

AUTONOME PROVINZ  
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

# Performance-Plan und allgemeiner Dreijahresplan

## 2019 – 2021

Beschluss des Generaldirektors Nr. 493 vom 26.07.2019

# Inhaltsverzeichnis

Planvorstellung.....	2
Zweck.....	2
Inhalte.....	2
1. Zusammenfassung der für die Bürgerinnen und Bürger und Stakeholder relevanten Informationen	2
1.1. Kontextanalyse und Definition des Landesszenariums .....	2
1.1.1. Über uns .....	2
1.1.2. Auftrag.....	3
1.1.3. Aufbau .....	3
1.2. Demografische, sozialsanitäre Indikatoren und Zusammensetzung der Bevölkerung .....	4
1.2.1. Betreuungsberechtigte Bevölkerung und deren Zusammensetzung.....	4
1.2.2. Geburtenzahl und Bevölkerungsentwicklung .....	4
1.2.3. Lebenserwartung und Sterblichkeitsrate.....	5
1.3. Aspekte der Gesundheit.....	5
1.3.1. Inzidenz und Prävalenz von chronischen Krankheiten .....	5
1.3.2. Diabetes.....	6
1.3.3. Bösartige Tumore .....	6
1.3.4. Onkologische Screenings .....	7
1.3.5. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenerkrankungen .....	8
1.3.6. Lebensmittelsicherheit.....	9
1.3.7. Physische und neurologische Rehabilitation .....	10
2. Prozess und Methode der Zieldefinition.....	11
3. Struktur.....	11
4. Ziele .....	12
4. A) Ausbau der Steuerung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle.....	12
4. B) Entwicklung der Informationssysteme und der Unterstützung durch die Informatik.....	14
4. C) Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen.....	15
4. D) Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement).....	17
4. E) Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes .....	19

# Planvorstellung

## Zweck

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

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

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

## Inhalte

Der Plan beinhaltet die strategischen und operativen Zielsetzungen.

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

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

### 1.1. Kontextanalyse und Definition des Landesszenariums

#### 1.1.1. Über uns

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

Der Sanitätsbetrieb hat seinen Rechtssitz in Bozen, Sparkassenstraße 4.

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

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

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

### **1.1.2. Auftrag**

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

### **1.1.3. Aufbau**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für die Frauen (58,0 Prozent) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,8 Prozent). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 56,1 Prozent.

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

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

Im Jahr 2017 wurden in Südtirol 5.580 Kinder geboren, 5.246 davon von ansässigen Müttern (94,0 Prozent), die anhand der Geburtsbescheinigung (Certificato di assistenza al parto = CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2017 kommt es zu einem Rückgang der Neugeborenen im Vergleich zum Vorjahr (5.674 Neugeborene) aber im Einklang mit dem Durchschnitt der letzten Jahre (durchschnittliche Anzahl im Zeitraum 2013-2016 ca. 5.600 Geburten). Fast alle Geburten fanden in den Geburtsstellen des Landes statt, 33 Frauen entbanden zu Hause.

Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol weiterhin ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Betreuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten. Die Geburtenrate beträgt 10,5 Neugeborene pro 1.000 Einwohner und ist somit der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 7,7 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

Im Jahr 2017 wuchs die Bevölkerung um 6,6 Personen pro 1.000 Einwohner. Einen wichtigen Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 4,8 Promille. Das natürliche Wachstum von 1,8 Promille gehört auch weiterhin zu den höchsten unter den italienischen Regionen. Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, welche die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,7 Kindern je Frau (1,34 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene).

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

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

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

Die Haupttodesursache waren 2016 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 39,7 Prozent der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 31,6 Prozent in der männlichen Bevölkerung.

Unter den Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 33,1 Prozent gegenüber den 25,7 Prozent unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (6,7 Prozent vs. 3,6 Prozent) vor.

## **1.3. Aspekte der Gesundheit**

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

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

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

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

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

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

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

Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 77 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

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

### 1.3.2. Diabetes

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

Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3.3. Bösartige Tumore

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

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

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

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

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

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

#### **1.3.4. Onkologische Screenings**

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.3.6. Lebensmittelsicherheit

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

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

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

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

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

Dabei wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden. In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 1,1 Prozent für die chemisch-physischen Analysen und 3,3 Prozent für die mikrobiologischen Analysen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Prozess und Methode der Zieldefinition

Einige der wichtigsten Themen dieses Plans sind mit Vorschlag zu den Richtlinien der Landesregierung für das Jahr 2019, das auf der "Balanced Scorecard"-Methode basiert, verknüpft. Das am 5. Dezember 2018 zwischen dem Assessorat und der Direktion des Südtiroler Sanitätsbetriebes diskutierte Dokument wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 376 vom 14.05.2019 genehmigt.

Als Fortsetzung des Beteiligungs- und Change-management-prozesses im Sanitätsbetrieb wurden ab September 2018 die verschiedenen Gesprächspartner und Führungskräfte des Sanitätsbetriebes an der Formulierung strategischer Bereiche und Ziele für den Dreijahreszeitraum 2019-2021 beteiligt.

Die Sammlung aller Vorschläge wurde in der Sitzung am 17. Dezember 2018 auch mit dem Führungsgremium des Sanitätsbetriebes geteilt.

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

## 3. Struktur

Zum Zweck der Abstimmung der verschiedenen Planungs- und Programmierungsdokumente der Abteilung für Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebes, ist gegenständlicher Performanceplan 2019-2020 nach den Vorgaben der von der Landesregierung ausgearbeiteten Balanced Scorecard (BSC) 2019 strukturiert.

Es wurde eine Abstimmung durchgeführt und in großen Teilen ist es gelungen, die Zielvorgaben den vorgegebenen Makrobereichen zuzuordnen.

Die vorgesehenen Makrobereiche lauten wie folgt:

- A) Weiterentwicklung der Governance durch die Verbesserung der Planung und Kontrolle
- B) Entwicklung der Informationssysteme und der Unterstützung durch die Informatik
- C) Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen
- D) Verbesserung der Gesundheit und Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Risk Management)
- E) Entwicklung der Ressourcen und der beruflichen Fähigkeiten

## 4. Ziele

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

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

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

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

Zu diesem Zweck werden in den nächsten drei Jahren hauptsächlich nachfolgende Ziele angestrebt:

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

Die Betriebsordnung beschreibt die Organisation und die Funktionsweise (Funktionsorganigramm) des Südtiroler Sanitätsbetriebes; es definiert das strategische Umfeld des Unternehmens, sein Funktionsmodell und die Aspekte der Betriebsführung.

Wie im Landesgesundheitsplan 2016-2020 und in den Richtlinien zur Verfassung der Betriebsordnung vorgesehen, sind die

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

#### **Präventionsplan:**

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

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

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

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

Nach einer ersten Abbildung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten auf Betriebsebene und der Erstellung einer ersten Aufzeichnung der Verarbeitungen auf Excel-Ebene soll das Datenverarbeitungsregister vervollständigt und mittels einer eigenen SW digitalisiert werden.

Der Sanitätsbetrieb ist in vier Bezirke unterteilt, von denen jeder eine eigene Intranetseite und eigene Datenschutzformulare hat. Durch die Annahme verschiedener Beschlüsse (Nr. 244/2016; 334/2016; 46/2018; 229/2018) und die Schaffung einer betriebsweiten Intranetseite wurde ein Vereinigungsprozess eingeleitet. Ziel ist die Vereinheitlichung der Formulare und Prozesse hinsichtlich der Berechtigung zur Verarbeitung personenbezogener Daten.

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

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

#### **Neue Informationsflüsse:**

- **Umsetzung der neuen wirtschaftlichen ministeriellen Datenflüsse (CE, LA, SP, CP)**  
Das Dekret des Gesundheitsministers vom 16. Februar 2001 (geändert in den Jahren 2004 und 2007), welches die Modelle für die Erhebung der wirtschaftlichen Tätigkeiten der Sanitätsbetriebe festlegt, steht kurz vor der Aktualisierung. Ziel des Sanitätsbetriebes ist es, seine Informations-,

Verwaltungs- und Organisationssysteme an die korrekte Erhebung der Ministerialmodelle anzupassen.

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

Einer der relevantesten Informationsflüsse für die Rückvergütung der interregionalen und internationalen Gesundheitsmobilität ist die F-Datei, worin die Daten der in verschiedenen Betreuungsformen verabreichten Arzneimittel enthalten sind sowie deren Kosten. Der Betrieb hat die Aufgabe, diese Medikamente vollständig für alle außerhalb Südtirols ansässigen Patienten zu erheben, wie vom Einheitstext für die überregionale Verrechnung der sanitären Mobilität 2017 ("Testo Unico per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria 2017") vorgesehen (genehmigt am 18.10.2018 mit Abkommen zwischen Staat, Regionen und Autonomen Provinzen). Der Betrieb schafft gleichzeitig die organisatorischen und informatischen Voraussetzungen für eine vollständige Verfolgbarkeit derselben, welche innerhalb Jänner 2020 beginnen muss.

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

### **Eindämmung der Kosten**

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

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

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

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

In diesem Sinne will der Sanitätsbetrieb im Zeitraum 2019 - 2021 hauptsächlich folgende Ziele verfolgen:

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

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

- Implementierung eines Impfreisters gemäß dem Abkommen zwischen den Staaten und den Regionen 154 vom 6.9.2018
- Aktivierung des Bürgerinformationssystems
- Anpassung des Laborannahmesystems für die dematerialisierte Verschreibung innerhalb 30.06.2019
- Dematerialisiertes Rezept für Medizinprodukte und Diätprodukte
- Einführung einer neuen Schadensversicherungssoftware, Ersatz von Software für zivilrechtliche Behinderungen, gezielte Platzierung und Führerscheine.
- Implementierung und Konsolidierung der Nutzung der nationalen Informationssysteme und -instrumente durch den Dienst für Arbeitsmedizin und das Arbeitsinspektorates
- Aktivierung SIAD-Datenfluss.

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

Im Rahmen der Reorganisation ist vor allem die stufenweise Implementierung des Landesgesundheitsplanes 2016 - 2020 im klinischen und Betreuungsbereich vorgesehen. Das Engagement wird sich in den nächsten drei Jahren insbesondere auf folgende Aspekte konzentrieren:

### **Chronische Krankheiten und Stärkung der territorialen Betreuung**

- Palliativmedizin: Alle Bürger haben das Recht auf Palliativmedizin für alle unheilbaren chronischen Krankheiten, basierend auf körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen. Es ist daher notwendig, über Fachkräfte mit den erforderlichen Kompetenzen und Anforderungen zu verfügen, die innerhalb des Netzwerks arbeiten. Neben der Unterstützung der Patienten ist es Aufgabe der Mitglieder des Netzwerks, nicht nur Personal zu schulen, welches innerhalb des Netzwerkes arbeiten, sondern auch alle Operateure, die den Patienten einen grundlegenden Palliativansatz garantieren müssen.
- Netzwerk für die pädiatrische Palliative Care
- Verbesserung des Versorgungsnetzes für Menschen mit kognitiven Einschränkungen
- Peritonealdialyse
- Besserer Zugang zur multidisziplinären Versorgung von immobilen und geriatrischen Patienten. Erprobung des multidisziplinären Ansatzes (Krankenhaus /Territorium) bei der Behandlung des Herzinsuffizienzsyndroms in der geriatrischen Bevölkerung; Eine effektivere Behandlung wird erwartet.
- Definition der Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Erkrankungen (ASD) im Erwachsenenalter.
- Umsetzung familienzentrierter Pflege in den Gesundheitssprengeln.
- Projektplanung für die ICF-Einführung im ambulanten Bereich.

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

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

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

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

### **Netzwerk der Dienste**

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

In diesem Zusammenhang sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Reorganisation des betriebsweiten Dienst für Zahnheilkunde
- Reorganisation der OP-Abteilungen
- Betriebsweiter Dienst für Rheumatologie an drei Standorten
- Vernetzung von Diensten im Suchtbereich
- Zusammenarbeit zwischen dem Abhängigkeitsdienst, dem Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem psychologischen Dienst
- Umsetzung des neuen Plans für das Rehabilitationsnetz

### **Neuordnung des Präventionsdepartement**

- Entwicklung und Kommunikation des Präventionsplans 2020-2025
- Lebensmittelsicherheit: Vorliegen einer Betriebsprozedur zur Organisation und Programmierung der Dienstleistungen gemäß den festgelegten Zuständigkeiten und Rollen
- Reduktion der Infektionen mittels Erhöhung der Impfquote aufgrund der Erweiterung des Angebotes für alle Altersklassen
- Stop malnutrition

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

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

- Einführung zusätzlicher betrieblicher Tumorboards mit multidisziplinärer Diskussion zwischen den Teilnehmern aller neu diagnostizierten Fälle laut Bestimmungen des Zertifizierungsinstitutes "Deutsche Krebsgesellschaft" DKG
- Abhaltung von „Qualitätszirkeln“ zu Themen hinsichtlich der onkologischen Chirurgie-Zertifizierung, laut Kriterien der deutschen Krebsgesellschaft (DKG)

### **Organisatorische Angemessenheit**

- Krankenhaus Bozen: Übersiedlung
- Fortsetzung des Projekts Lean Healthcare
- Implementierung eines Patientenblutmanagementprogramms
- Optimierung der Unterstützung für Patienten mit Harn- und/oder Stuhlinkontinenz
- LOINC-Standardcodierung im Laborbereich
- Optimierung und Standardisierung von Aufnahmesequenzen in der MRI (Magnetresonanz)
- Ausarbeitung einer betriebsweiten Prozedur über „Verhalten nach einem Arbeitsunfall mit Exposition gegenüber biologischem Material“
- Festlegung der klinischen Bereiche, in denen die Gesundheitsbetreuung von einem ordentlichen Aufenthalt auf andere Betreuungssettings shiftet, auch über die verstärkte Anwendung der Intensivbeobachtung (O.B.I.) und über die Implementierung und den Ausbau des day services mittels komplexen ambulanten Leistungspaketen (P.A.C.)
- Implementierung des Fast-Track-Modells in der Ersten Hilfe
- Sanitärer Müll: Genehmigung und Einführung eines betriebsweiten Reglements betreffend Handhabung des sanitären Mülls.
- Vernetzung der Dienste im Suchtbereich
- Vereinbarung zur Fallführung für Menschen mit Autismusspektrumstörungen (ASS) im Erwachsenenalter.

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

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

Diesbezüglich sind hauptsächlich folgende Ziele zu berücksichtigen:

### **Abbau von Wartezeiten**

- Maßnahmen zur Verringerung der Wartezeiten - Mehrjähriger Plan zur Verbesserung der Wartezeiten in Südtirol 2016-2019
- Verwaltung der Vormerkungskalender: Planung und Programmierung der Ambulatoriumstätigkeit mittels einer einheitlichen Plattform
- Führung der Vormerklisten der Sportmedizin: Vormerkung der ambulanten Tätigkeit in einer einheitlichen Plattform
- Verkürzung der Warteliste für die dermatologische Visite durch Telemedizin
- Konsolidierung des Projekts "Switch"

### **Notaufnahme Gesundheitsbezirk Bozen**

Angemessene personelle Ausstattung der Notaufnahme

Kürzere Wartezeiten und verbesserte Betreuung der Patienten in den Wartesälen

### **Angemessenheit der Verschreibung**

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

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

### **Verbesserung der Leistung**

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

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

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

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

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

Anonyme Meldung von kritischen Ereignissen.

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

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

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

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

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

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

### **Rechtsmedizin**

- Berufshaftpflicht im Gesundheitsbereich – Fortbildung
- Vereinheitlichung der rechtsmedizinischen Vorgehensweisen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen

### **Pflege- und Führungsziele**

- Korrekte und vollständige Implementierung und Überwachung vom diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfad für Diabetes
- Optimierung der Betreuung durch Allgemeinmediziner
- Erprobung des Bogens zur Multidimensionalen Einschätzung von alten Menschen (SVAMA - Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano)

### **Forschung und Innovation**

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

### **Evaluierung der Dienste**

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

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

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

Um den in den letzten Jahren begonnenen Weg fortzusetzen, sind folgende Handlungsbereiche für den Dreijahreszeitraum 2019-2021 vorgesehen:

### **Beziehungsbasierte Pflege**

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

### **Personalentwicklung**

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

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

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

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

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

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

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

### **Weiterbildungskurse für das Gesundheitspersonal**

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