbuch ICF erstellt. Ein Schulungskonzept wurde ausgearbeitet und allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen vorgestellt. Im Dezember 2017 hat in allen Abteilungen die multiprofessionelle Umsetzung des ICF begonnen.

4.3.4. Projekt Switch

Aufgrund von unsachgemäßer Nutzung der angebotenen Dienste wird das Rehabilitationsdepartment durch lange Wartelisten belastet. Tatsächlich leidet eine beträchtliche Anzahl von überwiesenen Patientinnen und Patienten an Krankheiten, welche auf einen trägen Lebensstil zurückzuführen sind. Dabei sollten diese Patienten vom behandelnden Arzt mittels Verschreibung zu körperlicher Aktivität angehalten werden.

Somit könnte das Rehabilitationsdepartment seine begrenzten, aber hoch qualifizierten Ressourcen auf spezifischen Krankheiten während der post-akuten Phase konzentrieren und chronische stabile Patientinnen und Patienten zu akkreditierten externen Einrichtungen überweisen.

Ziel des Projekts ist es daher, die Wartelisten des Rehabilitationsdepartments mittels Aufbau von 2 parallelen Pfaden abzukürzen:

1. AFA (ärztlich verschriebene körperliche Übungseinheiten) unspezifisch: gilt für Patientinnen und Patienten, die an Krankheiten leiden, die auf einen trägen Lebensstil zurückzuführen sind. Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin (ÄAM) überweisen solche Patientinnen und Patienten mittels weißem Rezept an akkreditierte Einrichtungen, die körperliche Aktivität anbieten.
2. AFA (ärztlich verschriebene körperliche Übungseinheiten) spezifisch: gilt für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen, die an Herz-Kreislaufkrankungen, orthopädischen, rheumatologischen, nephrologischen, neurologischen bzw. osteoartikulären Krankheiten in einer stabilen chronischen Phase leiden.

Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Logopädinnen und Logopäden überweisen die Patientinnen und Patienten an externe akkreditierte Einrichtungen, welche spezifische körperliche Aktivität für diesen Pathologiegrad bieten.

Erwartetes Ergebnis

Für 2017

1. Das Organisationsmodell ausarbeiten, welches den Verlauf der Pfade AFA spezifisch und AFA unspezifisch definiert
2. AFA spezifisch: bei eventueller Ermangelung der Internet-Plattform des Landes über die Bewegungsangebote die Finanzierung absichern, welche für den Informationsfluss von der Zuweisung bis zur Rückmeldung (Arzt – externe Einrichtung - Arzt) notwendig ist, sowie die Quantifizierung des Patientenflusses pro Jahr gewährleisten.
3. Definition und Ernennung einer Evaluierungskommission über die Voraussetzungen der externen akkreditierten Einrichtungen.
4. Information und Sensibilisierung der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner (Fortbildung in Zusammenarbeit mit SÜGAM) (AFA-unspezifisch).
5. Das Krankenhauspersonal des spezifischen Bereiches über das Prozedere informieren (AFA spezifisch)
6. Das Krankenhauspersonal über die 2 Pfade AFA spezifisch und AFA unspezifisch informieren.
7. Informationskampagnen für die privaten Partner/Einrichtungen.
8. Informationskampagnen für die Bevölkerung.

Für 2018-19

Implementierung der Projektteilnahme und Konsolidierung der Pfade AFA spezifisch und unspezifisch.

Indikatoren

Für 2017: Erreichung der oben genannten Punkte

Reduktion der Wartelisten des Rehabilitationsdepartments im Jahr 2018 und 2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Department für Gesundheitsvorsorge.

Bericht 2017

Ad Punkt 1. Das Organisationsmodell wurde für AFA spezifisch ist abgeschlossen. Das Organisationsmodell von AFA unspezifisch ist vom Amt für Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit vollständig entwickelt worden und verläuft parallel aber separat von AFA spezifisch. Um die Trennung der zwei Projekte noch deutlicher zu machen, wurde AFA spezifisch als AFA und AFA unspezifisch als BEREZ (Bewegung auf Rezept) umbenannt.

Ad Punkt 2. Die Internetplattform der Provinz ist derzeit nicht aktiv, der Dokumentenverkehr zwischen Facharzt und externe Einrichtung sollte von einer Koordinationsstelle verwaltet werden. Diese koordinationsstelle sollte ebenfalls die Liste der Anbieter regelmäßig aktualisieren und diese Liste in einer Webseite des Departments für Gesundheitsvorsorge veröffentlichen. Dafür wurde seitens der

Arbeitsgruppe SWITCH an einer Verwaltungsassistentin im Rahmen der Koordinationsstelle gedacht. Jedoch wurden bisher keine zusätzlichen Personal Ressourcen für das Projekt eingeteilt.

Ad Punkt 3: die Kommission wurde in der betriebsinternen Prozedur definiert, Diese muss jedoch noch genehmigt werden.

Ad Punkt 4: das Projekt AFA unspezifisch wird vom Performance Plan des Sanitätsbetriebes gestrichen, da es im Kompetenzbereich der Provinz liegt.

Ad Punkt 4 (ex 5) und 5 (ex 6). Die Erreichung dieser Punkte wird auf 2018 verschoben.

Ad Punkt 6 (ex 7): derzeit noch nicht erreicht, jedoch wurden die möglichen Interessenten (externe Partner) per Mail kontaktiert und diese haben einen Fragebogen mit verschiedenen Angaben über die Art der sportlichen Tätigkeit, Zielgruppe etc. ausgefüllt.

Ad Punkt 7 (ex 8): die Informationskampagne der Bevölkerung wurde nicht gemacht und wird auf 2018 verschoben.

Das Starten vom Projekt AFA auf Landesebene wird von der Finanzierung von Personalressourcen (1 Sportmediziner, 4 Physiotherapeuten, 1 Verwaltungsassistentin) abhängig sein. Dieses Personal wird in der Überwachung von Kursen und Patienten sowie in der Erfassung von Informationsflüssen und Statistiken des Projektes verwendet werden. Es bleibt der Arbeitsgruppe SWITCH nur die Möglichkeit, ein Pilotprojekt begrenzt nur auf den Gesundheitsbezirk Bozen für das Jahr 2018 zu führen, der mit den derzeit bestehenden Ressourcen zu gestalten sei.

4.3.5. Projekt für die Einrichtung eines Bezugszentrums für die Prothesenversorgung

Gründung eines betrieblichen Prothesenzentrums an der Abteilung für Rehabilitation im Krankenhaus Bozen für die Betreuung von amputierten Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Südtirol.

Betreuung von Patientinnen und Patienten, welche an den oberen und an den unteren Extremitäten amputiert sind, mit Wohnsitz in Südtirol

Erwartetes Ergebnis

2017: Definition der Finanzierung, Zuteilung des Personals, Verschreibungen über das Bezugszentrum, Vereinbarungen mit den Orthopädietechnikern, externe Fachberatung

2018: Versorgung der Patientinnen und Patienten des Gesundheitsbezirkes Bozen

2019: 1. Semester Versorgung der Patientinnen und Patienten des Gesundheitsbezirkes Meran; 2.

Semester: Versorgung der Patientinnen und Patienten der Bezirke Brixen und Bruneck

Indikatoren

- Bildung eines betriebsweiten Bezugszentrums für Prothesenversorgung
- Schrittweise Betreuung der Patientinnen und Patienten

Verantwortliche/r für das Verfahren

Rehabilitationsdienst im Gesundheitsbezirk Bozen

Bericht 2017

Für die Einrichtung des Bezugszentrums für Prothesenversorgung im Krankenhaus Bozen konnte noch kein Arzt gefunden werden, die Bemühungen einen zusätzlichen Arzt zu finden laufen auf Hochtouren.

Die Stelle für einen zusätzlichen Physiotherapeuten ist geschaffen worden, derzeit läuft das Einstellungsverfahren.

Sobald ein Arzt/Ärztin und ein Physiotherapeut/eine Physiotherapeutin eingestellt sind, werden diese eine spezifische Ausbildung absolvieren: Hospitation in Italien, Österreich oder Deutschland sowie die Teilnahme an speziellen Kursen und Tagungen. Für die Betreuung von Patienten mit Amputationen ist die Zuweisung von 2 Betten, Kodex 56.00 innerhalb der Abteilung für Neurorehabilitation und postakute Rehabilitation vorgesehen. Man ist dabei, auch dafür die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen.

4.3.6. Analyse der Leistungsprofile der im Rehabilitationsdienst tätigen Berufsgruppen

Alle ambulanten Leistungen, welche von den Berufsgruppen im Rehabilitationsbereich, also von Physiotherapeuten/innen, Logopäden/innen, Ergotherapeuten/innen, Ortoptiker/innen usw. (Klasse L/SNT2) angeboten werden, sind laut den Bestimmungen zur Kostenbeteiligung der Bürgerinnen und Bürger an den Gesundheitsausgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst in der „Landestarifverzeichnisses der ambulanten Fachleistungen“ aufgelistet, gleich wie alle anderen fachspezifischen Leistungen.

Die Beschreibung der kodierten angebotenen Leistungen kann manchmal zu wenig ausführlich und missverständlich sein, weshalb die Pflegedirektion eine Analyse angeregt hat: Die von den Berufsgruppen in der Rehabilitation angebotenen und an den einheitlichen Mindestbetreuungsstandards "LEA" ausgerichteten Leistungen sollen analysiert und in einem Dokument eindeutig und detailliert beschrieben werden. Konkret sollen aus der Beschreibung Makrobereich, Pathologie/Befund/Klinische Diagnose, Dysfunktion/Schädigung/Leitsymptom, Zielbereich und Art der Aktivitäten ersichtlich sein, wobei zu differenzieren ist zwischen Leistungsempfängern im Entwicklungsalter und Leistungsempfängern im Erwachsenenalter. Der Bezug zur entsprechenden kodierten Leistung im Landestarifverzeichnis soll erkenntlich sein, sodass gegenüber den Stakeholdern größtmögliche Transparenz gewährleistet werden kann.

Zu diesem Zweck:

- ist im Jahr 2015 ein erstes Dokument bezüglich der Tätigkeit der Physiotherapeuten/innen erarbeitet worden: „Fachspezifische Tätigkeiten des/der Physiotherapeuten/in“ (ID: 123/2016);
- 2016 ist ein zweites Dokument bezüglich der Tätigkeit der Logopäden/innen erarbeitet worden: „Fachspezifische Tätigkeiten des/der Logopäden/in“ (ID: 2598/2016);
- für 2017 ist die Beschreibung der Tätigkeiten der Ergotherapeuten/innen geplant;
- 2018 sollte ein entsprechendes Dokument für die Tätigkeiten der Ortoptiker/innen-Ophthalmologie-Assistentinnen erarbeitet werden;
- 2019 schließlich soll die Tätigkeit der Therapeuten des neurologischen und psychomotorischen Entwicklungsalters in einem Dokument beschrieben werden.

Für die Erarbeitung der genannten Beschreibungen werden Arbeitsgruppen gegründet, zusammengesetzt aus Bezugspersonen aus verschiedenen Diensten der 4 Gesundheitsbezirke, welche den Auftrag haben, die Entwicklung des jeweiligen Dokumentes laufend mit den eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu besprechen, um den größtmöglichen Konsens zu erreichen.

Erwartetes Ergebnis

- Ausarbeitung von betriebsweit gültigen Dokumenten, in welchen die fachspezifischen Tätigkeiten einiger Berufsgruppen in der Rehabilitation (Klasse L/SNT2) beschrieben sind.

Indikatoren

- innerhalb 31.12.2017 liegt das Dokument "fachspezifische Tätigkeiten der Ergotherapeuten/innen" vor
- innerhalb 31.12.2018 liegt das Dokument "fachspezifische Tätigkeiten der Ortoptiker/innen-Assistenten/innen der Ophthalmologie" vor
- innerhalb 31.12.2019 liegt das Dokument "fachspezifische Tätigkeiten der Therapeuten/innen des neurologischen und psychomotorischen Entwicklungsalters" vor.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Die verantwortliche Dienstleiterin für das nicht-ärztliche Sanitätspersonal des betrieblichen, funktionellen, transmurales Departments für Physische Rehabilitation.

Bericht 2017

Zur Verfolgung des Ziels wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus 16 Ergotherapeuten (5 von Bozen, 4 von Meran, 4 von Brixen und 3 von Bruneck) gebildet, die von den jeweiligen Koordinatoren der Dienste des Sanitätsbetriebes delegiert wurden, in denen diese Berufskategorie tätig ist. Im Laufe des Jahres wurden sieben Sitzungen abgehalten, die Anwesenheitsrate lag dabei zwischen 88,2% und 100%.

Der Ausarbeitungsprozess des Dokumentes sah die Präsentation des Entwicklungsstandes der Arbeit von Seiten der AG-Mitglieder an ihre Koordinatoren und Kollegen vor. Das dabei gesammelte Feedback und/oder die getätigten Abänderungsvorschläge, wurden in der darauffolgenden Sitzung mitgeteilt, um die eventuelle Umsetzung derselben zu diskutieren.

Das entwickelte zweisprachige Dokument "Attività specifico-professionali del Terapista Occupazionale / Berufsspezifische Aktivitäten der Ergotherapeuten/innen" wurde von der Pflegedirektorin genehmigt und anschließend von der Qualitätsstabstelle, unter der Nummer ID 2540/17 gelenkt und am 14.12.2017 im Portal für Qualitätsinstrumente veröffentlicht.

Es war eine gut strukturierte Arbeit, mit vielen Diskussionen und aktiven Vergleichen. Abgesehen davon, dass diese Arbeit sehr gewinnbringend war (*das Dokument ist zweifellos vollständig und erschöpfend*), wurde sicherlich auch die professionelle Zusammenarbeit der Ergotherapeuten, die unseren Betrieb vertreten, sowie das Teilen einer vereinbarten gemeinsamen Sprache verstärkt. Jetzt wird es das gemeinsame Ziel sein, die Umsetzung dieses Dokumentes in der täglichen klinischen Praxis aller Ergotherapeuten des Südtiroler Sanitätsbetriebes zu fördern.

4.4. Retrospektives und prospektives Risk-Assessment und kontinuierliche Verbesserung

4.4.1. Anonyme Meldungen von kritischen Ereignissen

Laut der 1991 veröffentlichten Harvard Medical Practice Study traten bei 3,7 % der Patientinnen und Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes unerwünschte Ereignisse auf, wobei 58% davon als vermeidbar eingestuft wurden. Aus dem Report „To err is human“ des Institute of Medicine aus dem Jahr 2000 geht hervor, dass in amerikanischen Krankenhäusern 44 000-98 000 Todesfälle pro Jahr auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückzuführen sind. Aktuelle Studien bestätigen, dass vermeidbare medizinische Fehler die dritthäufigste Todesursache in den USA darstellen (Makary et al, 2016).

Patientensicherheit ist ein für das Gesundheitssystem wesentliches Qualitätsziel. Die WHO hat sich der Themen Patientensicherheit und Berichtssysteme angenommen und entsprechende Empfehlungen verabschiedet. Gut etablierte, nicht-bestrafende Berichtssysteme sind ein fundamentaler Baustein, um Risiken zu vermindern. Ein Risiko ist jedes aus der Sicht eines meldenden Mitarbeiters zukünftig zu vermeidendes Ereignis, welches eine Vorstufe zu Fehlern darstellen kann. Fehlervermeidung setzt die Erkenntnis von Risiken voraus, die zu Fehlern führen können.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb verfügt über komplexe Strukturen, in denen viele unterschiedliche Berufsgruppen an der Behandlung der Patientinnen und Patienten mitwirken. Um eine gute Betreuungsqualität zu erzielen, müssen die Arbeitsabläufe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Fachkräfte zielführend organisiert und koordiniert sein.

Hierfür sollen mögliche Schwachstellen im System frühzeitig erkannt werden. Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) sind freiwillige Berichtssysteme, die eigens zu diesem Zweck entwickelt wurden. Sie ermöglichen es, ein umfassendes Bild der eigenen Struktur zu zeichnen.

Erwartetes Ergebnis

Im Triennium 2017-2019 ist eine progressive Einführung des Critical Incident Reporting Systems, durch ein Pilotprojekt auf einigen Abteilungen/Dienste, gefolgt von einer Rollout-Phase, vorgesehen. Ernennung einer multidisziplinären Gruppe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche für die Analyse und Verwaltung der Meldungen beauftragt ist.

Die Schulung von abteilungsinternen Multiplikatoren, mit dem Ziel die Meldung von kritischen Ereignissen zu fördern, Verbesserungsmaßnahmen zu definieren sowie deren Umsetzung zur Erhöhung der Patientensicherheit zu unterstützen.

Indikatoren

Definition von betriebsweiten Meldekreisen

Ernennung und Beauftragung von einer multiprofessionellen Gruppe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche sich mit der Analyse der Meldungen und die Formulierung von Verbesserungsmaßnahmen befasst.

Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen auf betrieblicher sowie Abteilungsebene.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle Qualität Generaldirektion mit der betriebsweiten Arbeitsgruppe "Klinisches Riskmanagement".

Bericht 2017

Pilotprojekt 2017: Die betriebsweiten Meldekreise wurden definiert.

Nach der Vorstellung und Genehmigung des Projektes auf Betriebsdirektionsebene, wurde dieses den Bezirksdirektoren/Innen, den Primären/Innen und Koordinatoren/Innen in den Chefarzt- und Koordinatorensitzungen, den Verantwortlichen der Abteilungen und Dienste, der für die Pilotierung definierten Meldekreisen (MK) von der Projektkerngruppe planmäßig vorgestellt.

Das CIRS-Analyseteam wurde gegründet und besteht aus:

zwei Gesamtverantwortliche CIRS auf Betriebsdirektionsebene und

acht ärztliche Meldekreisverantwortlichen (MKV) in den sieben Krankenhäusern (ein Arzt/Ärztin pro Krankenhaus – zwei für Bozen), welche in Zusammenarbeit mit den Qualitätsreferenten/Innen der vier Gesundheitsbezirke die eingehenden anonymen Meldungen bearbeiten, sowie Verbesserungsmaßnahmen aufgrund der Ursachenanalyse formulieren werden.

Das gesamte CIRS Analyseteam hat eine zweitägige Schulung im Oktober 2017 absolviert.

Die Ernennung und Schulung von abteilungsinternen Multiplikatoren (den sog. CIRS-Beauftragten) für die zwei Pilotmeldekreise, mit dem Ziel die Meldung von kritischen Ereignissen abteilungsintern zu

fördern, Verbesserungsmaßnahmen zu definieren sowie deren Umsetzung zur Erhöhung der Patientensicherheit zu unterstützen, wurde planmäßig durchgeführt. Die Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen auf betrieblicher sowie Abteilungsebene wird im Laufe des Projekttrienniums beginnen.

5. Prävention

5.1. Screening

5.1.1. Gründung eines sanitätsbetrieblichen Screenings zur Früherkennung der kongenitalen Sehbeeinträchtigungen

Die Zielsetzung 2017 sieht die Ausarbeitung eines von der Sanitätsdirektion vorgegebenen Screeningprogramms zur Früherkennung von kongenitalen Sehstörungen vor. Die Aktivierung des Screenings erfolgt nach einem Modell, das aus 3 verschiedenen, miteinander verknüpften, Kompetenzebenen besteht.

Demnach wird die erste Kompetenzebene der Pädiatrie/Neonatologie des jeweiligen Geburtenstandortes zugewiesen. Hier wird der Fundusreflextest (red fundus reflex) von den Kinderärztinnen und -ärzten durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung ist die Mitarbeit des Augenarztes (der Ambulanzen oder der Abteilungen) erforderlich, da er die Aufgabe hat, als augenärztlicher Konsultent zu fungieren und mit den Kinderärztinnen und -ärzten/Neonatologinnen und Neonatologen der Geburtsstationen zusammenzuarbeiten. Im Falle eines zweifelhaften Fundusreflexes wird der Augenarzt involviert, somit wird vermieden, dass negative Fundusreflexbefunde an das Referenzzentrum überwiesen werden.

Die zweite Kompetenzebene ist das Referenzzentrum "pädiatrische Ophthalmologie". Das dafür von der Sanitätsdirektion beauftragte Zentrum ist die Augenabteilung am Krankenhaus Bozen. Seine Aufgabe ist es, die positiven, zugewiesenen Fundustests der Neugeborenen zu untersuchen sowie Diagnose, follow-up und Therapiemaßnahmen einzuleiten. Weiterhin ist es seine Aufgabe, die Neugeborenen, die spezifische medizinische oder chirurgische Eingriffe benötigen, eventuell an hochspezialisierte Referenzzentren der dritten Kompetenzebene zu überweisen.

Ziel für 2017 ist die Erweiterung des ophthalmologischen Screenings in allen Geburtenstandorten und die Kontrolle über die Einhaltung des Screenings im Laufe des Jahres.

Erwartetes Ergebnis

- Ausführung des augenärztlichen Screenings in allen Geburtenstationen. Verwendung eines einheitlichen sanitätsbetrieblichen Formulars, welches erarbeitet wird und bis Ende 2016 für alle Primarinnen und Primare der Pädiatrie verfügbar ist.
- Einrichtung eines Registers als Kartei oder digital, in dem die ausgefüllten Formulare beigelegt und aufbewahrt werden.
- Dreimonatliche Berichterstattung über die Einhaltung des Screenings von Seiten der Primarinnen und Primare jeder Geburtenstation.
- Ausarbeitung von einheitlichen, auf Landesebene basierenden Leitlinien, die die Modalität der Ausführung des Screenings kontrollieren und die Zugangskriterien zur Überweisung an das nächste Kompetenzzentrum definieren (PDTA-Ablauf).

Indikatoren

- Systematische Verwendung des sanitätsbetrieblichen Formulars für das Screening
- Einführung eines Screening-Registers in den pädiatrischen Abteilungen
- Dreimonatige Berichterstattung durch die Primarinnen und Primare aller pädiatrischen Abteilungen über den Anteil der erfolgten Screenings im Verhältnis zur Gesamtzahl der Geburten, sowie über den Anteil von augenärztlichen Konsiliarvisiten (vom lokalen Krankenhaus-Augenarzt durchgeführt) bei fraglichem Fundusreflex
- PDTA Dokument, das den oben beschriebenen Ablauf belegt.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Primar der Augenabteilung Krankenhaus Bozen

Bericht 2017

Das ophthalmologische Screening des roten Reflexes des Augenhintergrunds wurde in allen Geburtsorten durchgeführt, wobei ein einheitliches Unternehmensmodul zum Neugeborenen-Screening

verwendet wurde, das den Primärärzten aller pädiatrischen Abteilungen bis Ende 2017 zur Verfügung gestellt wurde.

Während man auf die Bereitstellung einer dedizierten Software für das angeborene Sehkräftscreening gewartet hat, wurde in allen Geburtsorten ein Papierregister eingerichtet, das eine Kopie des ausgefüllten Screening-Formulars enthalten muss.

Alle Geburtspunkte haben einen vierteljährlichen Bericht erarbeitet und an den Screening Koordinator gesandt. Der Bericht zeigt: den prozentualen Anteil des Screenings des Fundus an der Gesamtzahl der Geburten, die Anzahl der positiven Screening-Untersuchungen, die an die Beurteilung des örtlichen Augenarztes gesendet wurden, mit dem relativen Ergebnis der Auswertung. Da der Prozentsatz der Einhaltung des Rot-Reflex-Screenings an allen Geburtsorten konstant über 95% (endgültiges ministerielles Ziel) geblieben ist, hat der Koordinator beschlossen, im Laufe des Jahres 2018 nur zwei halbjährliche Umfragen durchzuführen.

In der ersten Hälfte des Jahres 2017 wurde ein einzelner provinzieller Ablauf entwickelt, der die Verfahren für die Durchführung von Screenings definiert. Das Dokument legt auch die Kriterien für den Zugang zur Therapie und Follow-up im Referenzzentrum der Provinz Bozen für positiv getestete Kinder fest. Das Dokument wurde in der zweiten Jahreshälfte 2017 von der Abteilung Qualität entwickelt und ist jetzt verfügbar.

Im Dezember 2017 fand ein Treffen mit pädiatrischen Vertretern aller Geburtsorte zum Thema "Red-Reflex-Durchführung bei Neugeborenen" statt. Neue Initiativen sind für das Jahr 2018 für die Optimierung der in diesem Screening betroffenen Prozesse vorgesehen.

5.1.2. Anpassung der unterschiedlichen Software für das Screening für das Kolon-Rektum

Wie vom Landespräventionsplan vorgesehen, ist eine Anpassung der unterschiedlichen Software in den Gesundheitsbezirken für das Kolon-Rektum Screening vorzusehen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Vereinheitlichung der Software der peripheren Standorte an die in Bozen benutzte Software, die mit allen für die Datenerhebung der 2. Screeningstufe und der Nachsorge notwendigen Informationen implementiert wird, vorrangig. Zusätzlich ist das vollständige Ausfüllen der Daten der Stufe II des Screenings und die trimestrale Versendung der Daten vorgesehen. Die Kontrolle der Datenqualität (Bewertung falsch positiver Proben) des Screenings ist eine der Tätigkeiten, die im Dreijahreszeitraum aufgebaut werden soll.

Ebenfalls angestrebt wird die Erhöhung der Teilnahme an der ersten Screeningstufe der Target-Bevölkerung durch die Planung einer neuen Informationskampagne über Plakate, Informationsbroschüren und Beteiligung der Medien, Treffen zwischen den Verantwortlichen für das Screening, den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Organisation einer wissenschaftlichen Tagung.

Erwartetes Ergebnis

- Anpassung der unterschiedlichen Software für das Kolon-Rektum
- Erhöhung der Teilnahme an der ersten Screeningstufe

Indikatoren

- Erhöhung der Teilnahmequote an der ersten Screeningstufe gemessen auf einem Mehrjahreszeitraum (2017-2018)
- Integrierte Software 2017: Analyse und Auswahl der betriebsweiten SW

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Tumorregister

Bericht 2017

Mit der klinischen Verantwortlichen des Kolon-Rektum-Screenings sind im Laufe des Jahres 2017 Strategien zur Information über das Screening vorgenommen worden, welche innerhalb Ende 2018 umgesetzt werden. Die Daten zur Teilnahme am Screening können ab April 2018 ausgearbeitet werden, um das „follow up“ der in den letzten Monaten des Jahres 2017 eingeladenen Bürger zu ermöglichen.

Die Software für das Kolon-Rektum-Screening war/ist schon einheitlich.

Für die Erfassung der Befunddaten werden unterschiedliche Softwareprogramme verwendet.

5.1.3. Diabetes Typ 2 Screening für die Bevölkerung, die in Südtirol wohnhaft ist

Die Anzahl der Menschen mit Diabetes steigt dermaßen konstant, dass die großen internationalen Organisationen (WHO, UNO) von einer Epidemie sprechen. In Italien gibt es aktuell circa 3 Millionen Menschen mit Diabetes. Dies sind insgesamt 5,5% der gesamten Bevölkerung und dies stellt eine Steigerung von 60% im Laufe der letzten 20 Jahre dar.

Die Dunkelziffer ist jedoch höher, da einer von 2-3 Menschen mit Diabetes nichts von seiner Erkrankung weiß. Dies würde eine Erhöhung der bereits bekannten Ziffer von 30-60 % bedeuten und ein reelles Bild der Verbreitung der Krankheit darstellen. Schätzungen auf staatlicher Ebene haben ergeben, dass die Kosten für einen Patienten mit Diabetes bei circa 3.000 €/Jahr und die gesamten Kosten bei 9% des Haushaltes des staatlichen Gesundheitsdienstes liegen (staatliche Diabetes-Kommission).

Auch die Südtiroler Bevölkerung folgt diesem Trend (im Jahr 2014 wurden 20.479 Menschen mit dieser Pathologie betreut), wobei drei Viertel der Personen mit Diabetes Typ 2 zudem an Herzkreislauferkrankungen, zwei Drittel an Bluthochdruck und ein Drittel an Dyslipidämien leiden. Die Früherkennung von Diabetes ist von grundlegender Wichtigkeit, da dadurch eine angemessene Behandlung vorgenommen und das Auftreten von Komplikationen verhindert werden kann.

Unter den verschiedenen Methoden zur Frühdiagnose in der Bevölkerung hat die italienische Diabetesgesellschaft und der Verband italienischer Diabetesärzte die internationalen Hinweise aufgegriffen und dabei auch die Ergebnisse verschiedener Projekte berücksichtigt, unter denen auch eines auf europäischer Ebene (DEPLAN), die einen Hinweis auf ein notwendiges Screening für die Bevölkerung geben, die als Risikogruppe betrachtet wird, das durch die Punktauswertung des Fragebogens (FINDRISK) hervorgeht, und nach Risikofaktoren von Diabetes forscht (aus der Leitlinie der Epidemiologische Beobachtungstelle: "Linee guida per la gestione del sistema informativo dello screening diabetico").

Der Sanitätsbetrieb des Landes Südtirol hat diese Hinweise aufgenommen und möchte der Südtiroler Bevölkerung dieses Screening anbieten.

Erwartetes Ergebnis

Durchführung des Screenings bei Zielgruppen

Indikatoren

2017: Umsetzung des Screenings basierend auf dem im Jahr 2016 durchgeführten Projekt und Überwachung der Prozessindikatoren

2018: Weiterführung des Diabetes-Typ-2-Screenings und Weiterführung der Überwachung der Prozessindikatoren. Beginn der Einholung der Daten bezüglich der Outcome-Indikatoren bei den Personen, die am Screening teilgenommen haben (Diagnose von Diabetes Typ 2 im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Personen, die am Screening teilgenommen haben).

2019: Weiterführung des Diabetes-Typ-2-Screenings und Weiterführung der Überwachung der Prozessindikatoren und der Outcomes. Bewertung des Screenings und Entscheidung über die Einführung eines zweiten Drei-Jahres-Zyklus.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle für die berufliche Entwicklung

Bericht 2017

Im Jahr 2017 wurde im Rahmen des Projektes das Diabetes Screening aktiviert. Die wesentlichen Tätigkeiten können zusammenfassend wie folgt dargelegt werden:

- Informationskampagne für die Bevölkerung einen Monat vor der Aktivierung des Screenings, mittels:
 - o Anbringung von Informationsplakaten in Apotheken, in den Ambulatorien der Allgemeinmediziner und an Durchgangsstellen in den Krankenhäusern;
 - o Verteilung von Informationskarten in/an denselben Stellen;
- Pressekonferenz und diesbezüglich darauffolgende Pressemitteilung am 25. September 2017;
- erste Übermittlung der Einladungen und Fragebögen im Oktober 2017 und darauffolgende monatliche Übermittlung;
- elektronisches Einlesen der von den Bürgern zurückgesandten Fragebögen und anschließende Mitteilungen der Ergebnisse des Fragebogens und der zu treffenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Bisher war und ist es noch nicht möglich, die Einschätzung der Rücksendungsquote sowie der Ergebnisse des Screenings im Hinblick auf neue Diagnosen vorzunehmen, da der Prozess für eine repräsentative Stichprobe noch nicht ausreichend lang aktiv ist. Diese Evaluation wird durchgeführt und wird nach Ablauf der ersten 6 Monate des Screenings fortgesetzt.

5.1.4. Umsetzung des staatlichen Plans für Diabetes

Wie bereits im vorhergehenden Punkt angesprochen, steigt die Anzahl der Menschen mit Diabetes stetig an, sodass auch die großen internationalen Organisationen (WHO, UNO) von einer Epidemie sprechen. In Italien gibt es derzeit circa 3 Millionen Menschen mit Diabetes. Dies sind insgesamt 5,5% der gesamten Bevölkerung. Im Laufe der letzten 20 Jahre ist die Prävalenz um 60% gestiegen. Auch die Südtiroler Bevölkerung folgt diesem Trend (im Jahr 2014 wurden 20.479 Menschen mit dieser Pathologie betreut), wobei drei Viertel der Personen mit Diabetes Typ 2 zudem an Herzkreislauferkrankungen, mehr als zwei Drittel an Bluthochdruck und ein Drittel an Dyslipidämien leiden.

Das Gesundheitsministerium hat den "Piano nazionale sulla malattia diabetica" erlassen als Richtlinie für die anzustrebenden Ziele, Behandlungsweisen und die Verbesserung der diabetischen Betreuung in Italien.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb weist derzeit eine ungleichmäßige Betreuungssituation auf und hat noch keine dem oben genannten Plan entsprechenden Betreuungspfade eingeführt. Insbesondere müssen die Dienste und Ambulatorien für Diabetologie neu organisiert und ein gleichberechtigter Zugang zu den Diensten sowie ein einheitlicher Betreuungsstandard geschaffen werden, die den Anforderungen des nationalen Plans entsprechen.

Erwartetes Ergebnis

Neuorganisation der Dienste/Ambulatorien für Diabetologie und Umsetzung des nationalen Plans für Diabetes

Indikatoren

2017: Analyse der kritischen Punkte und Neuorganisation der Dienste unter Berücksichtigung der Anforderungen des nationalen Plans für Diabetes

2018: Definition der Betreuungspfade nach den Vorgaben des nationalen Plans für Diabetes; Durchführung der im Jahr 2017 ausgearbeiteten Neuorganisation

2019: Einführung der im Jahr 2018 ausgearbeiteten Betreuungsprozesse in den Regelbetrieb

Bericht 2017

Die Analyse der Problembereiche ist von einer technischen Gruppe durchgeführt worden, der Diabetologen der vier Gesundheitsbezirke angehören. Es wurde entschieden, ein externes Unternehmen (Project manager) mit Koordinierungs- und Beratungsfunktion einzubinden.

Schwerpunkte wurden gelegt auf:

1. die Standardisierung und Harmonisierung der Behandlungsprozesse für DMT1 DMT2 und Schwangerschaftsdiabetes
2. den Zugang und die Verbreitung neuer Technologien
3. die Standardisierung und Entwicklung eines Pfades für die Behandlung von Diabetes beim Übergang vom Kindes- ins Erwachsenenalter.

5.1.5. Mammographiescreening

Die aktuelle Teilnahmequote am Mammographiescreening der betroffenen Bevölkerung kann verbessert werden (ca. 60% auf Landesebene). Der Plan, um diese Situation zu verbessern, sieht vor allem folgende Schritte vor:

- 1) die Abänderung der Einladungsmodalitäten (Mitteilungen und Organisation).
- 2) Sensibilisierung und Information über die Ziele des Screenings durch Informationskampagnen

Erwartetes Ergebnis

Verbesserung der Teilnahmequote der Target-Bevölkerung am Screening der Stufe I

Indikatoren

Jahr 2017:

- Verbesserung der aktuellen Werte zur Teilnahme der Target-Bevölkerung am Screening der Stufe I in den Bezirken Bruneck und Brixen durch eine neue Modalität der Einladung der Patientinnen.
- Vorbereitende Arbeiten in den Bezirken Bozen und Meran, um die verwaltungstechnisch und organisatorisch notwendigen Veränderungen zu schaffen, damit ab 1.1.2018 die neue Einladungsmodalität eingeführt werden kann.
- Durchführung von Sensibilisierungskampagnen

Jahr 2018

- Verbesserung der aktuellen Werte zur Teilnahme der Target-Bevölkerung am Screening der Stufe I in den Bezirken Bozen und Meran durch eine neue Modalität der Einladung der Patientinnen.
- Durchführung von Sensibilisierungskampagnen

Jahr 2019:

- Überprüfung der Ergebnisse und eventuelle Korrekturmaßnahmen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Tumorregister

Bericht 2017

Um die Verbesserung der aktuellen Werte zur Teilnahme der Target-Bevölkerung am Mamma-Screening anzustreben, wurden dessen Einladungsmodalitäten abgeändert. Die neuen Einladungsmodalitäten der Zielbevölkerung sind in den Gesundheitsbezirken Bruneck und Brixen bereits aktiviert. Gesundheitsbezirk Meran folgt innerhalb Februar 2018 und Gesundheitsbezirk Bozen innerhalb März 2018. Die eingeladenen Frauen müssen sich für einen Termin nicht mehr wie bisher an die entsprechende Vormerkungsstelle wenden, sondern bekommen bereits mit der Einladung einen Untersuchungstermin vorgeschlagen welcher, bei eventueller Unvereinbarkeit, über die Vormerkungsstelle umprogrammiert werden kann. Im Jahr 2018 werden die Verwaltung der Vormerkungslisten und die entsprechenden Terminverschiebungen vom call-center der einheitlichen Präventions- Vormerkungsstelle übernommen.

Um die Teilnahme der Target-Bevölkerung am Mamma-Screening weiter zu bestärken, wurde eine entsprechende Broschüre zur Sensibilisierung und Information über die Ziele und Modalitäten des Screenings ausgearbeitet. Diese wird der Zielbevölkerung im Zuge der ersten Einladung zugestellt.

5.2. Impfungen

5.2.1. Infektionserkrankungen und Durchimpfungsraten

2017: Bis Ende 2017 Bildung eines einheitlichen "Betrieblichen Dienstes für Hygiene und öffentliche Gesundheit" im Rahmen der Reorganisation des Departments für Gesundheitsvorsorge.

Implementierung des neuen integrierten Impfprogramms.

2018: Intensivierung der Impftätigkeit in den Impfstellen des SISP in jedem Gesundheitsbezirk und Homogenisierung der Arbeitsprozeduren und Tätigkeitsabläufe.

Verbesserung der Durchimpfungsrate (z.B. MMR und Influenza).

2019: Verbesserung der Kommunikation im Bereich Impfungen gegenüber Gesundheitspersonal und die Bevölkerung sowie Homogenisierung der Arbeitsprozeduren und Tätigkeitsabläufe.

Identifikation einer Lösung zum Software und evtl. Ausarbeitung der Wiederverwendungsprozedur innerhalb von 31.12.2017.

Erwartetes Ergebnis

Verbesserung des Impfangebotes für alle Altersgruppen

Indikatoren

- Bildung eines einheitlichen "Betrieblichen Dienstes für Hygiene und öffentliche Gesundheit" innerhalb 31.12.2017.
- Erfassung der Arbeitsprozeduren, welche zu vereinheitlichen sind und Vereinheitlichung von 70% der identifizierten Arbeitsprozeduren, innerhalb 31.12.2018.
- Definition einer Kommunikationsstrategie zum Thema Impfungen gegenüber dem Sanitätspersonal innerhalb von 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Direktorin des Departments für Gesundheitsvorsorge, Direktorin des Dienstes für Hygiene und öffentlichen Gesundheit GB Brixen.

Bericht 2017

Der Vorschlag für den einheitlichen "Betrieblichen Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit" ist im Vorschlag der Leitlinien des Departements für Gesundheitsvorsorge enthalten, die Umsetzung kann nach entsprechendem Landesbeschluss erfolgen.

Das Impfprogramm wurde mit der Einheitlichen landesweiten Vormerkstelle (ELVS-Vorsorge) integriert, notwendige Anpassungen an die neue rechtliche Lage im Bereich Pflichtimpfungen wurden vorgenommen.

5.3. Lebensmittelhygiene, Diätetik und Klinische Ernährung

5.3.1. Neuordnung des Bereiches Lebensmittelsicherheit

Stärkung der Vorbeugungstätigkeit im Bereich der Lebensmittelsicherheit und der Diätetik und Klinischen Ernährung: innerhalb Ende 2017 Definition und Verwirklichung der Neuordnung der Dienste, welche für die Kontrolle der Sicherheit der Lebensmittel tierischen und nicht tierischen Ursprungs zuständig sind und der Diätetik und Klinischen Ernährung, mit angemessenem Stellenplan zur Besetzung der Funktionsbereiche "Sicherheit der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs und der Getränke" und "Diätetik und Klinische Ernährung" (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 4).

2017: Neuordnung – unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben - des Bereiches Lebensmittelsicherheit der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und der Dienste für Diätetik und Klinische Ernährung und Schaffung eines betrieblichen Dienstes für Diätetik und klinische Ernährung (welcher die 3 Einheiten "Lebensmittelsicherheit", "Diätetik" und "klinische Ernährung" zusammenfasst). Fortführung der PPP-Aktionen in diesem Bereich.

2018: Homogenisierung der Arbeitsweisen und der Tätigkeiten und Fortführung der PPP-Aktionen in diesem Bereich.

2019: Fortführung der Aktionen zur Homogenisierung der Arbeitsweisen und der Tätigkeiten.

Erwartetes Ergebnis

Schaffung des betrieblichen Dienstes für Diätetik und klinische Ernährung betriebliche Dienst für Diätetik und klinische Ernährung und schrittweise Homogenisierung der Arbeitsweisen und der Tätigkeiten, die bereits von den derzeitigen Diensten wahrgenommen werden.

Indikatoren

- Innerhalb 31.12.2017 wird der betriebliche Dienst für Diätetik und klinische Ernährung geschaffen.
- Festlegung der Arbeitsweisen und der Tätigkeiten, die vereinheitlicht werden sollen und Vereinheitlichung von 50% der Arbeitsweisen und der Tätigkeiten von jedem der 3 Funktionsbereiche "Lebensmittelsicherheit", "Diätetik" und "Klinische Ernährung", innerhalb 31.12.2018.
- Innerhalb 31.12.2019 Vereinheitlichung von 80% der festgelegten Arbeitsweisen und der Tätigkeiten von jedem der 3 Funktionsbereiche.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Direktor/Direktorin des Departements für Gesundheitsvorsorge, Direktor/Direktorin des Dienstes für Diätetik und Klinische Ernährung Gesundheitsbezirk Bozen

Bericht 2017

Der Vorschlag für einen einheitlichen "Betrieblichen Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung" ist im Vorschlag der Leitlinien des Departements für Gesundheitsvorsorge enthalten, die Umsetzung kann nach entsprechendem Landesbeschluss erfolgen. Für das Ärztliche Personal wurde im Rahmen der Stellenplanerweiterung der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit eine Anpassung des Personalbedarfs vorgenommen, die Besetzung dieser Stellen wurde in die Wege geleitet.

Für den Bereich Diätetik und klinische Ernährung wird in naher Zukunft eine Verstärkung der Zusammenarbeit der Dienste in den vier Gesundheitsbezirken angestrebt.

6. Optimierung der Organisation und der Prozesse

6.1. Chronic Care: Versorgungsnetz für Menschen mit chronischen Erkrankungen

6.1.1. Entwicklung eines Masterplans für Chronic Care

Ausarbeitung eines abgestimmten und übergreifenden Masterplans, der unter Berücksichtigung des Landesgesundheitsplanes bis zum 31.12.2017 ausgearbeitet wird und folgende Ziele verfolgt:

- Entwicklung einer Organisation der Gesundheits- und Sozialdienste, die sich an den Bedürfnissen der Personen und Familien orientiert, um die Entstehung und den Verlauf von

chronischer Krankheit und Gebrechlichkeit (Fragilität) zu verhindern bzw. die Morbidität, Mortalität und Behinderung zu reduzieren

- Reduzierung des organisatorischen und finanziellen Aufwandes in der Versorgung chronischer Krankheit und Gebrechlichkeit
- Reduktion der sozialen Bürde für Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren Familien, insbesondere im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung
- Definition von Instrumenten im Bereich der Governance innovativer Systeme zur Versorgung von Chronischer Krankheit und Gebrechlichkeit
- Implementierung des Masterplans von 2018 bis 2020.

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung des Masterplans auf der Grundlage der angeführten Ziele und Definition des Umsetzungsplanes 2018-2020 bis zum 31.12.2017

Indikatoren

- Ausarbeitung des Masterplans bis zum 30.06.2017
- Konzertierung des Masterplans und Genehmigung durch die Betriebsdirektion bis zum 30.09.2017
- Definition des Implementierungsplanes 2018-2020 bis zum 31.12.2017
- Die Prioritäten und die jeweiligen Umsetzungsschritte sind bis zum 31.12.2018, 31.12.2019 und 31.12.2020 definiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion mit einer entsprechend beauftragten Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Ressorts für Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebs

Bericht 2017

Da die Bezugsperson mit 01.01.2017 die Pflegedirektion übernommen hat und die Stabstelle für Organisations- und Prozessentwicklung erst Mitte Juli 2017 nachbesetzt werden konnte, ist es in der Ausarbeitung des Masterplan zu einer zeitlichen Verschiebung gekommen. Die aktuelle Fassung des Masterplans Chronic Care als strategischen Plan zur Potenzierung und Harmonisierung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Autonomen Provinz Bozen ist mit Ende 2017 dem Assessorat übermittelt worden. Die Konzertierung ist im Laufen. Die Umsetzungsschritte für 2018 sind definiert.

6.2. Versorgung von fragilen, behinderten oder gefährdeten Menschen

6.2.1. Aufbau eines Versorgungsnetzes für fragile, behinderte oder gefährdete Menschen

Fragilität betrifft viele Systeme und führt zu einem teilweisen oder vollständigen Verlust der Fähigkeit des Organismus sein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Dieser Zustand wird durch eine Kombination von Faktoren bestimmt, die biologischer, psychischer und sozio-ökologischer Natur sind, synergisch wirken, sich verstärken und aufrechterhalten. Obwohl es sich um keinen Zustand handelt, der ausschließlich die ältere Bevölkerung betrifft, häuft sich das Auftreten vor allem bei den über 65-Jährigen, wo Chronifizierung, Komorbidität, funktionelle Beeinträchtigung, Multipharmakologie und sozio-sanitäre Probleme eine entscheidende Rolle spielen (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5, 7 und 12.3.).

Behinderung und Gebrechlichkeit treten häufig gemeinsam auf: Behinderung bedeutet den Verlust der Funktion, Fragilität bezieht sich auf eine Situation der Instabilität, der die Gefahr des Funktionsverlustes aufgrund einer höheren Anfälligkeit für Stressfaktoren mit sich bringt.

Voraussetzung für eine ausreichende Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe ist ein sozio-sanitäres Netz und die Gewährleistung des multiprofessionellen Ansatzes und der Versorgungskontinuität.

Erwartetes Ergebnis

- Schaffung einer spezifischen Versorgungslinie
- Schaffung einer multiprofessionellen Einheit für Interventionen in kritischen Phasen, um eine Entgleisung der Grenzsituationen zeitgerecht begegnen bzw. vorbeugen zu können
- Verbesserung des Entlassungsmanagements
- Schaffung von Intermediärbetten
- Schaffung bzw. Ausbau der Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

- Einsatz von Telemedizin zur Unterstützung der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe

Indikatoren

2017

- Analyse der bestehenden Versorgungslinien, gemeinsame Erarbeitung der fehlenden Versorgungspfade, Definition der organisatorischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen
- Definition einer strukturierten Versorgungslinie für diese Bevölkerungsgruppe mit allen betroffenen Versorgungseinrichtungen (Krankenhaus, wohnortnahe Versorgung, Gesundheits- und Sozialwesen)

2018:

- Festlegung der Prioritäten in der Implementierung der Versorgungsmaßnahmen in den unterschiedlichen Fachbereichen und Definition des Implementierungsplanes

2019:

- Implementierung der Maßnahmen in den verschiedenen Fachbereichen und kontinuierliche Evaluation der einzelnen Versorgungslinien

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion mit einer entsprechend beauftragten Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Ressorts für Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebs

Bericht 2017

Die Analyse der bestehenden Versorgungslinien ist im Rahmen der Ausarbeitung des Masterplans Chronic Care erfolgt, in der neben der Versorgung von chronisch kranken Menschen auch jene von fragilen und pflegebedürftigen Menschen aufgegriffen und einer integrierten, sozio-sanitären Planung unterzogen wird. Zur Verbesserung des Entlassungsmanagements wurde der Prozess in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe analysiert und standardisiert. Zur Einschätzung des Bedarfs an postakuter Entlassungsplanung wurde die BRASS als Einschätzungsskala ausgewählt. Des Weiteren erfolgte die Teilnahme an der Arbeitsgruppe zur Definition der intermediären Pflegebetten. Sowohl im Kinder- wie auch im Erwachsenenpalliativbereich wurde in Betriebs- und Bezirksarbeitsgruppen am Ausbau des Versorgungsnetzes gearbeitet. Zudem erfolgte im Rahmen der Umsetzung des Landesgesundheitsplanes 2016 – 2020 die Teilnahme an den der Ressortdirektion geleiteten Arbeitsgruppe zur sozio-sanitären Integration.

6.3. Versorgungsnetz für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

6.3.1. Verbesserung des Versorgungsnetzes für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Die soziodemographische und epidemiologische Entwicklung der kommenden Jahrzehnte lässt einen schnellen und bedeutenden Anstieg der verschiedenen Formen von Demenz erahnen. Diese Erkrankungen führen zu schweren Verlusten der Selbstständigkeit mit einem chronischen Verlauf, der auf der körperlichen, psychischen und ökonomischen Ebene schwer wiegt, vielfach auch von den Angehörigen geschultert wird und die Gesamtausgaben in der Sozial- und Gesundheitsversorgung stark ansteigen lässt und die Gesellschaft vor allem andere als irrelevante ethische Dilemmata stellt. Das Gesundheitsministerium hat den Staatlichen Demenzplan verabschiedet, der von den einzelnen Provinzen und Regionen umgesetzt werden soll. Ziel ist es, ein sozio-sanitäres Versorgungsnetz zu schaffen, den multiprofessionellen Ansatz und die Versorgungskontinuität sicherzustellen. Es gilt eine spezifische Versorgungslinie zu schaffen, die für die Allgemeinmedizin, die Sprengeldienste, die Notaufnahmen und die verschiedenen Krankenhausabteilungen gilt und eine enge Koordination zwischen den Diensten vorsieht, die dieser speziellen Bevölkerungsgruppe die Versorgungskontinuität gewährleistet, die sie benötigt.

Um dieses Ziel zu erreichen, muss ein Versorgungspfad erarbeitet werden. Dabei gilt:

- für jede Patientin und jeden Patienten die Grund- und Fachversorgung sicherstellen
- für jeden Gesundheitsbezirk eine multiprofessionelle Fachambulanz (Memory Clinic) zur diagnostischen Abklärung und zur therapeutischen Beratung einrichten
- die Kriterien zur stationären Aufnahme bei Akutereignissen festlegen
- eine multiprofessionelle Einheit zum Notfallmanagement schaffen, die in der Lage ist, in Extremsituationen unkontrollierbaren Konsequenzen vorzubeugen

- die Überwachung des Krankheitsverlaufes sicherstellen.

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung, Pilotierung, Evaluation, Anpassung und Genehmigung des Versorgungspfades für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und die Definition des Implementierungsplanes innerhalb 2020

Indikatoren

- Ausarbeitung des Versorgungspfades innerhalb von 2017
- Pilotierung, Evaluation, Anpassung und Genehmigung des Pfades innerhalb 2019
- Definition des Implementierungsplanes innerhalb 2020

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion mit einer entsprechend beauftragten Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Ressorts für Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebs

Bericht 2017

Da die Bezugsperson mit 01.01.2017 die Pflegedirektion übernommen hat und die Stabstelle für Organisations- und Prozessentwicklung erst Mitte Juli 2017 nachbesetzt werden konnte, ist es in der Ausarbeitung des Betreuungspfades zu einer zeitlichen Verschiebung gekommen. Des Weiteren hat es während der Arbeiten am Betreuungspfad zur integrierten Versorgung von demenzkranken Menschen und deren Angehörigen auf der Grundlage des staatlichen Demenzplanes wichtige Neuerungen gegeben:

- Die Richtlinien zur Umsetzung der staatlichen Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit Demenz und zum Aufbau eines Informationsflusses sind zur Genehmigung an die „*Conferenza unificata*“ weitergeleitet worden.
- Das „*Istituto Superiore di Sanità*“ bietet vom 22. Bis 26.01.2018 einen Kurs für all jene an, die an der integrierten Versorgung von Menschen mit Demenz und der klinischen Führung der entsprechenden Dienste beteiligt sind. Teilnehmer der Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung des Betreuungspfades werden an dem Kurs in Rom teilnehmen.

Aufgrund dieser Entwicklungen verschieben sich die Arbeiten am integrierten Betreuungspfad um 6 Monate, d.h. von Dezember 2017 auf Juni 2018. Anschließend kann dann die Veröffentlichung und Pilotierung erfolgen.

6.4. Einschränkung der Wartezeiten

6.4.1. System der homogenen Gruppierungen der Wartezeiten

Unter Einbeziehung der Kliniker werden Regeln und Aktionen für den Leistungszugang und die Verbesserung der Angemessenheit ausgearbeitet und gesetzt, um die Wartezeiten im fachärztlichen ambulanten Bereich einzuschränken (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5.2.1). Das Modell zur homogenen Gruppierung der Wartezeiten und der klinischen Betreuungspfades hat das Ziel, auch nicht prioritäre Leistungen innerhalb klinisch angemessene Zeiträume zu erbringen und gleichzeitig die Humanressourcen und technologischen Ressourcen angemessen einzusetzen. Die Anwendung des Systems der homogenen Gruppierung der Wartezeiten ermöglicht die Verfolgung folgender Ziele:

- Anpassung der Wartezeiten jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers an den effektiven Bedarf an Gesundheitsleistungen.
- Definition verschiedener Betreuungsebenen aufgrund klinischer Kriterien.

Erwartetes Ergebnis

- Überarbeitung der Kriterien zur klinischen Priorisierung für die Leistungen der bildgebenden Diagnostik und der Gastroenterologie (Gastroskopie, Koloskopie und Erstvisite in der Gastroenterologie)
- Verbesserung der Angemessenheit der Leistungsverschreibung in Bezug auf die Prior-Kodizes durch die Abhaltung von spezifischen Weiterbildungskursen

Überprüfung des gesamten Zyklus und Einführung des Systems der homogenen Gruppierung der Wartezeiten im 4. Trimester für die Radiologie.

Indikatoren

1. Abstimmung und Genehmigung eines betriebsweiten technischen Vorschlages, in welchem für folgende Fachbereiche die klinischen Priorisierungen aktualisiert werden: klinische bildgebende Diagnostik und Gastroenterologie

2. Umsetzung von Maßnahmen zur Verwaltung der Leistungsanfragen der Bürgerinnen und Bürger. Hierzu sind Schulungsveranstaltungen (spezifische Schulungen, um die Hausärztinnen und Hausärzte zur Umsetzung der Kriterien zur homogenen Gruppierung der Wartezeiten zu motivieren) geplant.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Krankenhausbetreuung

Bericht 2017

In Bezug zu den festgelegten Schritten im „Mehrjährigen Plan zur Eindämmung der Wartezeiten in Südtirol 2016-2020“ wurde im Dezember 2017 von der Abteilung Krankenhausbetreuung ein detaillierter Zwischenbericht erarbeitet, welcher alle umgesetzten Maßnahmen im Laufe des Jahres 2017 aufgreift und erläutert.

Im Laufe des Jahres 2017 und in Anlehnung an den „Mehrjährigen Plan zur Eindämmung der Wartezeiten in Südtirol 2016-2020“ wurden bezüglich Angemessenheit in der Verschreibung und RAO-Kriterien folgende Maßnahmen umgesetzt:

1. Überarbeitung und Aktualisierung der RAO-Kriterien im Bereich der Radiologie und der Gastroenterologie (ausschließlich für die Leistungen Koloskopie und Erstvisite) von Seiten der Abteilung Krankenhausbetreuung, ausgehend von den Ergebnissen der nationalen Arbeitsgruppe AGENAS. Der genannte Vorschlag, welcher dem Gesundheitsressort mittels Schreiben Prot. Nr. 116313 vom 27.10.2017 mitgeteilt wurde, muss nun mittels Beschluss der Landesregierung genehmigt werden.
2. Es wurden von der Abteilung Krankenhausbetreuung spezifische Weiterbildungsveranstaltungen zum „Mehrjährigen Plan zur Eindämmung der Wartezeiten in Südtirol 2016-2020“ durchgeführt, mit Fokus auf die neuen RAO-Kriterien für radiologische Leistungen, die sich an alle verschreibenden Ärzte sowohl im Krankenhaus als auch in der wohnortnahen Versorgung richteten. Konkret wurden im November und Dezember 2017 je zwei Weiterbildungen durchgeführt: eine Veranstaltung in Bozen und eine in Brixen für alle Krankenhausärzte, und eine Veranstaltung in Bozen und eine in Bruneck für die Ärzte der wohnortnahen Versorgung (Ärzte für Allgemeinmedizin und frei wählbare Kinderärzte), in Zusammenarbeit mit der Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin Sügam. Dies um in der Verschreibung eine höhere Übereinstimmung mit den RAO-Kriterien zu erreichen. Die Weiterbildungsveranstaltungen werden im Laufe des Jahres 2018 in den vier Gesundheitsbezirken repliziert (siehe Bericht in der Anlage).

6.4.2. Einheitliche Vormerkstelle: Vormerkung der Kontrollvisiten

Um eine effiziente Führung der Vormerklisten zu ermöglichen und die Wartezeiten zu optimieren, ist es wichtig, die Erstzugänge (Visite und diagnostisch-therapeutische Leistungen) von den weiteren Zugängen (Kontrollvisiten) getrennt zu führen. Beim ersten Kontakt ist die diagnostische Fragestellung oft noch vage und deshalb noch nicht genau vorhersehbar. Aus diesem Grund muss der Termin für den ersten Zugang gesichert und zeitgerecht sein. Hierzu sind die Prior-Einstufungen zu berücksichtigen, und die dringenden Leistungen innerhalb von 48 Stunden zu garantieren und innerhalb 10 Tagen die leichten Dringlichkeiten. Ansonsten sind die Visiten innerhalb 15 Tagen und die diagnostischen Leistungen innerhalb 30 Tagen zu garantieren (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020).

Für die weiteren Zugänge (oder follow up) muss die Kontrollvisite von der Fachärztin oder vom Facharzt bereits eingeplant werden, damit die Betreuungskette nicht unterbrochen wird. Um dies zu garantieren, um eine effiziente Vormerkung der Leistungen in einem integrierten System nach den oben angeführten Regeln zu garantieren, ist es notwendig, eine langfristige Anwesenheitsplanung der Ärztinnen und Ärzte zu führen.

Erwartetes Ergebnis

1. Die Erstvisiten werden auch zukünftig über die bisherigen Vormerkstellen vorgemerkt (zentrale Einheitliche Vormerkstelle, Vormerkbüros der einzelnen Krankenhäuser, Abteilungen/Dienste)
2. Die Kontrollvisiten werden direkt in der Abteilung, in welcher die Erstvisite bzw. die Erstleistung erbracht wird vorgemerkt und von der Ärztin bzw. vom Arzt verschrieben:
 - Wenn die Kontrollvisite innerhalb von 6 Monaten ab der Erstvisite vorgesehen ist, so erhält die Patientin bzw. der Patient nach der Erstvisite bereits den Termin für die Kontrollvisite (liegt somit in der Zuständigkeit der Fachambulanz der Abteilung oder des Dienstes, die Vormerkung der Kontrollvisite in ihren Vormerklisten vorzunehmen)
 - Wenn die Kontrollvisite erst nach Ablauf der 6 Monate ab der Erstvisite vorgesehen ist, muss die Patientin bzw. der Patient die Abteilung/den Dienst einige Monate vor der Kontrollvisite für die Vormerkung kontaktieren

- Ab dem Jahr 2018 erfolgt die Vormerkung der Kontrollvisiten über die Anwendung „CUPweb“.
3. Um eine effiziente Vormerkung der Leistungen in einem integrierten System nach den oben angeführten Regeln zu garantieren, ist es notwendig, eine langfristige Anwesenheitsplanung der Ärztinnen und Ärzte zu führen. Aus diesem Grund muss die Planung wenigstens 6 Monate beinhalten.
 4. Für die Einführung der Vormerklisten ist es notwendig, auf Betriebsebene die Zeiten und Standards (Zusatzleistungen) für die ambulanten Leistungen festzulegen.

Indikatoren

1. Trennung der Vormerklisten für die Erstvisiten und die Kontrollvisiten: Wo dies nicht bereits erfolgt ist, werden Treffen mit den Ärztlichen Direktionen der Krankenhäuser organisiert, um die "Slots" für die Erstvisiten und Kontrollvisiten zu quantifizieren.
2. Programmierung der An- und Abwesenheiten des ärztlichen Personals für einen Zeitraum von 6 Monaten
3. Betriebsweite Standardisierung der Wartezeiten und der Leistungsstandards (Zusatzleistungen) für Erstvisiten folgender Fachbereiche: Dermatologie und Augenheilkunde

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Einheitliche Vormerkzentrale

Bericht 2017

Im Laufe von 2017 und in Anlehnung an den "Mehrjährigen Plan zur Eindämmung der Wartezeiten in Südtirol 2016-2020" wurden in Bezug auf die Angemessenheit in der Leistungserbringung und die betriebliche Governance des Angebots und der Nachfrage an ambulanten Fachleistungen folgende Maßnahmen durchgeführt:

1. Trennung der Vormerkungskalender für Erstvisiten und Kontrollvisiten für alle klinischen Fachbereiche in allen Gesundheitsbezirken, eine notwendige Maßnahme zur Optimierung der Wartezeiten. Ab 2018 erfolgt der Zugang zu den ambulanten Fachleistungen nach betriebsweiten Kriterien, welche die Unterscheidung zwischen Erstvisite/Erstleistung und Kontrollvisite/Kontrollleistung vorsehen. Um die effiziente Anwendung der Vormerkungsregeln bei Erstvisiten über die einheitliche Vormerkungsstelle und demzufolge die betriebsweite Sichtbarkeit der Kalender zu garantieren, wurde außerdem festgelegt, dass die Abteilungen/Dienste ein ambulantes Standardangebot, aufgeteilt auf 52 Wochen, garantieren müssen (Budgetziel der Gesundheitsbezirke für das Jahr 2017).
2. Nach zahlreichen, von der Abteilung Krankenhausbetreuung organisierten und koordinierten Abstimmungstreffen mit den klinischen Referenten wurden für die ambulante Fachleistung Erstvisite Augenheilkunde und für die Leistung Koloskopie betriebsweite Kriterien und Standards festgelegt, und zwar in Bezug auf:
 - Zugangsvoraussetzungen
 - Inhalte und Kodierungsregeln
 - Regeln und Dauer in der Planung der Vormerkungskalender.

Ab März 2018 wird die Erstvisite Augenheilkunde und ab Mai 2018 die Koloskopie (für externe Patienten) zu dem derzeit landesweit vormerkbaren Angebot hinzugefügt (Erstvisite in den Fachbereichen Dermatologie, Kardiologie, Urologie, HNO). Die betriebsweiten (organisatorischen und funktionellen) Kriterien für die Augenheilkunde wurden mittels betrieblichem Beschluss Nr. 8/2018 genehmigt, während jene für die Koloskopie in den ersten Monaten im Jahr 2018 genehmigt werden (siehe Bericht in der Anlage).

6.5. Einrichtung einer einheitlichen Rufzentrale für die Bevölkerung (116117)

6.5.1. Einheitliche Rufzentrale

Verwirklichung bzw. Ausbau der folgenden Rufzentrale für die Bevölkerung gemäß den staatlichen und europäischen Richtlinien:

- Einrichtung der Rufnummer 116117 für die primäre Gesundheitsversorgung bzw. Informationen der Bürgerinnen und Bürger (Informationen über nicht-dringende Krankentransporte, Fragen zur häuslichen Versorgung oder Palliativversorgung, zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Informationen zu den Fachdiensten und den diensthabenden Apotheken, Ärzten und Tierärzten).

Erwartetes Ergebnis

Einrichtung der Rufzentrale für Informationen zur nicht-dringlichen, primären Gesundheitsversorgung und für den Informationsdienst für die Bürgerinnen und Bürger mit den oben beschriebenen Inhalten.

Indikatoren

2018: Ausarbeitung eines Grundkonzeptes zur Verbesserung der Bürgerdienste, das auf der Analyse der bereits bestehenden Dienste beruht und Ausarbeitung des Implementierungsplanes

2019: Implementierung des Planes und kontinuierliche Evaluation

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion, Sanitätsdirektion und Technische Abteilung

Bericht 2017

Die Rufzentrale 116117 wurde in den Masterplan Chronic Care zur Potenzierung und Harmonisierung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Autonomen Provinz Bozen im Hinblick auf die Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung und Verbesserung der Bürgerdienste aufgenommen. Derzeit befindet man sich in Erwartung der staatlichen Aktivierung der Nummer und der Richtlinien für die Einrichtung der Rufzentrale.

6.6. Leistungsprofile

6.6.1. Definition der Leistungsprofile

Die Patientinnen und Patienten, für die ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, werden in einem landesweiten Krankenhausverbund – gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 – versorgt, in welchem die Leistungsabstimmung zwischen den 7 Krankenhausstandorten Südtirols, im Sinne der Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der einheitlichen Verantwortung auf betriebliche Ebene, intensiviert wird. Die vernetzte Leistungserbringung funktioniert entsprechend einem abgestuften Versorgungssystem. Es wird unterschieden in Grund-, Schwerpunktversorgung und Versorgung mit hochkomplexen Behandlungen.

Grundversorgungsleistungen sind jene Leistungen, die als Standard für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in jedem Krankenhausstandort angeboten werden. Zusätzlich zu den Leistungen der Grundversorgung können in jedem Standort Leistungsschwerpunkte festgelegt werden. Hochkomplexe Eingriffe und Behandlungen sind primär im Landeskrankenhaus Bozen konzentriert. Ausgewählte hochspezialisierte Leistungen können auch in den anderen Gesundheitsbezirken verortet werden. In Kohärenz mit dem Landesgesundheitsplan wird die Implementierung eines abgestuften Versorgungssystems zwischen Grundversorgungskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und dem Landeskrankenhaus Bozen in spezifischen klinischen Bereichen vorgesehen.

Erwartetes Ergebnis

Es wird die Implementierung eines abgestuften Versorgungssystems zwischen Grundversorgungskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und dem Zentralkrankenhaus Bozen für die onkologische Chirurgie, Plastische Chirurgie und Handchirurgie vorgesehen:

- Onkologische Chirurgie: Einhaltung der ausführenden Strukturen, wie in Anlage B des Beschlusses der Landesregierung Nr. 131/2013 vorgesehen und Vorschlag für eine Novellierung desselben.
- Plastische Chirurgie: Definition eines Organisationsmodells zur Gewährleistung der Bereitstellung von Leistungen in der Plastischen Chirurgie als Folge von vorhergehenden Eingriffen in allen 4 Bezirken; und eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus Bozen für das Management von Polytraumen.
- Handchirurgie: Konsolidierung eines Kompetenzzentrums am Krankenhaus von Schlanders für Handchirurgie.

Indikatoren

- Implementierung eines abgestuften Versorgungssystems zwischen Grundversorgungskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und dem Landeskrankenhaus Bozen für die oben zitierten Bereiche.
- Handchirurgie: Überweisung von Patientinnen und Patienten aus allen Krankenhäusern, v.a. aus dem Krankenhaus von Bozen an das Kompetenzzentrum für Handchirurgie, welches am Krankenhaus Schlanders angesiedelt ist.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Krankenhausbetreuung

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 und in Anlehnung an den Südtiroler Landesgesundheitsplan 2016-2020 wurde:

1. die Überwachung zur Einhaltung der strukturellen und professionellen Schwellenwerte für die onkologische Chirurgie fortgesetzt, gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013 (Credentialing und Privileging System), welcher vorsieht, dass
 - a. nur jene Strukturen chirurgisch-onkologische Eingriffe durchführen dürfen, die in der Lage sind, das jährliche Mindestvolumen an chirurgisch-onkologischen Eingriffen zu gewährleisten (struktureller Schwellenwert)
 - b. nur jene Spezialisten chirurgisch-onkologische Eingriffe durchführen dürfen, die eine festgelegte jährliche Mindestanzahl an chirurgisch-onkologischen Eingriffen erreichen und die von der betrieblichen Sanitätsdirektion formell ernannt wurden (personeller Schwellenwert). Die Ernennungen genannter Spezialisten wurden gemäß Vorgabe der klinischen Referenten aktualisiert.
2. Es wurde ein Vorschlag zur Konsolidierung eines betriebsweiten Zentrums für die Handchirurgie im Krankenhaus Schlanders erarbeitet, in welchem klinische und organisatorische Kriterien für die Einweisung sowie die Aufnahme der Patienten festgelegt sind. Die Einführung dieses Modells auf betrieblicher Ebene stieß im Laufe von 2017 auf Schwierigkeiten aufgrund fehlender Ressourcen an ärztlichem Personal (es konnten nur Patienten vom Krankenhaus Meran aufgenommen werden, nicht aber Patienten aus den anderen Gesundheitsbezirken).

6.7. Integrierte Logistik

6.7.1. Ausarbeitung eines Konzeptes und eines Implementierungsplanes 2018 – 2020

2017:

Zusammenlegung der Magazine Meran und Bozen; Definition der Makro Betriebsprozesse, Einführung eines Betriebstransportdienstes, Ausarbeitung eines Konzeptes zur betriebsweit einheitlichen Verwaltung der Behelfe für post-akute Patientinnen und Patienten und Invaliden, Ausarbeitung eines Konzeptes der Logistik für Altersheime, Ernennung eines Verantwortlichen für die integrierte Betriebslogistik, Ernennung der interdisziplinären Kommissionen für die Harmonisierung der Sanitätsgüter, Ernennung, auf Betriebsebene, der Verantwortlichen sowohl für den Betriebstransportdienst als auch für die Verwaltung der Behelfe für post-akute Patientinnen und Patienten und Invaliden, Ausarbeitung eines Planes zur Vorbeugung der Korruption in der Logistik.

2018:

Harmonisierung der Registrierungsliste; Konsolidierung der Prozesse und Optimierung/Effizienzgewinn der Logistikkette; Einführung und kritische Verwaltung des Logistiksystems des neuen Traktes des Krankenhauses Bozen; Einführung des Betriebsdienstes für die Verwaltung der Behelfe für postakute Patientinnen und Patienten und Invaliden, Optimierung des Logistiksystems für die Altersheime, Ausarbeitung eines Konzeptes für die Handhabung der Karten, für das Pilotprojekt der elektronischen Verschreibung und Verabreichung der Medikamente in den Abteilungen.

2019:

Einbeziehung der Bezirke Brixen und Bruneck in das Zentrallager; Implementierung eines Konzeptes für die Verwaltung der Karten; Ergänzung der neuen Linien und Bewertung der Betreuung nahe dem Wohnsitz der Patientinnen und Patienten, Ausarbeitung eines innovativen Business Case für die integrierte Logistik 2020 -2022.

Erwartetes Ergebnis

Klarheit der Prozesse, Verantwortung und Effizienzgewinn, Beschleunigung der Versorgung

Indikatoren

31/12/2017:

Start des Zentrallagers für Bozen und Meran (samt allen gewidmeten Ressourcen); Handbuch der Makroprozesse der Logistik, Einführung des Betriebstransportdienstes (samt allen gewidmeten Ressourcen); von der Betriebsdirektion genehmigtes Konzept der Verwaltung der Behelfe für post-akute Patientinnen und Patienten und Invaliden, von der Betriebsdirektion genehmigtes Konzept für Logistik der Altersheime; Antritt des Verantwortlichen für die integrierte Betriebslogistik; Antritt der interdisziplinären Kommissionen für die Harmonisierung der Sanitätsgüter; Antritt des Verantwortlichen sowohl für den Betriebstransportdienst als auch für die Verwaltung der Behelfe für postakute Patientinnen und Patienten und Invaliden. Von der Verantwortlichen, und somit von der Betriebsdirektion, genehmigter Plan zur Vorbeugung der Korruption.

31/12/2018:

Zwischen den Bezirken Meran und Bozen harmonisierte und konsolidierte Registrierungsliste der sanitären Güter, vom Verantwortlichen der Logistik überprüfte und bewertete Prozesse der Logistikkette, die auch im Handbuch der Logistikprozesse konsolidiert sind, Start des Logistiksystems bezüglich des neuen Traktes des Krankenhauses Bozen; der Betriebsdienst für die Verwaltung der Behelfe für postakute Patienten und Invaliden ist gestartet und in einem dreijährigen Planungsdokument konsolidiert; von der Betriebsdirektion genehmigtes Konzept für die Verwaltung der Karten; Start der Pilotanwendung für die elektronische Verschreibung und Verabreichung der Medikamente in den Abteilungen in einer Abteilung eines Krankenhauses und in 2 Abteilungen des Zentralkrankenhauses (vorzugsweise Medizin und Chirurgie).

31/12/2019:

Die Bezirke Brixen und Bruneck sind im Zentrallager zusammengelegt, die Verwaltung der Karten ist gestartet, die neuen Linien und die Bewertung der Betreuung nahe dem Wohnsitz der Patientinnen und Patienten sind gestartet, das innovative Business Case für die integrierte Logistik 2020-2022 wurde von der Betriebsdirektion genehmigt.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Generaldirektion

Bericht 2017

Das Projekt der Zusammenlegung der Lager der Gesundheitsbezirke Bozen und Meran wurde im April 2017 in Erwartung eines betriebsweiten Verantwortlichen der Logistik angehalten. Bis dahin wurden die möglichen Räumlichkeiten identifiziert sowie die jeweiligen Pläne für ein Landesarchiv in Auer und für ein landesweites Lager für sanitäre Güter – inklusive halb-automatisiertes Lager für Medikamente ausgearbeitet. Die Betriebliche Medizinprodukte-Kommission für die Harmonisierung der Sanitätsgüter wurde im ersten Semester 2017 gegründet, ist jedoch noch nicht vollständig besetzt. Ein Großteil der Arbeit zur Harmonisierung der Sanitätsgüter wurde trotzdem vorgeleistet, jedoch aus den vorher genannten Gründen nicht verabschiedet. In Erwartung der neuen Betriebsordnung wurden die Vorhabe zur Vereinheitlichung der betrieblichen Transportdienste angehalten.

2017 wurden unter anderem im Rahmen der SAIM-Projekte, die Prozesse der Verwaltung der Behelfe für post-akute Patientinnen und Patienten und Invaliden harmonisiert und digitalisiert, mit Ausnahme des Gesundheitsbezirkes Meran.

6.7.2. Ankaufsstrategien und klinische Governance für Medizinprodukte

Erarbeitung eines betrieblichen Medizinproduktkatalogs mit schrittweiser Vereinheitlichung und Rationalisierung der Verwendung der Medizinprodukte durch die Zusammenarbeit der technischen Referenten auf Betriebsebene für die betriebsweiten Ausschreibungen und Inbetriebnahme neuer Verteilungskanäle für Medizinprodukte.

Erwartetes Ergebnis

Betrieblicher Medizinproduktkatalog mit entsprechenden Warengruppen

Indikatoren

2017: Definition der Produktliste aller im neuen Lager für die Krankenhäuser Meran und Bozen geführten Güter.

2018: Definition eines betrieblichen Medizinproduktkatalogs für einige Warengruppen unter einer den Gesundheitsberufen zugehörigen Führung, welche auf Betriebsebene eine qualifizierte Unterstützung der Ankaufsprozeduren der entsprechenden Warengruppen garantiert.

Zunahme der Verteilung von Medizinprodukten mittels verschiedener Verteilungskanäle (direkte Verteilung und/oder über die Gesundheitssprengel und ähnliches), welche im Augenblick über die vertragsgebundenen Apotheken im Rahmen der integrierten Betreuung verteilt werden.

2019: Definition des Betrieblichen Medizinproduktkatalogs für weitere Kategorien von Medizinprodukten, immer unter einer den Gesundheitsberufen zugehörigen Führung, welche auf Betriebsebene eine qualifizierte Unterstützung der Ankaufsprozeduren der entsprechenden Warengruppen garantiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Einkaufsabteilung Bezirk Bozen, Verwaltungsleitung Krankenhäuser von Meran und Schlanders, Verantwortliche des Pharmazeutischen Dienstes Bezirk Meran – Abteilung für Ankäufe

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 wurden aufgrund der aktuellen Lagerlisten der Ökonomete und Apotheken der Bezirke von Meran und Bozen neun Medizinprodukt-Teilverzeichnisse, nach CND-Kodex (Codifica nazionale dispositivi, dt. Nationale Klassifizierung von Medizinprodukten) unterteilt, welche größtenteils durch Arbeitsgruppen erstellt wurden, die aus Key-usern und Apothekern bestanden. Außerdem wurden die Artikel, die im neuen gemeinsamen Lager geführt werden sollen, gekennzeichnet. Der CND Code ist das Gerüst der Medizinproduktlisten, die Artikel sind allgemein definiert, ohne Handelsnamen und Produktcodes, für der Großteil der angeführten Produkte sind gleichzeitig die Leistungsverzeichnisse erstellt worden. Um diese Listen zu erstellen, sind in einigen Fällen (Inkontinenzmaterial, Blutabnahmeröhrchen...) die Leistungsverzeichnisse der bisher durchgeführten betriebsweiten Ausschreibungen herangezogen worden.

6.8. Betriebswäscherei

6.8.1. Homogene Einführung der Flachwäsche und Standardisierung der Arbeitskleidung

2017: Übergang zur Betriebsflachwäsche und Vorbereitung zur Einführung der neuen Arbeitskleidung; Ausarbeitung der vom Dienstleistungs- und Leihvertrag vorgesehenen Dokumente.

2018: Implementierung der Arbeitskleidung auf Betriebsebene; Übergang zur Leihwäsche mit Einbeziehung des Bezirks Bruneck, Erwerb neuer Kunden seitens WABES.

Erwartetes Ergebnis

Übergang zur Leihwäsche, Effizienzgewinn seitens WABES und Kostensenkung für den Gesundheitsbetrieb

Indikatoren

31/12/2017: alle Bezirke – Bruneck ausgenommen – benutzen die neue Flachwäsche

31/12/2018: alle Bezirke benutzen die neue Arbeitskleidung und sind zur Leihwäsche übergegangen, mit Einbeziehung des Bezirks Bruneck;

31/12/2018: WABES hat die Produktionslinie optimiert und, dank der neuen Kunden, die Produktion auf 13T/Tag gesteigert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Betriebsmitglied des Verwaltungsrates WABES

Bericht 2017

Die vereinheitlichte Liste für Flachwäsche und Berufsbekleidung ist erstellt worden. Innerhalb der Wabes GmbH sind die Vorbereitungsarbeiten zur Durchführung der Beschaffungsprozeduren angelaufen. Im Jahre 2017 wurde der Entwurf der Dienstkleidungsregelung den Gewerkschaften vorgestellt.

Am 16. Mai 2018 hat die Gesellschafterversammlung den Finanz- und Wirtschaftsplan 2019-2028 zur Systemumstellung auf Mietwäsche für den gesamten Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen genehmigt.

Nach Genehmigung des FWPs muss die Wabes GmbH dem Sanitätsbetrieb noch ein offizielles Angebot mit entsprechendem Lastenheft unterbreiten, welches die Lieferung in Form von Mietwäsche im Detail regelt. Dieses Angebot ersetzt bzw. integriert den bestehenden Dienstleistungsvertrag.

Die im Dienstleistungs- und Pachtvertrag zu ergänzenden Dokumente wurden noch nicht von der Geschäftsführung hinterlegt.

Die Umstellung auf Mietwäsche ist jetzt im Gesundheitsbezirk Bruneck mit April 2019 geplant, da erst nach Sicherstellung der Finanzierung der definitive Ankauf der zu vermietenden Wäsche und Verteilungslogistik durch die Wabes GmbH erfolgen kann.

6.9. Telemedizin

Die technologischen und informatischen Entwicklungen können die klinischen, organisatorischen und Führungsprozesse des Sanitätsbetriebes unterstützen (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 12.3).

In besonderem Maße erscheint die Verwendung der Informatik (Telemedizin) für die Verwaltung der klinischen Daten zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken als innovativ. Die wichtigsten Anwendungen der Telemedizin sind folgende:

- Das Telemonitoring der Parameter, wie zum Beispiel Blutzucker, Körpergewicht, Sauerstoffsättigung, Blutdruck usw., ermöglicht es, die Patientin bzw. den Patienten mit einer Pathologie, welche die Veränderungen dieser Parameter beeinflussen kann, auf Distanz zu kontrollieren, um sofort und effizient im Falle von Über- oder Unterschreitung der normalen Schwellenwerte eingreifen zu können sowie unangemessene Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und ermöglicht es damit der Bürgerin bzw. dem Bürger, im eigenen Umfeld zu verbleiben
- Die Teleberatung ermöglicht dem Gesundheitspersonal eine gegenseitige Konsulenz auf Distanz zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; ein Beispiel dazu ist eine diagnostische Interpretierung eines Abbildes einer Hautverletzung. Hierbei kann eine Diagnose erstellt sowie die beste therapeutische Behandlung von Seiten eines Dermatologen festgelegt werden, dies im Gegensatz zu einem Allgemeinmediziner, bei alldem wird vermieden, dass die Patientin bzw. der Patient Ortsveränderungen auf sich nehmen muss und zudem wird Zeit für das Gesundheitspersonals eingespart.

Das Gesundheitsministerium hat die Leitlinien für die Telemedizin ausgearbeitet, die im Laufe des Einvernehmens zwischen Regierung, Regionen und den autonomen Provinzen Trient und Bozen genehmigt wurden, gemäß Art. 8, Absatz 6 des Gesetzes vom 5. Juni 2003, Nr. 131, wobei die Telemedizin als hilfreiches Instrument definiert wurde, für:

- die sekundäre Prävention bei Personen, die gesundheitliche Risiken oder chronischen Erkrankungen aufweisen;
- die Erstellung von Diagnosen mittels Datenaustausch und die Beratung auf Distanz, womit für die Patientinnen und Patienten Ortsveränderungen vermieden werden;
- die Behandlung;
- die Überwachung der Patientinnen und Patienten mittels Erhebung, Übermittlung und Auswertung auf Distanz der vitalen Parameter.

6.9.1. Pilotprojekt für das Telemonitoring von Blutzucker, Körpergewicht und Blutdruck bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2

Der Sanitätsbetrieb des Landes Südtirol wird sich der Telemedizin bedienen und möchte dieses System mittels eines Pilotprojektes für die Dauer von 24 Monaten testen, mit dem Zweck, die positiven Aspekte aufzuwerten und eventuelle kritische zu minimieren, dies im Hinblick auf eine Ausdehnung der Telemedizin bei der Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen, wie dies zum Beispiel Diabetes, Bronchopneumie, und Herzinsuffizienz sind. Das System unterstützt und integriert die Maßnahmen zu Gunsten der Implementierung des Chronic Care-Modells und zu Gunsten des Überganges von der abwartenden Medizin auf die proaktive Medizin.

Erwartetes Ergebnis

Zweijähriges Pilotprojekt bei Personen mit Diabetes Typ 2 und Bewertung der Modalität der Telemedizin bei Personen mit chronischen Erkrankungen.

Indikatoren

2017: Telemonitoring der Parameter, die sich auf Blutzucker, Blutdruck und Körpergewicht einer Gruppe von Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ 2 beziehen. Überwachung der Kontrollgruppe zur Bewertung des Projektes nach dessen Abschluss. Definition der Art und der Ausdehnung der Unterstützungsformen in der Telemedizin.

2018: Weiterführung des Telemonitorings in der Projektgruppe und Definition der Modalitäten zur Weiterführung ihrer Betreuung bei dessen Beendigung. Abschluss und darauffolgende Bewertung des Pilotprojektes, basierend auf den Prozessindikatoren und der festgelegten Outcomes. Planung und Umsetzung dessen, was in Hinblick auf die Ausdehnung der Telemedizin (siehe letzter Punkt 2017) festgelegt wurde.

2019: Weitere Umsetzung dessen, was im Jahr 2018 definiert wurde. Ausschreibung für die Telemedizin.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle für die berufliche Entwicklung

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 wurde das Telemonitoring des Blutzuckerspiegels, des Blutdruckes und des Körpergewichts, bei den von den am Projekt teilnehmenden Ärzten für Allgemeinmedizin rekrutierten Patienten und das Monitoring der Kontrollgruppe gemäß Einvernehmensprotokoll mit der SAKAM –

AcAMG (Südtiroler Akademie für Allgemein Medizin - Accademia Altoatesina di Medicina Generale) aktiviert.

Die teilnehmenden Patienten sind in folgenden Gesundheitsbezirken ansässig:

- Lana
- Überetsch
- Bruneck
- Zentrum-Bozner Boden-Rentsch (Bozen)
- Europa-Neustift (Bozen)
- Don Bosco (Bozen)
- Gries-Quirein (Bozen)
- Meran

Die Anzahl der von den Ärzten für Allgemeinmedizin rekrutierten Patienten ist niedriger als erwartet. Trotz verschiedener Treffen mit den Referenten der SAKAM – AcAMG um dies zu ergründen und diesbezüglich eine Lösung zu finden, ist es noch nicht gelungen eine Anzahl von Patienten zu erreichen, die den Erwartungen entspricht.

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich feststellen, dass die Hauptstärken des Projekts in der Möglichkeit der aktiven Einbeziehung der Patienten in die Überwachung ihrer Parameter zur Vermeidung von Komplikationen und in der Möglichkeit der therapeutischen Edukation durch Krankenpfleger liegt, die diese Aufgabe auf Sprengebene übernommen haben. Als besonders schwierig erweist sich die Rekrutierung von Ärzten für Allgemeinmedizin und die darauffolgende Rekrutierung von Patienten für dieses Projekt.

6.10. Lean Healthcare

6.10.1. Implementierung des Projektes 2017 - 2019

Fortführung des Projektes zur Steigerung der Patientenzufriedenheit, Verbesserung der Verfügbarkeit der Leistungen, Verbesserung der Versorgungsqualität und –sicherheit, Steigerung der Produktivität und der Effizienz und Verbesserung des Einsatzes der Professionalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Berücksichtigung der strategischen Bezugsdokumente und in Synergie mit den Projekten zur Implementierung des IT-Masterplans, des Prozessmanagements, der Bilanz Zertifizierung und des Datenschutzes

Erwartetes Ergebnis

Umsetzung des vom Lenkungsausschuss genehmigten Projektplanes 2017-2019

Indikatoren

2017:

- Abschluss der Projektbegleitung für die Notaufnahmen Brixen, Bruneck, Bozen und Meran, Aufnahme der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen und Aktivierung des betrieblichen Kompetenzkreises „Notaufnahmen“
- Fortführung der Begleitung der Abteilungen und Ambulanzen der Inneren Medizin von Bozen, Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck und Innichen und Aktivierung des betrieblichen Kompetenzkreises „Innere Medizin“
- Beginn des Projektes in den Abteilungen und Ambulanzen der Chirurgie von Bozen, Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck und Innichen

2018:

- Fortführung der Audits zur kontinuierlichen Verbesserung und des betrieblichen Kompetenzkreises der Notaufnahmen Bruneck, Brixen, Bozen und Meran
- Fortführung des Projektes und der Verbesserungsmaßnahmen in den Abteilungen und Ambulanzen der Inneren Medizin von Bozen, Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck und Innichen und des betrieblichen Kompetenzkreises „Innere Medizin“
- Beginn des Projektes in den Abteilungen und Ambulanzen der Orthopädie/Traumatologie von Bozen, Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck und Innichen

2019:

- Fortführung der Audits zur kontinuierlichen Verbesserung und des betrieblichen Kompetenzkreises der Notaufnahmen Bruneck, Brixen, Bozen und Meran
- Fortführung der Audits zur kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen in den Abteilungen und Ambulanzen der Inneren Medizin von Bozen, Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck und Innichen und des betrieblichen Kompetenzkreises „Innere Medizin“

- Fortführung des Projektes und der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen in den Abteilungen und Ambulanzen der Orthopädie/Traumatologie von Bozen, Meran, Schlanders, Brxien, Sterzing, Bruneck und Innichen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Primarinnen und Primare sowie Koordinatorinnen und Koordinatoren der Abteilungen und Ambulatorien mit der Unterstützung der internen und externen Projektkoordination

Bericht 2017

In den Notaufnahmen und in den Abteilungen und Ambulatorien der Medizin wurde das Projekt plangemäß weitergeführt. In den Abteilungen und Ambulatorien der Chirurgie wurden die Mitglieder der Projektgruppen geschult, die Patientenflussanalysen und die Soll- Modellierung vorzunehmen. Die Ergebnisse der jeweiligen Arbeitsschritte wurden in der Betriebsdirektion in den Lenkungsausschüssen vorgestellt und gutgeheißen. Die nächsten Arbeitsschritte für 2018 sind freigegeben worden.

7. Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien(IT-Masterplan)

7.1. Dienste für die Bürgerinnen und Bürger

7.1.1. „ Bürgerportal“

Der IT-Masterplan sieht im Bereich der Dienste für die Bürgerinnen und Bürger die Verwirklichung des sog. „Bürger-Information-Systems“ vor. Dieses Informationssystem erleichtert den Zugang zu den Gesundheitsdiensten, befriedigt die Informationsbedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger und fördert die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger zum Schutz der eigenen Gesundheit und im Therapieprozess.

Geplant sind die Einführung von Online-Diensten (Online-Vormerkung und -Bezahlung u.a.m.) genauso wie Instrumente zum Bürger- und Patienten-Empowerment (Gesundheits-Tagebuch, Telemedizinische Angebote) wie auch neue Informationsangebote (Persönliche Medizinische Enzyklopädie).

Im Dreijahreszeitraum erfolgt die schrittweise Umsetzung. Für 2017 sind die Produktion von 2 neuen Gesundheits-Apps und die Vorbereitung des Relaunchs des institutionellen Auftritts des Sanitätsbetriebes geplant.

Erwartetes Ergebnis

- Das Bürgerportal ist online.

Indikatoren

2017: Realisation von 2 Apps (Arbeitstitel: SABES-App; App „Rund um die Geburt“)

2018: Planung Relaunch

2019: Integration von zusätzlichen Diensten und Angeboten, Relaunch

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Abteilung IT

Bericht 2017

Mit Beschluss der LR. Nr. 1402 wurde das BSC-Ziel wie folgt abgeändert: Schaffung eines "App-Dienstes" für den Bürger. Die Mobile-App wurde realisiert mit den angeforderten Funktionen "Anzeige der Warteschlangen in der Notaufnahme; Diensthabende Apotheken; Turnusärzte; Kontakte; News". Aktuell wird der Relaunch geplant: Ziel ist es den institutionellen Auftritt klar von Gesundheitsinformationen und Vorsorgekampagnen zu trennen, Zugänge für bestimmte Nutzergruppen (z.B. chronisch Patienten) zu schaffen und die Anzahl der statischen Seiten stark zu reduzieren.

7.1.2. Online-Zahlungen von Rechnungen und Ticket

Mit der Einführung des Online-Bezahlungssystems werden die Bürgerinnen und Bürger und die internen Kassen unterstützt.

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung eines Analyse- und Planungsdokuments für die Umsetzung der Funktionalitäten und Aktivierung der Online-Zahlungen

Indikatoren

2017: Analyse durchgeführt, Planungsdokument ausgearbeitet und Funktionalitäten implementiert; Aktivierung der Online-Zahlungen für Radiologie- und Laborleistungen

2019: Aktivierung der Online-Zahlungen für alle Leistungen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Wirtschaft und Finanzen

Bericht 2017

Die Abteilung Informatik hat gemeinsam mit der Abteilung Wirtschaft und Finanzen, der Abteilung Wohnortnahe Versorgung und dem Technologiepartner SAIM die Analyse zur Einführung der Online-Zahlungen durchgeführt und das entsprechende Planungsdokument dazu ausgearbeitet.

Im Jahr 2018 wird die Aktivierung der Online-Zahlungen für Radiologie- und Laborleistungen erfolgen.

7.1.3. Informationskanal und Verwaltung des Patientenflusses (Queue Management)

Zurzeit gibt es in den Gesundheitsbezirken unterschiedliche Lösungen für den Informationskanal und das Queue-Management.

Erwartetes Ergebnis

Umsetzung eines Kanals zur Informationsverteilung mittels Videoanzeige an verschiedenen Punkten des Krankenhauses und Implementation einer betriebsweiten Lösung zur Verwaltung der Patientenflüsse

Indikatoren

Erstellung Lastenheft und Einleitung des Ausschreibungsverfahrens, innerhalb 31.12.2017

Implementierung an ausgewählten Orten innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung IT

Bericht 2017

Der Entwurf eines Lastenheftes wurde erstellt. Mit den verantwortlichen Verwaltungskordinatoren des Bezirkes wurde erhoben, in welchen Ambulatorien und Patientenkontaktpunkten es nötig ist, das künftige Patient-Flow-Management einzuführen. Aktuelle wird die Arbeitsgruppe formalisiert und ein konkreter Ausschreibungsvorschlag erarbeitet.

7.1.4. Kundenzufriedenheitsbefragung

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb führt jährlich eine Kundenzufriedenheitsbefragung durch, die methodisch unterstützt durch ein unabhängiges Institut die wahrgenommene Qualität der Dienstleistungen erhebt.

Erwartetes Ergebnis

2017: Allgemeine Zufriedenheitsbefragung (Bevölkerung)

2018: Eine Zufriedenheitsbefragung (mit Vertiefung der kritischen Bereiche aus der Erhebung 2017)

2019: Eine Zufriedenheitsbefragung (mit Vertiefung der kritischen Bereiche aus den vorhergehenden Erhebungen)

Indikatoren

Methodologisch abgesicherte Ergebnisse zur Kundenzufriedenheit

Verantwortlicher des Verfahrens

Abteilung für Kommunikation, Ämter für Bürgeranliegen

Bericht 2017

Die allgemeine Zufriedenheitsbefragung ist mit methodologischer Unterstützung einer externen Agentur geplant und durchgeführt worden. Die Ergebnisse sind der Betriebsdirektion vorgestellt worden.

7.2. Territoriales Informationssystem

7.2.1. Hausbetreuung und geschützte Entlassung

Das territoriale Informationssystem in Südtirol ist nicht sehr ausgereift. Angesichts der steigenden Bedeutung der territorialen Betreuung und der mangelhaften Verfügbarkeit von Daten für die territoriale Pflegeplanung, beabsichtigt der Betrieb massiv in diesen Bereich zu investieren (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5).

Erwartetes Ergebnis

- Einführung eines Informationssystems für die Verwaltung der integrierten (IHP) und der programmierten Hauskrankenpflege (PHP)

Indikatoren

- Analyse und praktische Umsetzung laut Umsetzungsplan, welchen SAIM innerhalb von 60 Tagen nach Auftragsvergabe vorlegen muss, innerhalb 31.12.2019.
- Einführung und Realisierung des Datenflusses "Informationssystems für die Überwachung der Hauspflege" an das Ministerium, innerhalb 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion – Abteilung IT

Bericht 2017

Folgende Aktivitäten wurden in der zweiten Jahreshälfte 2017 durchgeführt:

- Projektauftrag
- Bildung des Projektkernteams
- Bildung der Arbeitsgruppen
- Kick-Off Treffen
- 30 Treffen für System- und Arbeitsprozessanalysen
- Erhebung der Anforderung für Software und Hardware
- Umsetzungsplan für 2018
- Ausarbeitung des Ausführungsprojekts

7.2.2. Antikoagulierte Patienten

Im SABES gibt es verschiedene Systeme für die Verwaltung der antikoagulierten Patientinnen und Patienten. Abgesehen von der Vereinheitlichung der SW EDP Taonet, soll der IT-Dienst im zentralen Data Center zentralisiert werden.

Erwartetes Ergebnis

- Vereinheitlichung der SW und Zentralisierung der einzelnen TAONET-Installationen

Indikatoren

- Zentralisierung der einzelnen TAONET-Installationen, innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Informatik

Bericht 2017

Die Zusammenführung der bestehenden Systeme ist komplexer als erwartet, auch weil andere Prioritäten hinzugekommen sind, die die Informatikabteilung hat bewältigen müssen. So konnte die Lieferfirma nicht die notwendige Unterstützung erhalten, welche für die termingerechte Übernahme des Datenbestandes (Bruneck und Brixen) notwendig gewesen wäre. Derzeit wurden die Datenbanken von Bozen, Meran und Schlanders zusammengeführt (unter Anwendung der alten Programmversion) und es wird gerade die Prozedur mit einem Export-Test entwickelt, um die historischen Daten von Bruneck und Brixen zu importieren. Zuletzt müssen die Benutzer, die das TAONET2-Programm in Bruneck und Brixen anwenden, definiert werden und die Planung von Schulungskursen ist vorgesehen.

7.3. Krankenhausinformationssystem

7.3.1. ADT - Aufnahme, Entlassung, Verlegung

Im SABES gibt es zurzeit verschiedene ADT-Systeme (Aufnahme, Entlassung, Verlegung). Diese sollen durch ein auf Betriebsebene einheitliches System ersetzt sowie die Einhaltung der Leitlinien für den neuen KEB im Krankenhaus gewährleistet werden (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 7 und 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung eines betrieblichen ADT-Systems

Indikatoren

- Analyse innerhalb 31.12.2017
- Implementierung innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Informatik

Bericht 2017

die Analysen und Umsetzung laufen noch; es ist die Rede von der Einführung bis Ende des Jahres in Meran, 2018 in Bozen und 2019 in Bruneck und Brixen; Die neue Krankenhausentlassungskarte (SDO) wurde jedoch bereits auf bestehenden Systemen (IKIS, SDO_KEB, MEDARCHIVER) implementiert und der Versand korrekter Daten erfolgt derzeit zu 100%.

7.3.2. Elektronische Klinische Fallakte - KFA

Im SABES gibt es zurzeit diverse Systeme für die elektronische klinische Fallakte. Verschiedene Abteilungen und Ambulatorien haben kein angemessenes Werkzeug für die Verwaltung der elektronischen Patientendokumentation. Die betriebliche Strategie sieht die Umsetzung eines einheitlichen Systems auf Betriebsebene vor (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung einer betrieblichen elektronischen klinischen Basisfallakte im Krankenhaus

Indikatoren

- Analyse und praktische Umsetzung laut Umsetzungsplan, welchen SAIM innerhalb von 60 Tagen nach Auftragsvergabe vorlegen muss.
- Ausarbeitung eines Projekts für die Erhebung der Pflegeleistungen auf Krankenhausebene, innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitäts-/Pflegedirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die Einführung begann in den Medizinen und Chirurgien in Bozen und Meran. Die Analyse der Anforderungen wurde in den Monaten April bis Juni in mehreren Sitzungen mit den von den Bezirksdirektionen ermittelten Bürgervertretern (Ärzten und Krankenpfleger) durchgeführt. Nach der Abänderung der Plattform der elektronischen KH Krankenakte wurden ab August, 6 Entwicklungssprint agile, für die ambulatoire elektronische Krankenakte, mit verschiedenen ausgewählten Referenten und weiterer Validierungsmeetings durch die zugehörigen Bürgervertreter, durchgeführt. Aufgrund dieses verstärkten Engagements für Analyse und Entwicklung hat sich der Roll-out-Plan um ca. 6 Monate verspätet.

7.3.3. Klinische Überwachung der Patienten

Im SABES gibt es zurzeit diverse Systeme für die klinische Überwachung von Patientinnen und Patienten (PDMS = Patient Disease Management System). Verschiedene Abteilungen und Ambulatorien haben kein angemessenes Werkzeug für die Verwaltung der elektronischen Patientendokumentation. Die betriebliche Strategie sieht die Umsetzung eines einheitlichen Systems auf Betriebsebene vor (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung eines PDMS-Systems im SABES

Indikatoren

- Einleitung eines europäischen Verhandlungsverfahrens für den Ankauf und die Implementierung eines PDMS-Systems innerhalb 31.12.2017.
- Durchführung eines PDMS-Pilotbetrieb in den Abteilungen Wiederbelebung, Anästhesie und Intensivmedizin, innerhalb 31.12.2018.
- Definitive Umsetzung des PDMS, innerhalb 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Das Pflichtenheft für die Ausschreibung ist erstellt worden.

7.3.4. Einführung eines neuen Informationssystems für den 118 Dienst

Ein neues Informationssystem wird entwickelt, um eine angemessene Integration mit der integrierten Patientenakte und der Krankenhauslogistik zu garantieren, ebenso wie eine Integration mit den Drittsystemen der Notaufnahmen und Notfallorganisationen (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5 und 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Einführung eines neuen Informationssystems

Indikatoren

- Erarbeitung der Ausschreibung, Ankauf des Dienstes und Durchführung Pilotbetrieb, innerhalb 31.12.2017.
- Umsetzung, innerhalb 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verantwortlicher des Dienstes 118 - Abteilung IT

Bericht 2017

Es wurden Voranalysen gemacht um die verschiedenen Systeme zur Erfassung der EMUR Transportdaten (Transport-, Pflege- und Notarztprotokoll) zu vereinheitlichen.

Bei der Lieferfirma des Systems Digipen (Notarztprotokolle) und der neuen einheitlichen Notrufzentrale 112, wurde angefragt ihr bereits entwickeltes System vorzustellen und ein mögliches Integrationsprotokoll mit der Software des Zivilschutzes (Intergraph) vorzulegen.

Dieses System ermöglicht sämtliche Aktivitäten und Daten des Einsatzes zu registrieren, und den Datenfluss EMUR zu verwalten.

7.3.5. Verwaltung von Mahlzeiten und Spezialkost

Im SABES gibt es zurzeit verschiedene Systeme für die Verwaltung der Mahlzeiten und Spezialkost. Die betriebliche Strategie sieht die Umsetzung eines einheitlichen Systems auf Betriebsebene vor.

Erwartetes Ergebnis

- Einführung einer betrieblichen Software zur Verwaltung der Mahlzeiten und Spezialkost

Indikatoren

- Angebot bei den Unternehmen einholen, welche bereits im Betrieb genutzt werden, für die Ausweitung der SW auf alle Gesundheitsbezirke, innerhalb 31.12.2017.
- Umsetzung in allen Krankenhäusern, innerhalb 31.12.2018

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern des Dienstes für klinischen Ernährung, Krankenschwestern und Chefköchen aus vier Gesundheitsbezirken zusammensetzte, wurde mit Verspätung aktiviert. Ziel war es, die beiden Managementsysteme, für Bestellung und Verteilung der Mahlzeiten für die Patienten zu überprüfen und jenes System auszuwählen, das den Anforderungen des Betriebes am besten entspricht.

Nach der verspäteten Einrichtung der Arbeitsgruppe war es noch nicht möglich, eine Auswahl zu treffen.

7.4. Informationssystem der Verwaltung

7.4.1. Digitale Archivierung

Der Kodex der digitalen Verwaltung ("CAD"), GvD 26 August 2016, Nr. 176, definiert ein grundlegendes Gebot: Die öffentlichen Verwaltungen erstellen die Originale ihrer Dokumente in elektronischer Form. Ebenso wie die analogen Dokumente sind auch elektronische Dokumente dazu bestimmt, für längere Zeit aufbewahrt zu werden. Während die Regeln für die Aufbewahrung von analogen Dokumente jedoch relativ einfach sind, sind für elektronische Dokumente „besondere

Vorkehrungen“ erforderlich, um für deren gesamten Verwaltungszeitraum den Erhalt der gesetzlichen und rechtlichen Gültigkeit zu gewährleisten.

Erwartetes Ergebnis

- Die vom Gesetz vorgesehenen digitalen Dokumente werden digital archiviert.

Indikatoren

- Radiologie- und Laborbefunde digital archivieren, innerhalb 31.12.2017
- Ermittlung weiterer Dokumente, welche digital archiviert werden sollen, innerhalb 31.12.2017
- Weitere Dokumente digital archivieren, innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die digital unterzeichneten Befunde des Labors und der Radiologie werden mittels einer entsprechenden Software verwahrt. Es sind außerdem folgende Dokumente zur digitalen Verwahrung weitergeleitet worden: Rechnungen, Aufträge und Beschlüsse, wobei die Anzahl der Abteilungen und Dienste, die die Software Archiflow zur Protokollierung benützen und somit auch die Anzahl der Dokumente, die automatisch zur Bewahrung gebracht werden, erhöht wurden.

Es wird derzeit die Durchführbarkeit der Digitalisierung innerhalb 2019 folgender Projekte bewertet: Personalakte mit Integration mit der Software Archiflow; Verteilung der medizinischen Behelfe und Hilfsmittel an die Betreuten verwaltet von der Rechtsmedizin; Verschreibung von Medikamenten und Leistungen mittels der Dematerialisierung der Rezepte.

7.4.2. Workflow Engine und Dokumentenverwaltung

Der Kodex der digitalen Verwaltung (“CAD”), Gesetzesvertretendes Dekret 26 August 2016, Nr. 176, definiert ein grundlegendes Gebot: Die öffentlichen Verwaltungen erstellen die Originale ihrer Dokumente in elektronischer Form. Ebenso wie die analogen Dokumente sind auch elektronische Dokumente dazu bestimmt, für längere Zeit aufbewahrt zu werden. Während die Regeln für die Aufbewahrung von analogen Dokumenten jedoch relativ einfach sind, sind für elektronische Dokumente „besondere Vorkehrungen“ erforderlich, um für deren gesamten Verwaltungszeitraum den Erhalt der gesetzlichen und rechtlichen Gültigkeit zu gewährleisten.

Erwartetes Ergebnis

- Digitalisierung der derzeit in analoger Form vorliegenden Dokumente und Erstellung der Originale in elektronischer Form

Indikatoren

- Vollständiger Einsatz der Software ARCHIFLOW zur Dokumentenverwaltung und für die Erstellung von digitalen Prozessen und Faszikeln, innerhalb 31.12.2017
- Analyse und Modellierung der wichtigsten Prozesse (abgeleitet von der Bilanz Zertifizierung), innerhalb 31.12.2018
- Übernahme der Ausschreibung der Öffentlichen Verwaltung von Südtirol für das Workflowmanagementsystem EIM (Enterprise Information System) und Implementierung von drei Prozessprototypen, innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die Benutzung der Software ARCHIFLOW wurde auf alle Ämter der Verwaltung ausgeweitet und entsprechende Kurse für deren Benutzung abgehalten.

Teilweise wurde die dezentrale Protokollierung eingeführt. Der Prozess des „fascicolo informatico“ wurde erklärt und eingeführt.

7.4.3. Personalakte für Gehälter und Löhne

Digitalisierung der Personalakte für Gehälter und Löhne

Erwartetes Ergebnis

- Digitalisierung der Personalakte

Indikatoren

- Ankauf und Inbetriebnahme der Software für die digitale Verwaltung der Personalakte, innerhalb 31.12.2017

- Digitalisierung der Personalakte, innerhalb 31.12.2018

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die Software für die Verwaltung der digitalen Personalakte wurde angekauft und in Betrieb genommen. Man ist testweise mit der Verwaltung der Dokumente im elektronischen Format gestartet.

7.4.4. ERP - Enterprise Resource Planning

Das aktuelle, von GPI bereitgestellte System muss an die neuen Integrationsanforderungen der Krankenhaus- und Managementsysteme angepasst werden. Im Rahmen der Homogenisierung der Informationssysteme der gesamten Öffentlichen Verwaltung in Südtirol und unter Einhaltung einer einheitlichen „Enterprise Architecture“ ist der Übergang auf eine solche Lösung zu analysieren. Nach einer ersten Machbarkeitsstudie für die Module CF/CO folgen die Verfahren zum Ankauf und zur Umsetzung.

Erwartetes Ergebnis

- Homogenisierung des ERP-Systems für CF/CO der gesamten Öffentlichen Verwaltung in Südtirol

Indikatoren

- Machbarkeitsstudie, innerhalb 31.12.2017
- Ausschreibung, innerhalb 31.12.2018
- Analyse und Beginn Implementierung, innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion - Abteilung Informatik

Bericht 2017

Der Betrieb ist der CONSIP-Konvention beigetreten.

7.4.5. Facility Management

Die Abteilung Technik und Vermögen verwaltet eine große Anzahl von technischen Anlagen und Objekten (Assets) auf Betriebsebene. Für diese Verwaltung soll ein geeignetes IT-Programm realisiert werden.

Erwartetes Ergebnis

- Einführung einer Software für die Gebäudeverwaltung für die Abteilung Technik und Vermögen

Indikatoren

- Erarbeitung der Ausschreibung, Ankauf des Dienstes für die Durchführung des Pilotbetriebs einer Plattform zur Gebäudeverwaltung für die Abteilung Technik und Vermögen, innerhalb 31.12.2017
- Ausweitung der Lösung, innerhalb 31.12.2018

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die Wartungssoftware ist ausgewählt worden. Zum einen verwendet bereits die Autonome Provinz Bozen diese Software und zum anderen wird auch die neue Klinik in Bozen auf diese Software zurückgreifen. Dadurch erhofft man sich in Zukunft Synergien, wenn dieselbe Software von der Landesverwaltung und auch vom Sanitätsbetrieb genutzt wird. Da sich im Laufe des Jahres herausgestellt hat, dass trotzdem ein reguläres Verfahren für den Ankauf der Software eingeleitet werden muss, hat die SIAG den Auftrag erhalten eine entsprechende Ausschreibung vorzubereiten. Die notwendigen Informationen für die Erstellung der Ausschreibungsunterlagen wurden an SIAG übermittelt und in Folge auch die Zustimmung zum vorbereiteten Ausschreibungsentwurf gegeben. Die Ausschreibung selbst wurde von SIAG noch nicht veröffentlicht.

7.4.6. Erfassung der Präsenzen und Turnusverwaltung Personal

Die Software SpExpert ist seit einiger Zeit das betriebliche Werkzeug zur Erfassung der Präsenzen und Turnusverwaltung. Während einige Bezirke diese SW bereits seit längerem verwenden, war es in anderen noch nicht möglich, auf dieses System umzustellen. Die alten Systeme müssen baldmöglich

abgeschafft werden, weil sie zurzeit noch Ressourcen binden, welche für die Verwaltung des betrieblichen Systems erforderlich sind.

Erwartetes Ergebnis

- Alle Bediensteten zur Verwendung von SP-Expert migrieren; Anpassung der Software für die Erfassung der Präsenzen und Turnusverwaltung

Indikatoren

- Organisation von Seiten der Bezirksdirektion, unterstützt von der ärztlichen und Pflegedirektion, einer zeitnahen Information an das ärztliche (v.a. Direktoren der komplexen Strukturen) und Pflegepersonal (v.a. Koordinatoren und Verantwortliche der Dienste), welche diese in die Lage versetzt, die Entschlossenheit der Bezirksdirektion wahrzunehmen, dieses Projekt zu unterstützen. Formelle Beauftragung (Aufgabenbeschreibung) der Projektverantwortlichen durch die Bezirksdirektion, um SP-Expert in den vorgesehenen Bereichen einzuführen. Bereitstellung von ausreichenden Personalressourcen, welche namentlich bestimmt und formell ernannt werden, mit dem klaren Bewusstsein, dass die Teilnahme am Projekt für die beteiligten Akteure einen zusätzlichen Aufwand darstellt, zusätzlich zu den normalen institutionellen Verpflichtungen eines jeden einzelnen, innerhalb 31.12.2017
- Alle Bediensteten zur Verwendung von SP-Expert migrieren, Anpassung der Konfiguration und Schulung des Personals, innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Die Migration verschiedener Abteilung des Bezirks Bozen auf Sp-Expert wurde weitergeführt.

Es war nicht möglich alle Ärzte des Gesundheitsbezirkes Bruneck sowie Bozen zu migrieren weil andere Prioritäten von den Bezirksdirektoren gesetzt wurden.

7.5. Infra-/Infostruktur und Plattformen zur Unterstützung der vertikalen Dienste

7.5.1. Digitalisierte Verschreibung

Die Informatisierung und die Entmaterialisierung der betrieblichen Prozesse dienen der Optimierung der logistischen Abläufe, wodurch die Ausgaben erheblich reduziert werden. Einer der wesentlichsten Prozesse ist die Verwaltung der Verschreibungen von Medikamenten und Fachleistungen.

Erwartetes Ergebnis

- Verschreibung von Medikamenten und Fachleistungen, wobei die Rezepte laut dem neuen Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen im Krankenhaus und bei den ÄAM/KFW entmaterialisiert werden.

Indikatoren

- Verwendung des PSM-Moduls von IM in den Bezirken Bozen und Meran, innerhalb 31.12.2017
- Ausweitung der Verwendung des PSM-Moduls von IM auf die Bezirke Brixen und Bruneck, innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017

Das PSM-Modul ist im Laufe des Jahres 2017 in den Krankenhäusern von Bozen, Meran u. Schlanders, in allen Abteilungen und Diensten die die roten Rezepte ausstellten, nach einem präzisen Zeitplan, welcher Einführungskurse und Beistand von IT-Personal und Technikern vorsieht, vorbereitet worden. Zur Erleichterung der Anwendung aufgrund der internen Organisation sind zurzeit noch Softwareverbesserungen im Gange.

7.5.2. Business Continuity

Die Agentur für das digitale Italien (AgID) sieht eine drastische Reduzierung der Datacenter auf staatlicher Ebene vor. Entsprechend dieser Vorgaben realisiert das Land Südtirol ein einheitliches verteiltes Datacenter, wobei im Krankenhaus Bruneck die Umsetzung des Disaster Recovery Zentrums vorgesehen ist.

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung eines Disaster Recovery Zentrums im Krankenhaus Bruneck (Infrastruktur und aktive Geräte)

Indikatoren

- Vorbereitung der Dokumentation für die FESR-Finanzierung für die Ausschreibung der Infrastruktur (BSC nur Abteilung Technik und Vermögen Bruneck), innerhalb 31.12.2017
- Überprüfung der Einhaltung der in FESR geplanten Zeiten, innerhalb 31.12.2018
- Abnahme der Infrastruktur und Bereitstellung von Vorschriften zur Verwaltung der Infrastruktur des DR-Zentrums, innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilungsdirektor IT

Bericht 2017

Das ausführende Projekt für die Infrastruktur wird von der Abteilung Technik und Vermögen Bruneck überprüft. Bis Juni 2018 wird die entsprechende Ausschreibung veröffentlicht.

7.5.3. Data Warehouse

Einheitliche integrierte Plattform, welche alle Anforderungen an das betriebliche "Business Intelligence" sowie direkte Erstellung der Informationsflüsse an das Land und an das Ministerium abdecken kann; Definition der ersten Implementierungen; Überprüfung der Vollständigkeit der Informationen und Laden der Daten in die einheitliche Struktur; gleichzeitige Stilllegung der aktuellen Software- und Hardwaredienste, welche nicht mehr genutzt werden.

Erwartetes Ergebnis

2017: Definition der ersten Implementierungen; Überprüfung der Vollständigkeit der Informationen und Laden der Daten in die einheitliche Struktur; gleichzeitige Stilllegung der aktuellen Software- und Hardwaredienste, welche nicht mehr genutzt werden.

2018: Fortführung der Implementierungen auf den neuen DWH-System. Schaffung erster Flüsse vom einheitlichen DWH

2019: Fortführung der Implementierungen auf den neuen DWH-System und Abschluss des Teils bezüglich Integrationen und Schaffung von Flüssen, welche vom Projekt vorgesehen sind

Indikatoren

- Schaffung eines einheitlichen Data Warehouse zur gemeinsamen Nutzung von Sanitätsbetrieb und Abteilung Gesundheit.
- Nutzung des bereits bestehenden Data Warehouse der Abteilung Gesundheit.
- Ausweitung der Funktionalitäten und der Datenbereiche, um auch spezifische Anforderungen abdecken zu können
- Das System wird sowohl im betrieblichen Netz, als auch unterwegs nutzbar sein.
- Es werden auch Dashboards und Berichte im PDF-Format bereitgestellt.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Controlling – Abteilung IT

Bericht 2017

SIAG hat die nötige technologische Infrastruktur bereit gestellt um mittels des neuen Zugangspunktes <https://bi.prov.bz.it> alle aktuellen SABES Qlikview BI-Anwendungen aufrufen zu können. Dies hat ermöglicht den Publizierungsservice von SABES zu deaktivieren.

Die verschiedenen Datenquellen wurden analysiert, unter diesen wurden die KEB-Daten als erstes Target für die Implementierung in die neue Data Warehouse Struktur identifiziert und deren zugehörige Reports über das neue Portal der Business Intelligence SIVAS-SABES verfügbar gemacht.

Zu diesem Zwecke sind die zurzeit verfügbaren Kontrollen und Indikatoren in den Reports der Abteilung Gesundheit validiert worden. Zudem ist eine neue Aktualisierungsmodalität der Krankenhausentlassungsbögen (KEB)-Datenquelle festgelegt worden und die Publizierung der erwähnten Reports wurde auf dem SIVAS-SABES aktiviert.

7.6. Datenflüsse

7.6.1. ADT N-SDO

Im SABES gibt es zurzeit verschiedene ADT-Systeme (Aufnahme, Entlassung, Verlegung). Diese sollen durch ein auf Betriebsebene einheitliches System ersetzt werden, um die Einhaltung der Leitlinien für den neuen KEB im Krankenhaus und die Umsetzung des entsprechenden N-KEB Datenflusses zu gewährleisten.

Erwartetes Ergebnis

- Vollständigkeit des N-KEB (neuer Krankenhausentlassungsbogen) Datenflusses

Indikatoren

- Verhältnis zwischen beobachteten Fällen / erwartete Fälle N-KEB > 90% und Abschluss der KFA – KEB zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten. Annahme der Maßnahme bezüglich der Änderungen der Daten und der Software des 118-Dienstes, innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung IT

Bericht 2017- warten auf Daten von Dr.in Melani

Die N-KEB Abdeckung der öffentlichen Krankenhäuser übersteigt 99%

7.6.2. Vollständige Rückverfolgung des Arzneimittels und Medizinprodukts

Eines der strategischen Ziele der Medikamentenrückverfolgung ist die Überwachung des Lebenszyklus des Medikaments und der Einsatz von Arzneimitteln, mit den folgenden Hauptzielen:

- Zurückführung auf Einheitlichkeit, Nachverfolgbarkeit des Prozesses bezüglich des Lebenszyklus des Medikaments, auch mittels der Schaffung einer einheitlichen, sicheren, vollständigen, flexiblen und aktuellen Stammdatenbank der Arzneimittel;
- Verbindung der Daten des Medikamentenverbrauchs mit dem Betreuten

Erwartetes Ergebnis

Vollständige und ausführliche Ausfüllung des File F für nicht im Land Südtirol ansässige Patientinnen und Patienten.

Indikatoren

- Ausfüllung des File F für jedes pharmazeutische Produkt, welches im ambulanten oder stationären Bereich an nicht-ansässige Patientinnen und Patienten ausgegeben wird.
- Durchführung von Querkontrollen zwischen den für nicht-ansässige Patientinnen und Patienten zu erbringenden Leistungen und dem Vorhandensein von entsprechenden pharmazeutischen Produkten im File F (Einzelfallkontrollen über das gesamte Jahr). Entsprechung >95%

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Controlling

Bericht 2017

Im Jahr 2017 ist die Grundlage für die systematische und vollständige Erfassung des File F in allen vom entsprechenden Dekret vorgesehenen Bereichen erarbeitet worden, indem eine eigens dafür vorgesehene Prozedur erarbeitet worden ist. Zu diesem Zweck hat eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe, die aus Apothekern, Vertretern der Ärztlichen Direktion, des Amtes für Controlling und der Informatikabteilung alle jenen verschiedenen Situationen analysiert, in welchen die Erhebung des Arzneimittelverbrauchs von provinzfremden Patienten zum Zweck der Rückvergütung durch die Ursprungsregion des Patienten möglich und notwendig ist und daraufhin die im Augenblick zur Verfügung stehenden Informationsquellen definiert, aus welchen die Daten ermittelt werden können. Darüber hinaus haben aufgrund der aktuell sehr unterschiedlichen informatischen Ausgangssituation der Bezirke Treffen mit der Südtiroler Informatik AG stattgefunden, mit dem Zweck, die Erhebung der für den File F notwendigen Daten bereits von Anfang auf eine einfachere Art und Weise als der aktuellen im neuen Krankenhausinformationssystem vorzusehen.

Parallel dazu sind in Zusammentreffen mit Vertretern des Assessorats gemeinsame systematische Qualitätskontrollen durch das Assessorat und den Sanitätsbetrieb beschlossen und eingeführt worden, welche sowohl die vom Sanitätsbetrieb gelieferten Daten betreffen, als auch jene der Lieferfirmen.

Im Anschluss daran sind die Daten für den File F so vollständig, wie eben mit den aktuellen Informationssystemen möglich, erhoben worden, und wo dies nicht mittels Datenbanken möglich war, ist auf die manuelle Erhebung zurückgegriffen worden.

7.6.3. MRA Datenfluss

Es geht um die Erhebung der Strukturanagrafik für jeden einzelnen Erbringer von öffentlichen, privat akkreditierten oder vertragsgebundenen sanitären Leistungen. Das Ministerialdekret ist in der Genehmigungsphase.

Erwartetes Ergebnis

2017: Durchführung der Vorbereitungsarbeiten (Software und Mapping der Dienste)

2018: Start des MRA-Datenflusses

Indikatoren

2017: Vollständigkeit der Strukturanagrafik der Erbringer von sanitären Leistungen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Controlling – Abteilung Leistungen und Vermögen

Bericht 2017

Das für die Erhebung der Strukturanagrafik aller im Land tätigen öffentlichen und privat akkreditierten oder vertragsgebundenen Erbringer von sanitären Leistungen notwendige ministeriale Gesetzesdekret wurde nicht erlassen. Der Betrieb wartet neuere Informationen von Seiten des Gesundheitsministeriums, damit mit den notwendigen Vorarbeiten begonnen werden kann, ab.

8. Entwicklung der Betriebskultur

8.1. Strategie der Kommunikation

8.1.1. Dreijahresplan zur Entwicklung der Betriebskultur

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb befindet sich in einem Veränderungsprozess. Um diesen erfolgreich zu planen, steuern und zu kommunizieren, muss über die strukturellen und strategischen Maßnahmen hinaus auch an einer landesweiten und einheitlichen Betriebskultur gearbeitet werden, die ein klares Bild des künftigen Sanitätsbetriebes bereithält, die Motivation des Personals fördert und Offenheit und Veränderung impliziert (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 12.4).

Die Entwicklung der Betriebskultur weist Schnittpunkte zu den in den Betriebsklausuren von Bad Bachgart entwickelten betrieblichen Schwerpunkten „Vision“, „Vertrauenskultur“ und „Rolle der Ärzte“ auf und nutzt die Ergebnisse der von der Direktion in Auftrag gegebenen „Kulturanalyse“. Ebenso fließen Anregungen von Seiten der „Resonanzgruppe“ und des „Steering-Committees“ ein.

Aufgrund der Komplexität des Vorhabens wird im Jahr 2017 ein Konzept entwickelt, das in den Jahren 2018-2019 implementiert bzw. fortgeführt wird.

Erwartetes Ergebnis

Der Dreijahresplan ist ausgearbeitet und die laufenden Maßnahmen sind umgesetzt worden.

Indikatoren

2017: Ausarbeitung des Dreijahresplanes zur Entwicklung der Betriebskultur

2018 - 2019: Implementierung

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation - Betriebsdirektoren (SD, PD, VD)

Bericht 2017

Das Konzept für den Dreijahresplan wurde entwickelt. In verschiedenen Sitzungen (04.09.2017; 11.12.2017) wurde es der Generaldirektion vorgestellt.

Für 2017 wurden folgende Quickwins durchgeführt (Maßnahmen für 2017):

a) Ausarbeitung von Vision, Mission, Werten und Betriebslogan

In den Monaten Mai-August 2017 entwickelte die Arbeitsgruppe die zentralen Elemente des "normativen" Managements, d.h. Mission, Vision, Werte und Betriebslogan. Dies geschah während mehrerer Workshops und durch die Sammlung zahlreicher Rückmeldungen (zum Beispiel über das SABES-Intranet). Darüber hinaus wurden die bereits vorhandenen internen Erfahrungen (Leitbildprozess im GB Meran und Brixen) so weit wie möglich ausgewertet und miteinbezogen. Die entwickelten Elemente werden als Einführung in die Betriebsordnung aufgenommen, die in diesen Wochen als Beschluss vorbereitet wird.

b) Sabes Roadshow 007 (siehe 8.1.2)

c) Die gute Interaktion zwischen der Generaldirektion und den Bezirksdirektoren wurde in den verschiedenen Analysen als grundlegend für die Entwicklung der Betriebskultur und der Managementstrategien anerkannt. In der Betriebsordnung ist es notwendig, die Interaktion zwischen den Gesundheitsbezirken und der Betriebsfunktionen klar zu definieren und die wesentlichen Punkte bereitzustellen, um sicherzustellen, dass der Südtiroler Sanitätsbetrieb einerseits organisatorisch gut aufgestellt ist und andererseits, dass allen Bürgerinnen und Bürgern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Provinz die gleiche Qualität und die gleichen Dienstleistungen geboten werden. In diesem Prozess der Entwicklung der Betriebskultur, der im Jahr 2017 stattfand, haben wir uns zum Ziel gesetzt, dass die Generaldirektion und die Bezirksdirektoren als strategischer Vorstand von SABES noch stärker zusammenwachsen. Die Rollen, Funktionen und Befugnisse sowie die Inhalte der Betriebsordnung wurden klarer definiert. Aus diesem Grund trafen sich die Mitglieder des Exekutivkomitees, unter externer Leitung und Aufsicht, hinter verschlossenen Türen, um die Vorgehensweise zu definieren.

8.1.2. "10 Jahre SABES"

Mit 01.01.2017 besteht der Südtiroler Sanitätsbetrieb 10 Jahre. Weiters sind für Ende 2016/Anfang 2017 2 wichtige normative Neuerungen geplant: der Landesgesundheitsplan 2017-2019 und die Neufassung des Landesgesetzes Nr. 7/2001 „Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes“.

Aus diesem Anlass wird im Rahmen von Veranstaltungen zurück und nach vorne geblickt: Was wurde bisher erreicht? Wohin geht der Weg? Wo müssen wir uns verbessern? Worauf dürfen wir stolz sein?

Die MitarbeiterInnen-Veranstaltungen bieten Möglichkeiten des Austauschs und Feedbacks („Roadshow“)

Das „Jubiläum“ soll in erster Linie genutzt werden, um eine Vorstellung des künftigen gemeinsamen Weges zu erlangen und Bruchlinien und „Gräben“ zu überwinden.

Erwartetes Ergebnis

Die Aktivitäten werden durchgeführt.

Indikatoren

2017: Programmierung, Präsentation und Implementierung der Maßnahmen zur 10-Jahresfeier

2018: Evaluation der Veranstaltung(en)

2019: Noch zu planen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Personalabteilung, Betriebsdirektoren, Bezirksdirektoren

Bericht 2017

In jedem der sieben Südtiroler Krankenhäuser wurde ein Event veranstaltet, organisiert von der Abteilung Kommunikation in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbezirken. Eingebettet in ein Rahmenprogramm gab es ein Bühneninterview oder einen Vortrag eines Top-Referenten/Referentin aus der Welt des Sports, der Wirtschaft oder der Gesellschaft. Die Idee dahinter: Jeder und jede der Referenten und Referentinnen hat einen besonderen Lebensweg beschritten und alle Referenten und Referentinnen haben es geschafft, auch unter schwierigen Bedingungen, weder Motivation noch Freude an ihrem Tun zu verlieren. Inspiration durch Präsentation war die Devise. Jeder der sieben Abende klang aus bei einem gemütlichen Get-together, wo Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Gehörte diskutieren konnten.

Die Veranstaltungen fanden an folgenden Abenden und mit folgenden Gästen statt:

18.9.2017, Innichen, mit Erwin Brunner, langjähriger Textchef des ZEITMagazins und ehemaliger Chefredakteur von National Geographic Deutschland;

19.9.2017, Sterzing, mit Alex Schwazer, mehrfacher Europameister und Olympiasieger im Gehen sowie Dopingsünder;

20.9.2017, Meran, mit Armin Zöggeler, zweifacher Olympiasieger, sechsfacher Weltmeister im Rodeln;

21.9.2017, Schlanders, mit Ulrich Wallnöfer, erfolgreicher Unternehmer und einer der Gründer von „Pur Südtirol“;

25.9.2017, mit Christian Welponer, Lawinenabgang-Überlebender und Journalist;

26.9.2017, Bruneck, mit Monika Niederstätter, Sportpsychologin, Mentaltrainerin und mehrfache Italienmeisterin sowie zweimalige Olympiateilnehmerin;

27.9.2017, Bozen, „Sanität in den Medien“, Diskussionsrunde mit sieben Chefredakteurinnen und -redakteuren Südtiroler Medien.

Die Abschlussveranstaltung der SABES 007-Tour fand am 11. Oktober 2017 im Messner Mountain Museum Firmian statt. Referentin war Nives Meroi, die als zweite Frau alle 14 Achttausender ohne

Zuhilfenahme von Flaschensauerstoff bestiegen hat. Zum Rahmenprogramm des Abends gehörte unter anderem, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das MMM kostenlos besichtigen konnten. Insgesamt konnten durch die acht Events der Veranstaltungsreihe rund 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter direkt erreicht werden. Die Botschaft „Wir sind ein Betrieb“ wurde mit der Veranstaltungsreihe SABES 007 klar kommuniziert und von den Besucherinnen und Besucher auch so rezipiert. SABES 007 kann als Impuls in Richtung eines Weges gesehen werden, an dessen Ende tatsächlich eine gemeinsame SABES-Betriebskultur steht.

8.1.3. Ausarbeitung eines Konzeptes zur Nutzung des sozialen Netzwerkes Yammer

Yammer ist eine Plattform für Unternehmen im Social-Media-Bereich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich miteinander austauschen, über Aktuelles diskutieren und Unternehmens-News teilen. Eine vertiefende Analyse soll in ein Konzept münden, das Standards und Policy bereithält und Umfang und Modalitäten der Nutzung definiert.

Erwartetes Ergebnis

Yammer unterstützt den innerbetrieblichen Austausch und fördert das Zusammenwachsen der Bezirke und die Identifikation mit dem Betrieb.

Indikatoren

2017: das Konzept ist ausgearbeitet.

2018: Yammer ist eingeführt

2019: Review Yammer (Vor- und Nachteile)

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Personalabteilung

Bericht 2017

Die Analyse der Plattform Yammer ließ beträchtliche Zweifel an der Sinnhaftigkeit der flächendeckenden Einführung erkennen, u.a. da bereits Sharepoint im Betrieb genutzt wird. Durch die Umstellung von nur wenigen Teilbereichen des Sanitätsbetriebes auf Office365 ist Yammer außerdem kaum verfügbar, in bestimmten Bereichen werden aber erste Erfahrungen damit gesammelt. Aktuell scheint das Bedürfnis für eine zusätzliche Plattform gering.

8.2. Gesundheitskommunikation

8.2.1. Gesundheitskommunikation und Partizipation

Gesundheitskommunikation ist die Schnittstelle zwischen Gesundheitswissenschaft und Kommunikationswissenschaft. Sie beschäftigt sich mit der zielgruppengerechten Kommunikation von gesundheitsspezifischen Themen und ist v.a. im Bereich der Gesundheitsvorsorge ein wesentliches Instrument, um gute Resultate zu erzielen (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 12.4). Wirkungsvolle Kommunikation von Gesundheitsthemen ist auf verschiedenen Ebenen von Bedeutung (u.a. im Behandlungsalltag, auf Organisationsebene, auf Ebene der massenmedialen Kommunikation). Voraussetzung hierfür ist nicht zuletzt die Einbeziehung und Beteiligung der Stakeholder. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb entwickelt im Dreijahreszeitraum einen eigenen Fachbereich „Gesundheitskommunikation“, der die Partizipation der Stakeholder sicherstellt und es ermöglicht professionell auf die neuen und steigenden Anforderungen zu reagieren. Dies erfolgt auch in Umsetzung der entsprechenden Vorgaben von Seiten des Landesgesundheitsplanes.

Erwartetes Ergebnis

Das Konzept ist ausgearbeitet.

Die Umsetzung laut Konzept ist erfolgt.

Indikatoren

2017: Ausarbeitung eines Konzeptes

2018-2019: Umsetzung laut Konzept

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Departement für Prävention

Bericht 2017

Die Umsetzung dieses Arbeitsvorhaben hing stark von regulierenden Rahmenbedingungen ab. Die beiden maßgeblichen Landesgesetze Nr. 03/2017 und 04/2018 sind mit Verzögerungen erlassen

worden, ebenso ist das neue Verwaltungsorganigramm des Betriebes noch nicht beschlossen. Aus diesen Gründen musste das Arbeitsvorhaben zurückgestellt werden.

8.2.2. Ausarbeitung eines Organisationsmodells für die Kommunikation des Landespräventionsplans

Der Landespräventionsplan 2016-2018 definiert, ausgehend von 10 Makro-Zielsetzungen, die Programme, spezifischen Ziele, Indikatoren und Standards, die betroffenen Zielgruppen und die Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge für 3 Jahre (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 4).

Durch ein gemeinsam erarbeitetes Organisationsmodell soll die Planung, Steuerung und Umsetzung der im Landespräventionsplan vorgesehenen Kommunikations-Maßnahmen ermöglicht werden. Das Organisationsmodell fördert in der Überarbeitung und Evaluation des Präventionsplanes die gesundheitskommunikative und –unternehmenskommunikative Sichtweise

Erwartetes Ergebnis

Das Organisationsmodell wurde erarbeitet und implementiert.

Indikatoren

2017. Ausarbeitung des Organisationsmodells

2018-2019: Umsetzung

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Departement für Prävention

Bericht 2017

Die Zusammenarbeit zwischen Abteilung Kommunikation und Departement für Gesundheitsvorsorge wurde im Jahr 2017 intensiviert. Die vom Landespräventionsplan vorgesehenen Kommunikations-Maßnahmen wurden zum Großteil umgesetzt. Aufgrund der verstärkten Kommunikationstätigkeit im Impfbereich, die durch die Neuerungen bei den Pflichtimpfungen notwendig war, wurde kein spezifisches Organisationsmodell für die Planung, Steuerung und Umsetzung der im Landespräventionsplan ausgearbeitet. Nachdem im Jahr 2018 die Ausarbeitung des neuen Landespräventionsplans 2020-2025 beginnt, ist es sinnvoll, für diesen neuen Präventionsplan einen Kommunikationsplan auszuarbeiten.

8.2.3. Realisierung von Informations- und Kommunikationskampagnen zum Thema Impfungen

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat sich zum Ziel gesetzt, die Informations- und Kommunikationskampagnen zum Thema Impfungen abzustimmen, um Synergien zu nutzen und die Wirksamkeit zu erhöhen. Zudem soll der Sanitätsbetrieb als seriöser und verantwortungsvoller Themenführer in diesem Bereich präsentiert werden. Um die Umsetzung der Impfkampagnen in strukturiert und abgestimmter Art und Weise durchführen zu können, ist es nötig, über einen spezialisierten externen Partner, auch in einer mehrjährigen Perspektive, zu verfügen (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 4).

Erwartetes Ergebnis

Die Durchführung der Impfkampagnen erfolgt in abgestimmter und koordinierter Art und Weise. In die Impfkampagne werden beispielhafte Testimonials von Ärzten und Krankenpflegern eingebaut.

Indikatoren

2017: Definition einer Ausschreibung und Auftrag an eine externe Firma.

2018-2019: Geteilte Umsetzung der Impfkampagnen aus einer Hand

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Departement für Prävention, Abteilung Ökonomat Gesundheitsbezirk Bozen

Bericht 2017

Das Staatsgesetz Nr. 119, wie vom italienischen Parlament am 31. Juli beschlossen, sieht zehn Pflichtimpfungen für Kinder und Jugendliche vor. Diese Gesetzesänderung konnte – trotz großer zeitlicher Schwierigkeiten – operativ gut gemeistert werden.

Im September wurden sechs Informationsveranstaltungen und eine Fortbildung für Gesundheitspersonal abgehalten, die Gestaltung der entsprechenden Kampagne wurde bei einer Grafik-Firma in Auftrag gegeben. Diese Kampagne kann auch in Zukunft als „Dachkampagne“ im Bereich Impfungen fungieren. Die Testimonial-Kampagne sah Inserate in Print und Online vor, ebenso

auf Werbeflächen (Züge, Busse...). Zudem wurde seit Juni 2017 spezifische Medienarbeit durchgeführt und eine Facebook-Seite geöffnet.

8.3. Dreijahresplan zur Korruptionsprävention 2017 – 2019

Das Gesetz Nr. 190 vom 6. November 2012 „Bestimmungen zur Prävention und Unterbindung von Korruption und Rechtswidrigkeiten in der öffentlichen Verwaltung“ schreibt die Einrichtung eines Präventionssystems vor; dieses muss sowohl die gesamtstaatliche als auch die dezentrale Ebene mit einbeziehen. Auf gesamtstaatlicher Ebene wurde hierfür der Staatliche Antikorruptionsplan vom „Ressort Öffentlicher Dienst“ erarbeitet und von der Italienischen Antikorruptionsbehörde am 11.09.2013 genehmigt. Auf dezentraler Ebene haben alle öffentlichen Verwaltungen, die Verwaltungen der Regionen und der Autonomen Provinzen Trient und Bozen, die Verwaltungen der lokalen Körperschaften sowie der öffentlichen Körperschaften ihren eigenen Dreijahresplan zur Korruptionsprävention zu erstellen.

Der erste Plan für den Zeitraum 2014-2016 wurde mit Beschluss Nr. 37 vom 25.02.2014 genehmigt und wurde für das Jahr 2015 aktualisiert. Der Dreijahresplan bezieht sich auf den Dreijahreszeitraum 2015-2017. Dieser Plan muss jedes Jahr aktualisiert werden unter Berücksichtigung der betrieblichen und gesetzlichen Entwicklung und folglich mit Beschluss genehmigt werden. Ferner müssen Kontrolltätigkeiten durchgeführt werden.

8.3.1. Jährliche Überarbeitung des Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention

2017: jährliche Überarbeitung des Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention

2018-2019: Implementierung und jährliche Anpassung

Seit die Pflicht besteht, den Dreijahresplan zur Korruptionsprävention auszuarbeiten wurde jedes Jahr eine Anpassung vorgenommen. Überdies wurden die Risikobereiche, wie vom Gesetz und der Antikorruptionsbehörde ANAC vorgesehen, modelliert und die Kontrollen durchgeführt.

Erwartetes Ergebnis

Termingerechte Aktualisierung des Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention

Indikatoren

2017 Ausarbeitung eines vollständigen Entwurfes des Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention

2018 Genehmigung des Planes mit Beschluss innerhalb vom 31/01/2018

2017/2018 Tätigkeitsbericht des Antikorruptionsbeauftragten grundsätzlich innerhalb vom 15/12/2017 oft durch die Antikorruptionsbehörde ANAC auf Jänner des darauffolgenden Jahres verschoben

Verantwortliche/r für das Verfahren

Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter zusammen mit dem zuständigen Mitarbeiter

Bericht 2017

Der AKTB (Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte) hat im Jahr 2017 alle Modellierungen und Kontrollen im Bereich Antikorruption und Transparenz durchgeführt, sodass er fristgerecht einen vollständigen Entwurf des Dreijahresplanes zur Korruptionsprävention (eigentlich Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz) ausarbeiten und der Generaldirektion im Dezember 2017 vorgelegen konnte. Ferner hat der AKTB, wie vorgesehen, im Rahmen des zweiten Transparenztages, der am 04.12.2017 stattgefunden hat, die Neuigkeiten des Dreijahresplanes 2018-2020 den Stakeholder erläutert und den Stakeholder vom 15.01.2018 bis zum 20.01.2018 die Möglichkeit geboten den Entwurf des Dreijahresplanes zur Vorbeugung der Korruption und Transparenz 2018-2020 einzusehen. Die genannten Auskünfte wurden auf der hiesigen Plattform der ständigen Weiterbildung ECM und der betrieblichen Internet-Seite www.sabes.it, in den dafür eigens vorgesehenen Sektionen, mitgeteilt. Der AKTB hat den Genehmigungsbeschluss samt Plan und Anhänge termingemäß erstellt und eingereicht. Der vom AKTB ausgearbeitete Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz samt Anhänge kann daher am 30.01.2018 genehmigt werden. Der AKTB hat auch den Tätigkeitsbericht des Antikorruptionsbeauftragten ordnungsgemäß erstellt und bereits im Dezember der Generaldirektion einen diesbezüglichen Entwurf übermittelt. Die beschriebenen Aufgaben wurden von den zuständigen Mitarbeitern mitbetreut.

8.4. Datenschutz

8.4.1. Anpassung des Datenschutzsystems

In Anbetracht der neuen Europäischen Verordnung Nr. 2016/679, wird der Sanitätsbetrieb ein organisatorisches System zum Datenschutz anwenden müssen, und zwar durch die Umsetzung technischer und organisatorischer Maßnahmen, welche die sichere Aufbewahrung, den Schutz der Daten und den Gebrauch laut Privacy by Design, Privacy by default sowie Accountability gewährleisten. 2017-2018: Innerhalb Mai 2018 wird der Sanitätsbetrieb mehrere Aktivitäten umsetzen müssen, um sich an die obengenannte Europäische Verordnung anzupassen. Innerhalb Ende des Jahres 2017 wird ein Anpassungsprogramm vorgestellt und gleichzeitig mit der Umsetzung begonnen.

Erwartetes Ergebnis

Erstellung des Anpassungsprogramms und gleichzeitiger Beginn der Umsetzung desselben.

Indikatoren

Erstellung des Programms und Aktivierung desselben ab dem Jahr 2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion/Abteilung für Allgemeine Angelegenheiten mit der Unterstützung der Datenschutzreferentin

Bericht 2017

Mit Inkrafttreten der neuen Europäischen Verordnung Nr. 2016/679 in Bezug auf Datenschutz, muss der Sanitätsbetrieb ein organisatorisches System zum Schutz der Privacy anwenden und zwar durch die Umsetzung technischer und organisatorischer Maßnahmen, welche die sichere Aufbewahrung, den Schutz der Daten und den Gebrauch laut Privacy by Design, Privacy by default sowie Accountability gewährleisten.

Die Datenschutzbehörde hat die Prioritäten für die öffentlichen Verwaltungen festgelegt und zwar:

- die Benennung des Datenschutzbeauftragten (Artikeln 37-39),
- die Einrichtung eines Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten (Artikeln 30 und 171),
- die Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten (sogenannten Data Breach, Artikeln 33 und 34).

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat im Juli 2017 den Datenschutzbeauftragten benannt (den sogenannten Data Protection Officer bzw. DPO).

Die Datenschutzreferentin hat ein Projekt ausgearbeitet, das auch vom DPO überprüft worden ist und der Betriebsdirektion zur Kenntnis unterbreitet wurde.

Bei der Realisierung des Projektes Privacy, mit der bereits im Jahr 2016 mittels der Datenerhebung begonnen wurde, dessen Ziel die Einrichtung des Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten ist und mittels der Verabschiedung des Operativen Privacy Plans (Betriebliches Beschluss Nr. 334/2016), wurde ein Zeitplan festgelegt, welcher die Anpassung des Datenschutzsystems zum Ziel hat, wie bereits vorgesehen.

Um die Nachweispflicht (accountability) und eine Datenschutzinfrastruktur zu gewährleisten, wurde eine Datenschutzverordnung ausgearbeitet (Beschluss Nr. 46/2018).

8.4.2. Aktualisierung der Erhebung der Daten

Im Hinblick auf die Erstellung eines Verzeichnisses aller Verarbeitungstätigkeiten gemäß Artikel 30 der Europäischen Verordnung Nr. 2016/679, in Bezug auf die Vorschriften der Artikel 29 und 30 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 196/2003 des Beschlusses der Datenschutzbehörde im Bereich der Systemadministratoren, wird der Sanitätsbetrieb die Aktualisierung der Erhebung der Daten vornehmen.

2017-2018: Aktualisierung der Datenerhebung sowie Kodierung der verarbeiteten Daten. Erstellung des Verzeichnisses aller Verarbeitungstätigkeiten und Aktualisierung der Ernennungen der Verantwortlichen und der Beauftragten der Datenverarbeitung sowie der Systemadministratoren. Fortlaufende (ab dem Jahr 2019) Aktualisierung der Datenerhebung (des Verzeichnisses aller Verarbeitungstätigkeiten) sowie der Ernennungen der Verantwortlichen, Beauftragten und Systemadministratoren; Entwicklung des sog. Monitoring Accountability Systems (auch bezüglich der externen Verantwortlichen der Datenverarbeitung).

Erwartetes Ergebnis

Verzeichnis aller Verarbeitungstätigkeiten, Data Base der Verantwortungen

Indikatoren

Vollständiges Verzeichnis aller Verarbeitungstätigkeiten, Data Base der Verantwortungen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verwaltungsdirektion/Abteilung für Allgemeine Angelegenheiten, Datenschutzreferentin

Bericht 2017

In Anbetracht der Erstellung des Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten, gemäß Artikel 30 der Europäischen Verordnung Nr. 2016/679, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Datenerhebung grundlegend abgeschlossen. Die Vervollständigung der Tabellen für jede einzelne Abteilung und jeden Dienst wurde veranlasst, wobei die Kodierung der verarbeiteten Daten und die Erstellung des Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten innerhalb 25.05.2018 erfolgen wird.

Nach der Kodifizierung der verarbeiteten Daten und unter Berücksichtigung der Datenschutzverordnung des Sanitätsbetriebes (Beschluss Nr. 46/2018), werden alle Privacy-Ernennungen bis Ende des Jahres 2018 aktualisiert. Derzeit wurde die Aktualisierung der Ernennungen für die Systemadministratoren bereits vorgenommen.

Zusammen mit der Abteilung Informatik wurde das Notwendige veranlasst, um ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten in elektronischem Format zur Verfügung zu haben.

8.5. Beziehungsbasierte Pflege - Relationship based Care

8.5.1. Förderung der Beziehungsbasierten Versorgung – „Relationship based Care“

Veränderung der Kultur und Praxis der Gesundheitsversorgung um:

- ein gesundheitsförderliches und personenorientiertes Umfeld zu schaffen
- die Sicherheit und Qualität der Versorgung zu verbessern
- die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu steigern

Erwartetes Ergebnis

Entwicklung eines Grundkonzeptes zur Implementierung der beziehungsbasierten Versorgung (Relationship based Care), der Pilotierung und der Evaluation.

Indikatoren

- Bis zum 31.12.2017 liegt ein Grundkonzept zur Implementierung der Beziehungsbasierten Versorgung vor, das folgende Elemente berücksichtigt: Leadership, Teamarbeit, professionelle Pflege- und Versorgungspraxis, personenorientiertes Pflege- und Versorgungssystem, ressourcengesteuerte Praxis und ergebnisorientierte Versorgung (outcome)
- Bis zum 31.12.2018 hat auf einer Abteilung/in einem Dienst die Pilotierung begonnen; die Pflegedienstleiter haben an einem Workshop zur beziehungsbasierten Pflege teilgenommen; die Prioritäten in der Umsetzung für 2019 sind definiert
- Bis zum 31.12.2019 sind die Evaluation abgeschlossen, der Implementierungsplan in den Abteilungen/Diensten definiert, die Prioritäten in der Umsetzung für 2020 definiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion, koordinierende Pflegedienstleiter, Pflegedienstleiter und Stabstellen mit der Unterstützung der Betriebsstabstelle für Organisations- und Prozessentwicklung

Bericht 2017

Das Grundkonzept zur Implementierung der beziehungsbasierten Versorgung wurde im Rahmen einer betrieblichen Arbeitsgruppe ausgearbeitet und am 20.12.2017 im Rahmen des Plan-Ist-Vergleiches der Pflegedirektion vorgestellt und gutgeheißen. Für die Koordinierenden Pflegedienstleiter, die Pflegedienstleiter und die Stabstellen wurde im August 2017 mit dem Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) von Bellinzona das Seminar Leading an Empowered Organization/LEO als Grundlage im Hinblick auf Leadership, Teamarbeit, professionelle Pflege- und Versorgungspraxis, personenorientiertes Pflege- und Versorgungssystem, ressourcengesteuerte Praxis und ergebnisorientierte Versorgung (outcome) organisiert.

9. Personal- und Kompetenzentwicklung

9.1. Definition eines integrierten Personalentwicklungskonzeptes

9.1.1. Ausarbeitung eines Master- und Umsetzungsplanes zur Personalentwicklung

Vorliegen eines bereichsübergreifenden Master- und Umsetzungsplanes zur Personalentwicklung bis zum 31.12.2017 der u.a. folgenden Inhalte hat:

- Umsetzung eines integrierten Personalentwicklungskonzeptes. Für die Umsetzung sollte eine eigenständige Organisationseinheit geschaffen werden, welche berufsgruppenübergreifend und betriebsweit für die Personalentwicklung zuständig ist. Dabei sollte eine klare Abgrenzung der Aufgabenbereiche zwischen Personalverwaltung und Personalentwicklung erfolgen. Der Bereich Weiterbildung aller Berufsgruppen sollte in diese neue Organisationseinheit integriert werden.
- Umsetzung eines nachhaltigen Mitarbeitergewinnungs- und -bindungskonzeptes. Diesbezüglich sollte ein berufsgruppenübergreifendes Recruitingprogramm erstellt werden, welches auf den Personalbedarf im Rahmen einer mehrjährigen Planung ausgerichtet ist und zielgruppenspezifisch arbeitet und den Betrieb repräsentiert.
- Ausarbeitung eines spezifischen Dienstleistungspakets für Fachkräfte, die von außerhalb nach Südtirol kommen (Informationen für die Förderung für die Rückkehr von Fachkräften: es wird ein Leitfaden erstellt, welche Behördengänge zu erledigen sind, was es braucht, um als Arzt/Fachkraft in Italien zu arbeiten und sonstige nützliche Infos für das alltägliche Leben zu Themenbereichen wie Sprachkurse, Kinderbetreuungsstätten, Schulen, Wohnungsmarkt usw....).
- Überprüfung der Möglichkeiten des Recruiting des Gesundheitspersonals unter Berücksichtigung der Besonderheit der Zweisprachigkeit.
- Zügige Abwicklung des Aufnahmeverfahrens von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie der Einstellungsverfahren.
- Die Möglichkeit einer horizontalen Karriereplanung ist unbedingt vorzusehen und die entsprechenden normativen Rahmenbedingungen sind dafür zu schaffen. Die derzeitigen Möglichkeiten sind für eine professionelle und langfristige Karriereplanung sehr begrenzt und nicht ausreichend.
- Im Rahmen der Karriereplanung und der Kompetenzentwicklung sind die Möglichkeiten zu schaffen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwischen den verschiedenen Strukturen rotieren. Im Rahmen der Personalentwicklung soll dies aktiv gefördert, aber auch eingefordert werden. Auch hier gilt es, die entsprechenden vertraglichen Rahmenbedingungen zu schaffen.
- Ein Programm für die Nachwuchsführungskräfteentwicklung ist in die Wege zu leiten und die angehenden Führungskräfte sind entsprechend auszubilden und zu begleiten im Rahmen professioneller Schulungen.
- Im Rahmen der Karriereplanung und der Berufslaufbahn sind verstärkt Maßnahmen in die Wege zu leiten für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nicht zuletzt auch die Vorbereitung für den Eintritt in den Ruhestand.
- Maßnahmen zur Personalentwicklung und Erhaltung der Arbeitsmotivation über das gesamte Arbeitsleben aller Berufsgruppen, auch durch Verstärkung der Forschungs- und Weiterbildungstätigkeiten.
- Aufgrund der besonderen lokalen Gegebenheiten sind auch entsprechende Ausstiegsszenarien für Führungskräfte vorzusehen bzw. eine fließende Übergabe, z.B. im Rahmen eines Mentorings, vorzusehen.
- Die Möglichkeit von Sprachkursen für Praktikanten, Famulanten usw. im Rahmen der Ausbildungszeit sollte vorgesehen werden

Die Implementierung des Masterplans von 2017 – 2019 mit den oben genannten Inhalten erfolgt schrittweise in den 3 Jahren 2017 - 2019

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung des Masterplanes und Definition des Umsetzungsplanes 2017 – 2019 bis zum 31.12.2017

Indikatoren

- Bis zum 30.06.2017 ist die Ausarbeitung des Masterplans erfolgt.
- Bis zum 30.09.2017 ist der Masterplan konzertiert und mit Beschluss der Betriebsdirektion genehmigt.
- Bis zum 31.12.2017 ist der Umsetzungsplan 2017-2019 definiert.

- Die jeweiligen Umsetzungsschritte sind bis zum 31.12.2017; bis zum 31.12.2018 und bis zum 31.12.2019 implementiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Direktor der Personalabteilung

Bericht 2017

Ein integriertes Personalentwicklungskonzept ist definiert worden. Außerdem sind ein Masterplan und ein dreijähriger Umsetzungsplan 2018-2020 in diesem Bereich ausgearbeitet worden. Die Detailausführung, sowohl des Personalentwicklungskonzeptes, als auch des Umsetzungsplanes ist noch mit den zuständigen Stellen abzustimmen und endgültig zu genehmigen.

9.2. Entwicklung der beruflichen Kompetenzen

Die Personalentwicklung sieht verschiedene Aktivitäten vor, darunter auch die Entwicklung der Kompetenzen der einzelnen Expertinnen und Experten, um diese bei den Änderungen der Bedürfnisse der Bevölkerung betreffend ihre Gesundheit sowie bei Änderungen von Betreuungs- und Organisationsmodellen, neuen Technologien und bei den neuen Herausforderungen an das Gesundheitswesen, zu unterstützen.

Es ist grundlegend, sich zu fragen und zu verstehen, welche die erwarteten Kompetenzen an verschiedene Berufsbilder, Organisationspositionen und Arbeitsfelder hinsichtlich der aktuell stattfindenden Veränderungen (z. B. Einführung neuer Technologien, Eröffnung eines Dienstes, ein neues Organisationsmodell) sind, sowie das Anbieten eines Instruments für das Assessment genannter Kompetenzen, das die Identifizierung der Bereiche der beruflichen Entwicklung ermöglicht, die sich jeder einzelne aneignen muss, wobei der Sanitätsbetrieb Initiativen zur fachlichen Weiterbildung fördert.

9.2.1. Identifizierung der erwarteten Kompetenzen

2015 wurde ein Projekt eingeführt und geleitet, um die erwarteten Kompetenzen in bestimmten fachlichen Bereichen zu identifizieren. Das Projekt muss weiterhin das System auf andere operative Bereiche sowie bei Fachkräften ausdehnen.

Erwartetes Ergebnis

- Identifizierung der erwarteten Kompetenzen für die Fachkräfte der verschiedenen operativen Bereiche zum individuellen Assessment und jenes von Seiten des direkten Vorgesetzten sowie zur darauffolgenden Planung des individuellen Weiterbildungsdossiers und jenes des Teams

Indikatoren

2017: Identifizierung der erwarteten Kompetenzen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Labors (Berufsbild: Biomedizinischer Labortechniker/Biomedizinische Labortechnikerin).

2018: Ausdehnung des Projektes in anderen operativen Bereichen und bei weiterem Fachpersonal.

2019: Ausdehnung des Projektes in anderen operativen Bereichen und bei weiterem Fachpersonal.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle für die berufliche Entwicklung

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 wurden intraprofessionelle Arbeitsgruppen eingerichtet, die die erwarteten Kompetenzen festgelegt haben:

- des medizinisch-technischen Assistenten, tätig:
 - o in der Anatomie und Histologie
 - o in der Immunhämatologie und Bluttransfusion
 - o im Labor für klinische Biochemie
 - o im Labor für Mikrobiologie und Virologie
 - o im Pharmazeutischen Dienst
- der Krankenpflegerin/des Krankenpflegers, tätig in der Abteilung Immunhämatologie und Bluttransfusion
- der Krankenpflegerin/des Krankenpflegers, tätig im Day Hospital der Hämatologie
- der Krankenpflegerin/des Krankenpflegers, tätig im Day Hospital

Auf der Grundlage der im Jahr 2017 ermittelten Kompetenzen wird das informatisierte individuelle Assessment sowie jenes vonseiten des direkten Vorgesetzten vorgenommen.

9.2.2. Assessment der erwarteten Kompetenzen mittels Unterstützung der Informatik

Im Jahr 2016 wurde eine Software zur Unterstützung des Assessments der Kompetenzen entwickelt, sei es für das individuelle, wie jenes von Seiten des direkten Vorgesetzten. Das Projekt muss weiterhin das System auf andere operative Bereiche/Fachkräfte ausdehnen.

Erwartetes Ergebnis

- Individuelles Assessment und jenes vonseiten des direkten Vorgesetzten der erwarteten Kompetenzen, im Rahmen des Mitarbeiterfördergesprächs mittels Unterstützung der IT.

Indikatoren

2017: Assessment der erwarteten Kompetenzen mittels Unterstützung der IT für die operativen Bereiche und für die Fachkräfte, für welche diese Kompetenzen in den vorigen Jahren definiert wurden.

2018: Assessment der erwarteten Kompetenzen mittels Unterstützung der IT für die operativen Bereiche und für die Fachkräfte, für welche diese Kompetenzen in den vorigen Jahren definiert wurden.

2019: Assessment der erwarteten Kompetenzen, mittels Unterstützung der IT für die operativen Bereiche und für die Fachkräfte, für welche diese Kompetenzen in den vorigen Jahren definiert wurden, sowie die Umsetzung des Systems

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle für die berufliche Entwicklung

Bericht 2017

Im Jahr 2017 wurden individuelle informatisierte Assessments sowie jene vonseiten des direkten Vorgesetzten für 1078 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in 78 Diensten/Abteilungen/verschiedenen operativen Bereiche aktiviert. Das Assessment endet mit dem persönlichen Entwicklungsgespräch und der Definition des individuellen Weiterbildungsplans. Der direkte Vorgesetzte hat dann die Möglichkeit, die Gesamtergebnisse des Teams zu bewerten, indem er den Entwicklungsplan des Teams erstellt.

10. Forschung

10.1. Klinische Forschung im Südtiroler Sanitätsbetrieb

10.1.1. Errichtung eines klinischen Forschungszentrums im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 266 vom 26.07.2016 wurde ein klinisches Forschungszentrum im Sanitätsbetrieb errichtet, um im gesamten Sanitätsbetrieb die Prävention und die klinische Forschung auszubauen und zu koordinieren, die bereits im Sanitätsbetrieb existierenden Forschungsprojekte zu koordinieren und die Forschung und Innovation als kontinuierliche, systematische Tätigkeit des Betriebes zu etablieren (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 1).

Erwartetes Ergebnis

2017: Tätigkeitsbeginn

2018 - 2019: Konsolidierung der Tätigkeit

Indikatoren

- Beauftragung des Verantwortlichen innerhalb 31.3.2017
- Tätigkeitsbeginn mit 1.7.2017 oder früher sofern möglich (Kündigungsfrist der Kandidaten)

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Für das Jahr 2017 war geplant, das klinische Forschungszentrum im Südtiroler Sanitätsbetrieb zu aktivieren. Dafür war eine Forschungsstelle in leitender Funktion ausgeschrieben. Das Auswahlverfahren dafür wurde durchgeführt, die Zuteilung des Auftrages aus den geeigneten Kandidaten aber ist noch nicht erfolgt.

2017 wurde ein Kooperationsabkommen zwischen dem Südtiroler Sanitätsbetrieb und der EURAC gemacht, die Referenten des Sanitätsbetriebes wurden namhaft gemacht.

Die Claudiana betreibt in Zusammenarbeit mit dem Sanitätsbetrieb Südtirol ein Zentrum für Praxisentwicklung. Die Forschung schlägt eine Brücke zwischen Hochschulwissen und Gesundheitswesen.

Das Auswahlverfahren für die Forschungsstelle hat stattgefunden. Die Zuteilung des Auftrags an den geeigneten Kandidaten ist erfolgt.

Die Vorbereitungsarbeiten für die Evaluationsstudie "Familienzentrierte Pflege" wurden abgeschlossen. Geplant ist ein Forschungsbeirat, in dem Südtiroler Sanitätsbetrieb, Claudiana, EURAC, die Universität und andere Stakeholder vertreten sind.

Aktuelle größere Forschungsprojekte:

- Bruneck-Studie
- CHRIS-Studie

IMREST: Gruppe von Mitarbeitern des Sanitätsbetriebes, die Forschungstätigkeit betreiben.

„Fortschritt und Technologie sind eine Chance zur nachhaltigen Verbesserung der Behandlung und Betreuung“ (Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kap. 1, S. 14).

11. Wirtschaftliche Auflagen

11.1. Rationalisierungsmaßnahmen

11.1.1. Neuverhandlung der Verträge für die Informatik

Es gibt auf Betriebsebene verschiedene Wartungsverträge, die sich teilweise bezirksübergreifend überschneiden. Im Rahmen der Rationalisierung und in Bezug auf die Vorgaben der Spending review strebt der Betrieb eine Vereinheitlichung und eine Neuverhandlung mit den Lieferanten an, um die Kosten zu reduzieren.

Erwartetes Ergebnis

- Vereinheitlichung und Neuverhandlung der ICT-Verträge

Indikatoren

- Neuverhandlung mit den ICT-Lieferanten und der Südtiroler Informatik AG innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Informatikabteilung

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2016 hat die Generaldirektion des Sanitätsbetriebes Südtirols den Auftrag an die Federsanità ANCI gegeben, die Informatikabteilung zu unterstützen in der systematischen Revision der laufenden IT-Spesen zum Zwecke der Erreichung der Betriebsziele der Rationalisierung unter Berücksichtigung der Normen bezüglich der 'Spending Review' eingeführt mit der Staatsnorm 'Bilanzgesetz 2017'.

In Ausführung des Auftrages, hat die Federsanità ANCI, mit der Informatikabteilung einen Interventionsplan für die Revision der laufenden IT-Spesen 2017-2019 vereinbart, mit sofortiger Aktivierung der Tätigkeiten zum Zwecke der Erreichung der Betriebsziele.

Bei laufenden Spesen für 2016 von 6,7 Millionen (ausgenommen Personalspesen und interne Führungskosten der Abteilung), zielte der Revisionsplan auf Kosteneinsparungen für insgesamt 3,1 Millionen Euro für 2017-2019.

Die umgesetzten Tätigkeiten, die auf einer Serie von Neuverhandlungen der bestehenden Lieferverträge und der Revision der für 'nicht unbedingt notwendig' befundenen Spesen und somit aufschiebbar, oder vermeidbar, hat eine effektive Einsparung in den Jahren 2017-2019 von knapp 1,7 Millionen Euro ergeben (also mehr als die Hälfte des festgelegten Zieles für die 3 Jahre).

Im Laufe des Jahres 2018 folgen weitere Ausgabenprüfungen und Nachverhandlungen um bis zum Ende des Jahres mindestens 75% des festgelegten Dreijahreszieles zu erreichen.

11.1.2. Neuverhandlung der Vereinbarung mit Federfarma (DPC)

Die vertragsgebundenen Apotheken sind aufgrund ihrer territorialen Kapillarität und Qualität der Dienste wichtig für das Landesgesundheitswesen. Um die Zusammenarbeit zwischen dem Sanitätsbetrieb und dem Netzwerk der vertragsgebundenen Apotheken weiter zu verbessern, ist ein technisches Dokument für den Dreijahreszeitraum 2017-2019 geplant, in dem die Dienste der Apotheken für die Patienten/Innen verbessert werden und die aktuellen Vertragsbedingungen neuverhandelt werden. Das Dokument wird mit dem Assessorat besprochen und mit einem Beschluss genehmigt.

Erwartetes Ergebnis

Strategische Planung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den territorialen Apotheken 2017-2019

Indikatoren

Strategische Planung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den territorialen Apotheken 2017-2019

- Neuverhandlung der aktuellen Verträge mit Federfarma (DPC) innerhalb 31.12.2017
- Neuverhandlung der aktuellen Verträge in Bezug auf die Rückvergütung FarmaCUP innerhalb und Einführung der neuen Software (ähnlich dem WEB DPC) und Verteilung der Heilbehelfe über die Verteilung in DPC, innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Generaldirektion

Bericht 2017

Im ersten Trimester 2017 wurden die Verhandlungen mit Federfarma für den Abschluss eines neuen Vertrages für den Zeitraum 2018-2020 eröffnet. Während der verschiedenen Treffen, die im Laufe des Jahres 2017 gehalten wurden, wurde über folgende Themen der Zusammenarbeit gesprochen:

- neuer Tarif für die Verteilung von Arzneimittel im Auftrag des Sanitätsbetriebes;
- Start der Verteilung im Auftrag des Sanitätsbetriebes von Medizinprodukten zur Selbstkontrolle des Blutzuckers;
- neue Dienste in der Apotheke: Vormerkungen, Befundausgabe und Ticketinkasso;
- mögliche Zusammenarbeit bei Themen der Prävention: Diabetes-Screening und Impfungen.

Da es nicht möglich war, bei den verschiedenen Themen der Verhandlung eine Einigung zu erzielen, hat das Amt für Gesundheitsleistungen vom Assessorat für Gesundheit beschlossen, den Vertrag zur Verteilung im Auftrag 2015-2017 für ein weiteres Jahr, bis 31.12.2018 (Beschluss der Landesregierung Nr. 1444 vom 20.12.2017) zu verlängern.

11.1.3. Prüfung der Personalaufnahmen

Eine strikte Prüfung der Aufnahmen des Verwaltungspersonals und der spezialisierten Hilfskräfte aller Bereiche sowie des nicht-sanitären Personals, das von den Verwaltungsabteilungen und -diensten abhängt, mit Ausnahme der Sozialassistenten und Seelsorger. 75% der von dieser Maßnahme betroffenen Stellen können bei einem anfallenden Dienstaustritt ohne weitere Überprüfung von Seiten der Generaldirektion direkt über die zuständigen Stellen in den jeweiligen Gesundheitsbezirken nachbesetzt werden. Die Nachbesetzung freier Stellen hingegen erfolgt in Absprache mit der Generaldirektion. Diese Vorgaben gelten für Abwesenheiten jeglicher Art. Abweichungen können mit eigener Maßnahme des Generaldirektors getroffen werden.

Erwartetes Ergebnis

Angepasste Verwaltungsstruktur

Indikatoren

Angepasste Verwaltungsstruktur

Verantwortliche/r für das Verfahren

Generaldirektion zusammen mit den Bezirksdirektoren

Bericht 2017

Die Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich wurden einer strikten Prüfung in Bezug auf die Notwendigkeit einer Nachbesetzung unterzogen und jede Nachbesetzung wurde von Seiten der Betriebsdirektion, nach einer eingehenden Abklärung, überprüft und gegebenenfalls genehmigt.

11.1.4. Angemessenheit

In Bezug auf die Rationalisierungsmaßnahmen zur Verbesserung der Angemessenheit sind zum Bereich "organisatorische Angemessenheit und Angemessenheit in der Verschreibung", "klinische Angemessenheit" und "Angemessenheit im Rehabilitationsbereich" die Ziele im diesbezüglichen Kapitel bereits beschrieben.

11.1.5. Neuverhandlung der Betten für die Jahre 2017 – 2019

Gemäß dem Landesgesundheitsplan 2016 – 2019 werden die Betten der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen angepasst werden müssen. Es muss für die privaten vertragsgebundenen Einrichtungen

ein Dreijahresplan ausgearbeitet werden, der in die Verhandlungen 2017-2019 einfließen wird (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 7).

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung gemäß Landesgesundheitsplan 2016 – 2020 eines dreijährigen Bettenplanes für die privaten vertragsgebundenen Einrichtungen, der in die Abkommen 2017 – 2019 einfließen wird.

Indikatoren

2017:

Ausarbeitung des dreijährigen Bettenplans und Berücksichtigung in den Abkommen 2017 - 2019

2018:

Die vom Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 vorgesehenen Betten der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen sind eingerichtet und vertraglich festgelegt.

2019: Weiterführung der Anpassung der Bettenanzahl

Innerhalb 2020 wird insgesamt die Bettenanzahl der öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Einrichtungen jenen des Landesplanes 2016 – 2010 entsprechen.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Krankenhausbetreuung

Bericht 2017

Im Laufe des Jahres 2017 und nach zahlreichen Treffen mit den Referenten des Departements für Rehabilitation und der Genossenschaft SAPS hat die Abteilung Krankenhausbetreuung gemäß Vorgaben des Landesgesundheitsplans 2016-2020 einen Vorschlag zur Neuregelung der Bettenanzahl in den öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Strukturen für den post-akuten Bereich erarbeitet und dem Gesundheitsressort mittels einer Kommunikation (vom 30.10.2017) unterbreitet. Der erarbeitete Vorschlag wurde auf Grundlage der geschätzten Bevölkerungsanzahl für 2020 sowie den vorgesehenen Koeffizienten zur Berechnung der Bettenanzahl für das landesweite Einzugsgebiet in den Bereichen Rehabilitation (Kodex 56.00 und 75.00) und post-akuter Langzeitpflege (Kodex 60.00) geschürt und sieht eine ausgewogene Verteilung dieser Betten zwischen den Gesundheitsbezirken vor.

Im Detail berücksichtigt der neue Reha-Bettenplan folgende Variablen:

1. Für die Rehabilitation (Kodex 56.00): Umverteilung der Betten auch in den Basiskrankenhäusern im Rahmen ihrer Bestimmung für die prothetische und orthopädische Chirurgie sowie Reduzierung der Bettenanzahl in den privaten vertragsgebundenen Strukturen.
2. Für die Langzeitpflege (Kodex 60): Umverteilung der Betten auf alle 7 Krankenhäusern auf Grundlage des potentiellen Einzugsgebiets; dort, wo eine private vertragsgebundene Struktur vorliegt, ist in den öffentlichen Strukturen keine Ausstattung vorgesehen.
3. Wo möglich, die Erhaltung der derzeitigen Bettenanzahl im Bereich der Neuro-Rehabilitation.
4. Für die intermediäre Pflege erfolgt die Umverteilung der 100 Betten auf Grundlage des Einzugsgebietes des Gesundheitsbezirkes, zu Teilen werden die Betten in den vertragsgebundenen Kliniken zugewiesen.

Infolge dieses Vorschlags wurde innerhalb des Gesundheitsressorts eine technische Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich aus den Referenten desselben Ressorts, aus Vertretern des Sanitätsbetriebs und aus Vertretern der privaten vertragsgebundenen Strukturen zusammensetzt. Die Arbeitsgruppe verfolgt das Ziel, innerhalb 2018 einen Vorschlag zur Aktualisierung des „Reha-Plans“ und zur Umverteilung der post-akuten Betten in den öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Strukturen vorzulegen.

Gemäß den Vorgaben des Landesgesundheitsplans 2016-2020, der die Einführung von Betten für die intermediäre Pflege vorsieht, hat eine technische Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern des Gesundheitsressorts und des Sanitätsbetriebes zusammensetzt, im Laufe von 2017 einen Vorschlag zu organisatorischen, strukturellen und professionellen Standards für die intermediäre Pflege erarbeitet.

11.2. Passive Mobilität

11.2.1. Optimierung der Überweisungen ins Ausland

Optimierung der Überweisungen ins Ausland (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 9).

Erwartetes Ergebnis

Die Überweisungen für stationäre und ambulante Leistungen ins Ausland werden optimiert.

Indikatoren

2017:

Zunahme der Überweisungen für Fälle mit hoher Komplexität und Abnahme der Fallzahlen mit niedriger Komplexität in Bezug auf das Ausland.

2018:

Zunahme der Überweisungen für Fälle mit hoher Komplexität und Abnahme der Fallzahlen mit niedriger Komplexität in Bezug auf das Ausland.

2019:

Zunahme der Überweisungen für Fälle mit hoher Komplexität und Abnahme der Fallzahlen mit niedriger Komplexität in Bezug auf das Ausland.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

Bericht 2017

Der Trend bezüglich Überweisungen nach Innsbruck ist insgesamt rückläufig und damit als positiv zu bewerten. Es wird verstärkt darauf geachtet, nur Behandlungen nach Innsbruck zu überweisen, die nicht in Südtirol gleichwertig durchgeführt werden können.

11.2.2. Landesübergreifende Mobilität

Bei der Provinz Trient und der Region Veneto wurden die Produktionsdaten des Datenflusses zur passiven Mobilität Jahr 2015 angefragt. Derzeit verfügt das Land nur über die Jahresgesamtbeträge und nicht über Detailinformationen. Die den Gesundheitsbezirken zuzuweisenden Ziele werden definiert sobald diese Daten verfügbar sein werden.

12. Zertifizierbarkeit der Bilanz

12.1. Buchhaltungsprozeduren

12.1.1. Analyse der Organisationsstruktur und der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren

2017: Analyse der Organisationsstruktur und der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren mit Ermittlung der Bereiche, in denen Verbesserungen durchzuführen sind sowie Festlegung der detaillierten Tätigkeiten.

Erstellung der Berichte zu den Arbeitsfortschritten.

Treffen der Koordinierungsgruppe „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ (Percorso attuativo di certificabilità) und Koordinierungstreffen des betrieblichen PMO (Project management office).

Erwartetes Ergebnis

2017:

- Die Organisationsstruktur und die Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren sind analysiert worden;
- Die Bereiche, in denen Verbesserungen durchzuführen sind, und die entsprechenden Interventionstätigkeiten sind festgelegt worden;
- Ein guter Teil (3/4) der vom „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ vorgesehenen Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren sind erstellt worden;
- Der Fortbildungsbedarf ist festgelegt und programmiert worden und die Fortbildungen sind angelaufen;
- Die Treffen der Koordinierungsgruppe „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ haben stattgefunden und über die Arbeitsfortschritte wurde berichtet.
- Der von der Landesregierung beschlossene „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ wurde analysiert, der detaillierte „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ des Sanitätsbetriebes ist definiert worden und dessen Umsetzung ist begonnen worden.

Indikatoren

2017:

- Das Dokument „Zu verbessernde Bereiche“, das Dokument „Alternativlösungen der Neugestaltung“ und der „Report Organisations-Benchmark“ sind erstellt worden.
- Die Prozeduren sind in einer Prozesslandkarte abgebildet worden.

- Der Aktionsplan ist erstellt worden und der detaillierte Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes ist formalisiert worden.
- Die vom detaillierten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes für 2017 vorgesehenen Prozeduren sind formalisiert und umgesetzt worden.
- Das Dokument über den Fortbildungsbedarf ist erarbeitet worden und die Fortbildungsaktivitäten haben begonnen.
- Eventuelle für die Zertifizierbarkeit der Bilanzdaten für notwendig erachtete Änderungen des von der Landesregierung genehmigten Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit sind dem Land (oder der strategischen Projektgruppe) mittels schriftlicher begründeter Anfragen mitgeteilt worden.
- Die periodischen Berichte über die Arbeitsfortschritte, welche der strategischen Projektgruppe vorzulegen sind, sind erstellt worden.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verantwortlicher des Bereichs Wirtschaft und Finanzen zusammen mit dem betrieblichen PMO und der Stabstelle Qualität in der Betriebsdirektion

Bericht 2017

Das Projekt „Zertifizierbarkeit der Bilanz“ (PAC) ist aus vertragstechnischen Gründen erst mit Mai 2017 gestartet. Dadurch, aber auch durch die Verzögerungen bei der Verabschiedung und Umsetzung der Gesundheits- und Verwaltungsreform verschieben sich verschiedene im Projekt ursprünglich für 2017 vorgesehene Termine auf die nächsten Jahre. Im Jahr 2017 sind die Organisationsstruktur des Betriebes und die Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren analysiert worden. Die Bereiche, in denen Verbesserungen durchzuführen sind und die entsprechenden Interventionstätigkeiten sind in den Dokumenten „Diagnose und zu verbessernde Bereiche“, „Alternativlösungen der Neugestaltung“ und im „Report Organisations-Benchmark“ dargelegt worden. Über die Analyse der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren ist ein Analysebericht verfasst und eine Auflistung der Prozeduren mit „Reifegrad“ derselben erstellt worden. Ein Entwurf des überarbeiteten detaillierten Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes (Aktionsplan) ist dem Land übermittelt worden (genehmigt von der strategischen Projektgruppe am 12.01.2018). Die Arbeitsfortschritte sind dem Land bzw. der strategischen Projektgruppe in zwei Treffen dargelegt worden.

Aufgrund der eingangs erwähnten Gründe wurde es als sinnvoll und notwendig erachtet, die Erstellung und Überarbeitung der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren und die Festlegung des Fortbildungsbedarfes auf das Jahr 2018 zu übertragen.

12.1.2. Fortführung bis zur vollständigen Umsetzung des Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit

Fortführung, bis zur vollständigen Umsetzung, des „Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit“ und Fortführung der Fortbildungstätigkeiten.

Erstellung der Berichte über die Arbeitsfortschritte.

Treffen der Koordinierungsgruppe „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ (Percorso attuativo di certificabilità del bilancio) und Koordinierungstreffen des betrieblichen PMO (Project management office).

Erwartetes Ergebnis

2018:

- Die vom detaillierten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes für 2018 vorgesehenen Prozeduren sind erstellt, formalisiert und umgesetzt worden.
- Nach Abschluss der Erstellung aller Prozeduren wird das Handbuch der Betriebsprozeduren erstellt und betriebsweit verteilt.
- Die Fortbildungstätigkeiten haben begonnen.
- Beginn der Überprüfung der Umsetzung und effektiven Anwendung der Prozeduren.
- Umsetzung der Verbesserungsvorschläge und der im Zuge der Teilrevisionen sich ergebenden und als notwendig erachteten Korrekturen.
- Treffen der Koordinierungsgruppe „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ zum Zwecke der Überwachung der Arbeitsfortschritte.
- Eventuelle Änderungen des detaillierten „Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit“ des Sanitätsbetriebes, welche für die Verifizierbarkeit der Bilanzdaten als notwendig betrachtet werden, jedoch keine Änderung des von der Landesregierung genehmigten „Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit“ benötigen, sind genehmigt.

- Eventuelle Änderungen des von der Landesregierung mit Beschluss genehmigten „Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit“, welche für die Verifizierbarkeit der Bilanzdaten als notwendig betrachtet werden, wurden dem Land (oder der strategischen Projektgruppe) mittels schriftlich begründeter Anfrage mitgeteilt.

2019:

- Umsetzung der Verbesserungsvorschläge und an die im Zuge der Teilrevisionen sich ergebenden und als notwendig erachteten Korrekturen.
- Abschluss der Überprüfung ob der Umsetzung und effektiven Anwendung der Prozeduren.
- Abschluss der Fortbildungstätigkeiten.
- Treffen der Koordinierungsgruppe zum Zwecke der Überwachung der Arbeitsfortschritte bis zum Abschluss des „Durchführungspfades der Zertifizierbarkeit“.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verantwortlicher des Bereichs Wirtschaft und Finanzen zusammen mit dem betrieblichen PMO und der Stabstelle Qualität in der Betriebsdirektion

Bericht 2017

Die Umsetzung des Prüfprotokolls und die Fortsetzung der Fortbildungstätigkeiten ist ab 2018 vorgesehen.

12.2. Interne Kontrollen

12.2.1. Analyse und Projektierung des Systems der internen Kontrollen

Analyse und Projektierung des Systems der internen Kontrollen und der entsprechenden Instrumentarien.

Definition der funktionalen Zugehörigkeit und Verantwortung.

Erstellung eines Planes der Kontrolltätigkeit.

Durchführung der ersten Kontrollen.

Erwartetes Ergebnis

2017

- Die Analyse und die Projektierung des Systems der internen Kontrollen ist erfolgt, die entsprechenden Instrumente, die funktionale Zugehörigkeit und die Verantwortung sind definiert.
- Der Fortbildungsbedarf ist definiert und programmiert und die Fortbildungsaktivitäten sind im Gange.
- Der bestehende Durchführungspfad wurde analysiert und der angestrebte „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ in Bezug auf die internen Kontrollen ist definiert.

2018

- Analyse und Projektierung des Systems der internen Kontrollen mit entsprechendem Instrumentarium, mit spezifischer Neuprojektierung der Prozesse, welche unter Berücksichtigung des informatischen Supports und für die stattfindende betriebliche Neuorganisation sich als unzureichend herausstellen.
- Die Teilrevisionen als technisch-fachliche Bewertung betreffend die Klarheit und Zuverlässigkeit einiger Bilanzposten zu verstehen.
- Überwachung der operativen Wirksamkeit des Systems der internen Kontrollen.
- Hilfestellung an das Personal, Fortbildung und Wissensvermittlung.
- Abfassung von Berichten über die Arbeitsfortschritte.
- Treffen der Koordinierungsgruppe „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ und Koordinierungstreffen des betrieblichen PMO (Project management office).

2019

- Analyse und Projektierung des Systems der internen Kontrollen mit entsprechendem Instrumentarium, mit spezifischer Neuprojektierung der Prozesse, welche unter Berücksichtigung des informatischen Supports und für die stattfindende betriebliche Neuorganisation sich als unzureichend herausstellen.
- Die Teilrevisionen als technisch-fachliche Bewertung betreffend die Klarheit und Zuverlässigkeit einiger Bilanzposten zu verstehen.
- Überwachung der operativen Wirksamkeit des Systems der internen Kontrollen.
- Hilfestellung an das Personal, Fortbildung und Wissensvermittlung.
- Abfassung von Berichten über die Arbeitsfortschritte.

- Treffen der Koordinierungsgruppe „Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit“ und Koordinierungstreffen des betrieblichen PMO (Project management office).

Indikatoren

2017

- Das Dokument über die Analyse des Systems der internen Kontrollen ist erstellt.
- Der Revisionsplan ist erstellt.
- Die Dokumente „Company Level Controls“, Flow chart, Risiko-Kontrollmatrix, „Remediation Plan“, „Contingency Plan“ sind erarbeitet.
- Die ersten Teilrevisionen sind bereits erfolgt bzw. sind im Gange.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verantwortlicher des Bereichs Wirtschaft und Finanzen zusammen mit dem betrieblichen PMO und der Stabstelle Qualität in der Betriebsdirektion

Bericht 2017

Im Jahr 2017 wurden trotz des verspäteten Starts des Projektes (siehe Punkt 12.1.1.) die folgenden Tätigkeiten betreffend den Bereich der „Internen Kontrollen“ durchgeführt:

- Analyse und Bewertung der im Betrieb existierenden Kontrollmechanismen, welche das System der internen Kontrollen auf Betriebsebene sicherstellen sollten;
- Analyse und Bewertung der allgemeinen Kontrollen im IT-Sektor, welche auf das korrekte Funktionieren der Informatiksysteme und des jeweiligen „Reifegrades“, sowie auf die Unterstützung der Verwaltung und Kontrolle der IT-Prozesse abzielen;
- Bewertung der Situation des Betriebes, im Vergleich zu den Anforderungen des internen Kontrollsystems gemäß internationalen Standards (COSO Report, COBIT).

Die im Rahmen der oben aufgezählten Analysen und Bewertungen gewonnenen Ergebnisse wurden in den Dokumenten „Company Level Control“ und „IT General Controls“ aufgezeichnet. Die „Risiko-Kontroll-Matrix liegt zum Jahresende 2017 als Entwurf vor. Außerdem wurden dem betrieblichen „Steering Comitee“ die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt.

12.3. Portfolio, Program und Project Management – PPM

12.3.1. Ausarbeitung eines dreijährigen PPM-Entwicklungsplanes

2017: PPM Assessment aufgrund des M3 oder PPM Maturity Model, mit nachträglicher Ausarbeitung des dreijährigen PPM Entwicklungsplanes; Pilotsoftware; Bildung einer Organisationsform innerhalb der neuen Betriebsordnung.

2018: Implementierung des PPM Entwicklungsplanes und Integrierung in den Verwaltungssystemen des Sanitätsbetriebes (Verwaltungssoftware, Verwaltung der Ressourcen, ...); Implementierung der PPM Software;

2019: Planung, Programmierung, sowie strategisches und operatives Controlling des Portfolios, Programm und Project Management (min. 3. Grad)

Erwartetes Ergebnis

Effiziente Verteilung der Ressourcen, strategische und strukturierte Ausrichtung anhand informierter Machbarkeitsentscheidungen, Einfluss, Risiken und Erfolgswahrscheinlichkeit der unterschiedlichen Programme und Projekte.

Indikatoren

31/12/2017: Genehmigung von Seiten der Betriebsdirektion des dreijährigen PPM Entwicklungsplanes; Installation, der sich in der Evaluierungs-Phase befindlichen PPM-Software; Schulung von 5 Project Managern.

31/12/2018: im Prozess-Handbuch dokumentierte PPM-Prozesse, welche von der Betriebsdirektion beschlossen und im Sanitätsbetrieb implementiert wurden; Schulung von 10 Project Managern; durchgeführte Ausschreibung und Zuschlag für die Software;

31/12/2018: strategische PPM-Planungs- und Controlling-Prozesse wurden implementiert und nach dem Betriebscontrolling ausgerichtet;

Verantwortliche/r für das Verfahren

Betriebsdirektion

Bericht 2017

Der dreijährige PPM-Entwicklungsplan und dessen Umsetzungsplan inklusive Priorisierungs-Kriterien der Projekte wurde ausgearbeitet und dem Führungsgremium zugestellt. Eine PPM-Software wurde als Pilot installiert und wird intensiv von einigen Pilot-Abteilungen sowie für die SAIM Projekte erfolgreich genutzt. Es wurden insgesamt über 20 Projektmanager geschult.

13. Verwaltung der Betriebsprozesse

13.1. Optimierung und Standardisierung der Betriebsprozesse

13.1.1. Ausarbeitung eines betriebsweit einheitlichen Modells für das Prozessmanagement

Prozessentwicklung und Prozessoptimierung sind ein wichtiges strategisches Ziel für den Südtiroler Sanitätsbetrieb. Alle Reorganisationsprojekte wirken stark auf die bestehenden Prozesse ein, da diese entweder organisatorisch und/oder durch IT verbessert werden sollen.

Es ist also notwendig, ein einheitliches Modell für das Prozessmanagement des Südtiroler Sanitätsbetriebes (Business Process Management) zu erarbeiten und schrittweise ab 2017 in den einzelnen Projekten anzuwenden, um eine einheitliche Vorgehensweise bei der Prozessmodellierung und -optimierung zu garantieren.

Erwartetes Ergebnis

Für das Triennium 2017-2019 ist eine progressive Ausarbeitung der Prozesslandkarte des Betriebes vorgesehen, dabei wird ein Prozessmanagement-Modell betriebsweit angewandt.

Indikatoren

- Schulung der verschiedenen Zielgruppen in Prozessmanagement
- Anwendung des betrieblichen Modells auf Prozesserhebungen im Rahmen der IT-Projekte des Masterplans
- Modellierung bzw. Konsolidierung und Harmonisierung der betrieblichen Prozesse

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle Qualität – Generaldirektion

Bericht 2017

- a) Prozesslandkarte: die Prozesslandkarte wurde mit dem neuen Tool und auf der Basis der Vorgaben des betriebsweiten Handbuches vorbereitet, d.h. es wurden die unterschiedlichen Modellierungsebenen, farblichen Kennzeichnungen und Kodexe für unterschiedliche Typologien von Prozessen in die Landkarte eingearbeitet. 2017 lag der Schwerpunkt auf die Identifizierung der verschiedenen Ebenen der diagnostischen Prozesse; aus diesem Bereich wurde auch der erste Prozess als Prototyp ausgewählt, für welchen die Modellierung durchgeführt und in die Prozesslandkarte eingetragen wurde. Des Weiteren wurden zusätzliche Prozesse identifiziert und Daten gesammelt, die nun für die Bearbeitung der Prozesslandkarte 2018 zur Verfügung stehen. Die Prozesslandkarte wird fortlaufend entwickelt.
- b) Prozess 1 (Prototyp): dieser wurde nach dem definierten Modell analysiert, mit dem Prozessowner und den beteiligten Gruppen/Personen wurden Verbesserungsbereiche und Lösungsansätze identifiziert.
- c) Handbuch und Instrumente zur Modellierung: das Handbuch und die dazugehörigen Tools (Erhebungsinstrumente usw.) wurden überarbeitet.
- d) Strukturierung des Prozessmanagements: es wurde ein Prozessmanagement-Komitee mit Betriebsbeschluss nominiert und beauftragt, welches auf Betriebsebene Entscheidungen zur Ausrichtung des Prozessmanagements, zur Prioritätensetzung der zu analysierenden Prozesse, Freigabe von Prozessen usw. treffen wird.
- e) Information und Abstimmung mit betriebsweiten Projekten, welche eine Schnittstelle zum Prozessmanagement haben: Es haben verschiedenen Treffen zur Erklärung des Betriebsmodells und zur Abstimmung von Tätigkeiten mit der Lean Health Care-Gruppe, der SAIM-Gruppe und den Konsulenten für die Bilanz Zertifizierung stattgefunden, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.
- f) Schulung von Zielgruppen:
 - Eine Schulung von internen Prozessanalysten hat stattgefunden (August 2017).

- Die Weiterbildungen für das Jahr 2018 wurde definiert und in den betriebsweiten Weiterbildungsplan eingebaut. Im Jahr 2018 sollen Führungskräfte und interessierte Mitarbeiter zum Thema Prozessmanagement eine Einführung erhalten, um die Einsatzmöglichkeiten und den Nutzen von Prozessmanagement im Südtiroler Sanitätsbetrieb aufzuzeigen.