

DREIJAHRESPLAN ZUR KORRUPTIONSPRÄVENTION UND TRANSPARENZ 2019-2021

INHALT

Verwendete Akronyme	4
VORWORT.....	5
a) Rechtsvorschriften	5
b) Der Begriff Korruption	5
c) Grundinstrumente zur Korruptionsprävention	6
d) Der DPKPT	6
Einführung.....	8
1. Subjekte und Rollen in der Präventionsstrategie.....	13
1.1. Auf nationaler Ebene tätige Rechtssubjekte	13
1.2. Auf Sanitätsbetriebsebene für die Korruptionsrisikoprävention zuständige Subjekte	13
1.2.1. Der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte	13
1.2.2. Der Generaldirektor.....	14
1.2.3. Die Ansprechpersonen für Korruptionsprävention	14
1.2.4. Die Führungskräfte im jeweiligen Zuständigkeitsbereich	14
1.2.5. Das Amt für Disziplinarverfahren	15
1.2.6. Alle Bediensteten des Sanitätsbetriebs	15
1.2.7. Jeder Mitarbeiter der Verwaltung	15
1.2.8. Der Verantwortliche für das Einheitliche Verzeichnis der Vergabestellen (RASA).....	15
1.2.9. Der Verwalter für die Meldungen bzgl. Geldwäsche.....	15
2. Korruptionsrisikobereiche	16
2.1. Modellierung der Entscheidungsprozesse.....	16
2.2. Überwachung der Verfahrenszeiten	17
2.3. Allgemeine und spezifische Risikobereiche.....	18
3. Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen	41
3.1. Pflichtmaßnahmen	41
3.2. Zusätzliche Maßnahmen	47
4. Dreijahresprogramm für die Transparenz und Integrität.....	48
4.1. Die wichtigsten Neuheiten	48
4.2. Erarbeitung und Annahme des Programms.....	49
4.2.1 Die von den Führungsorganen in den Leitdokumenten gesetzten strategischen Transparenzziele.....	49
4.2.2 Bewertung des Grads der Erreichung der zugeteilten Ziele.....	49
4.2.3 Art der Einbindung der Stakeholder und Ergebnisse dieser Einbindung.....	49
4.2.4 Erstellung und Annahme.....	50
4.3. Maßnahmen zur Verbreitung der Transparenz.....	51
4.3.1 Kommunikationsmaßnahmen und -mittel zur Verbreitung des Programminhaltes und der veröffentlichten Daten	51
4.3.2 Organisation und erwartete Ergebnisse der „Tage der Transparenz“	51
4.4. Programmumsetzungsprozess	52
4.4.1 Ermittlung der für die Erstellung, Übermittlung, Veröffentlichung und Aktualisierung der Daten verantwortlichen Einrichtungen	52
4.4.2 Referenten für die Transparenz	53
4.4.3 Organisatorische Maßnahmen zur Gewährleistung der Ordnungsmäßigkeit und Fristmäßigkeit der Informationsflüsse.....	53
4.4.4 Maßnahmen zur Überwachung und Aufsicht über die Umsetzung der Transparenzpflichten zur Kontrolle der Pflichterfüllung durch den Verantwortlichen für die Transparenz und Korruptionsvorbeugung	53
4.4.5 Instrumente und Techniken zur Ermittlung der effektiven Datennutzung in der Sektion „Transparente Verwaltung“ durch die Nutzer.....	53
4.4.6 Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang.....	54
4.5. Zusätzliche Daten.....	56
5. Kontrolle der Maßnahmenimplementierung.....	57
6. Risikomanagement.....	58
7. Aktualisierung des Plans	59
Anlage I: Modellierung der Entscheidungsprozesse und Risikoanalyse	
Anlage II: Liste der geltenden Veröffentlichungspflichten	

Verwendete Akronyme

ANAC	Italienische Behörde für Korruptionsbekämpfung und für die Bewertung und Transparenz der öffentlichen Verwaltungen (kurz Italienische Antikorruptionsbehörde)
ÖV	Öffentliche Verwaltung
NAKP (PNA)	Nationaler Antikorruptionsplan (PNA)
PP	Performance-Plan
DPKPT	Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz
DPTI	Dreijahresplan zur Transparenz und Integrität
AKTB	Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter
LGD	Landesgesundheitsdienst
SNA	Nationale Hochschule für Verwaltung
UPD	Amt für Disziplinarverfahren
SB	Sanitätsbetrieb
G.v.D.	Gesetzesvertretendes Dekret
Lgs.D	Legislativdekret
G.D.	Gesetzesdekret
BPM	Business Process Management
GB	Gesundheitsbezirk

VORWORT

a) Rechtsvorschriften

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 Nationale 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 jetzt DPKPT zu erstellen.

Das Legislativdekret vom 27 Oktober 2009 n. 150 bezüglich der Optimierung und Produktivität der öffentlichen Arbeit, sowie Wirksamkeit und Transparenz der öffentlichen Verwaltung, und das Legislativdekret vom 14 März 2013, n. 33 regeln die Pflichten in Sachen Veröffentlichung, Transparenz und Mitteilung von Informationen seitens der öffentlichen Verwaltung, indem sie den Bürgerzugang, sowie die Veröffentlichung in offenem Format auf der institutionellen Internetseite von Verwaltungsakten und Daten als auch die Ausarbeitung eines Dreijahresprogrammes über Transparenz und Integrität vorsehen, welches jetzt Teil des DPKPT ist.

Das Legislativdekret Nr. 39 vom 8. April 2013 führt die „Vorgaben betreffend die Unerteilbarkeit und Unvereinbarkeit von Ämtern bei öffentlichen Verwaltungen und bei privaten, aber öffentlich kontrollierten Körperschaften im Sinne von Artikel 1, Abs. 49 und 50 des Gesetzes Nr. 190 vom 6. November 2012“ ein.

Mit dem DPR Nr. 62 vom 16. April 2013 wurde in Umsetzung des Art. 54 des Legislativdekrets Nr. 165/2001, ersetzt durch das Gesetz Nr. 190, der „Verhaltenskodex der öffentlich Bediensteten“ mit den Verhaltensvorschriften in den Beziehungen zur eigenen öffentlichen Verwaltung sowie zu den eigenen Kollegen und Vorgesetzten, den Dienstnutzern und der Öffentlichkeit genehmigt.

Das Gesetz vom 7 August 2015, Nr. 124 weist auf die notwendige Präzisierung der Inhalte und der Verfahrensaufnahme des NAKP (PNA) sowie des DPKPT und des Jahresberichtes zur Vorbeugung der Korruption hin.

Das Legislativdekret vom 25 Mai 2016 Nr. 97 in Abänderung des Legislativdekrets vom 14 März 2013 Nr. 33 in Sachen Bürgerzugang und Veröffentlichung der Daten und des Artikels 1 des Gesetzes Nr. 190 von 2012.

Der nationale Antikorruptionsplan (PNA) von der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) mit Beschluss Nr. 72 vom 11 September 2013 genehmigt, und die Aktualisierung des Planes durch ANAC mit Beschluss Nr. 12 vom 28. Oktober 2015, beinhalten wichtige Richtlinien für die Verfassung und die Vervollständigung des gegenständlichen DPKPT.

Der nationale Antikorruptionsplan (PNA) 2016 von der nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) mit Beschluss Nr. 831 vom 3 August 2016 genehmigt, enthält wichtige Leitlinien für die Verfassung und Vervollständigung des DPKPT.

Die Mitteilung des Präsidenten der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) vom 16.03.2018 stellt klar, dass der DPKPT jährlich in seiner Gesamtheit überarbeitet werden muss, wobei das Transparenzprogramm als integrierender Bestandteil des DPKPT und der Performanceplan berücksichtigt werden sollen. Die Mitteilung verweist daher wiederum auf die Verpflichtung der jährlichen Erstellung eines neuen Planes samt Modellierung der Entscheidungsprozesse und Risikoanalyse innerhalb vom 31. Jänner. Besagte Pflicht wurde im nationalen Antikorruptionsplan (PNA) 2018 bestätigt.

b) Der Begriff Korruption

Der Begriff Korruption umfasst jene Situationen, in denen eine Person im Laufe der Verwaltungstätigkeit die ihr übertragenen Befugnisse zur Erlangung von –nicht nur- persönlichen Vorteilen missbraucht. Die davon betroffenen Situationen gehen über die rein strafrechtlich relevanten Tatbestände gemäß Artt. 318, 319 und 319ter des italienischen Strafgesetzbuches hinaus; sie umfassen auch all jene Situationen, in denen sich - unabhängig von der strafrechtlichen Relevanz - aus der Nutzung der übertragenen Befugnisse zu privaten Zwecken Missstände in der Verwaltung ergeben, das heißt, in denen die

Verwaltungshandlung *ab externo* „befleckt“ wird, unabhängig davon, ob das verfolgte Ziel dabei erreicht wird oder ob es beim Versuch bleibt. Als solches muss dieser Begriff Bestandteil der persönlichen Kultur aller Bediensteten und Mitarbeiter werden, um die berufliche Tätigkeit gemäß der Grundsätze der Korrektheit und Rechtmäßigkeit zu gewährleisten.

c) Grundinstrumente zur Korruptionsprävention

Die von den Gesetzesbestimmungen unter Punkt 1. aufgelisteten grundlegenden Instrumente zur Korruptionsprävention sind:

- ✓ der Nationale Antikorruptionsplan, der den öffentlichen Verwaltungen Richtlinien für die Erarbeitung der Präventionsstrategien liefert;
- ✓ die Transparenzpflichten;
- ✓ die Erarbeitung des vorliegenden Dreijahresplans zur Korruptionsprävention und Transparenz;
- ✓ die Einführung des Verhaltenskodex auf Sanitätsbetriebsebene;
- ✓ die Einplanung der Personalrotation;
- ✓ die Enthaltungspflicht bei Interessenkonflikt bzw. dessen Handhabung bei schlüssiger Unmöglichkeit der Enthaltung;
- ✓ die Sonderregelung über die Abwicklung der amtlichen Aufgaben, Tätigkeiten und außerinstitutionellen Aufträge;
- ✓ die Sonderregelung über die Erteilung von Führungsrollen bei besonderen Tätigkeiten oder Aufträgen;
- ✓ Vorgabe der Unvereinbarkeiten mit Führungspositionen;
- ✓ die Sonderregelung über die Bildung von Ausschüssen, Verbot der Zuweisung von Ämtern, von Erteilung von Führungsrollen im Falle der strafrechtlichen Verurteilung für Straftaten gegen die öffentliche Verwaltung (auch bei nicht rechtskräftigen Urteilen);
- ✓ die Sonderregelung über die Tätigkeiten nach der Beendigung des Dienstverhältnisses;
- ✓ die Sonderregelung über den Schutz des Bediensteten, der rechtswidrige Verhalten meldet;
- ✓ die Personalschulung zum Thema Ethik, Integrität und anderem im Zusammenhang mit der Korruptionsprävention und Transparenz.

d) Der DPKPT

Der Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz (DPKPT) ist das Grunddokument der Verwaltung für die Erarbeitung der Präventionsstrategie im Rahmen des Südtiroler Sanitätsbetriebs.

Der Plan stellt ein Strategiepapier dar. Er umfasst alle gesetzlich vorgeschriebenen Präventionsmaßnahmen sowie alle weiteren nützlichen oder erforderlichen - auch nur geplanten - Maßnahmen und dient der Koordinierung der Handlungen.

Für die Wirksamkeit der Prävention muss der Plan wie ein Programmplanungsdokument der Aktivitäten und des Einsatzes des Humankapitals strukturiert sein, das heißt, er muss die spezifischen Risiken, die Richtziele, die Maßnahmen im Verhältnis zum ermittelten Risiko, die Verantwortlichen für die Umsetzung der Maßnahme, die einzelnen Rollen sowie die Zeiten und Ressourcen enthalten.

Er muss mit den anderen Planungsdokumenten des Südtiroler Sanitätsbetriebs koordiniert werden, vor allem mit dem Performance-Plan und dem Betriebsakt.

Seine effektive Umsetzung sowie seine Wirksamkeit zur Vorbeugung von Korruption unterliegen einer ständigen Überprüfung.

Ein überarbeiteter Vorschlag von Seiten des AKTB wird jedes Jahr vom strategischen Organ (Generaldirektor) präventiv begutachtet und von diesem mittels Beschluss ermächtigt.

Der Plan und seine überarbeiteten Fassungen werden auf der Website (www.sabes.it) Sektion Transparente Verwaltung veröffentlicht.

Der Plan enthält folgende Angaben:

- a) die **Personen**: es werden alle in die Prävention mit einbezogenen Personen sowie deren Aufgaben und Verantwortungsbereiche angegeben (Antikorruptions- und Transparenzbeauftragter, Führungskräfte, Bedienstete, Ansprechpersonen);
- b) die **Risikobereiche**,

- c) die **Methode** der Risikobeurteilung;
- d) die **Bekämpfungs- und Präventionsmaßnahmen**;
- e) die **Einplanung von Schulungszyklen und Festlegung der Zielpersonen**;
- f) die **Ergänzungen zum Verhaltenskodex der öffentlich Bediensteten**;
- g) die **Zeiten und Modalitäten der Neuordnung**.

Der Dreijahresplan 2019-2021 enthält die Modellierungen und Überprüfungen der Entscheidungsprozesse die während des Jahres 2018 durchgeführt wurden (siehe Anlage I).

Einführung: Organisation und Rolle des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb, in der Folge als Sanitätsbetrieb bezeichnet, ist eine Hilfskörperschaft des Landes; er ist eine mit Verwaltungsautonomie ausgestattete Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Der Sanitätsbetrieb nimmt die Aufgaben und Befugnisse wahr, die in den einschlägigen Bestimmungen für die Sanitätsbetriebe vorgesehen sind, sowie jene, die im Landesgesundheitsplan festgelegt sind. Er ist für die Betriebsstrategie und die operative Planung sowie für die Erbringung der Gesundheitsleistungen unter Wahrung der wesentlichen Betreuungsstandards und der Grundsätze der Effizienz und Wirksamkeit beim Einsatz der verfügbaren Ressourcen zuständig. Er stellt eine umfassende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicher und gewährleistet die Betreuungskontinuität durch koordinierte Erbringung der Gesundheitsleistungen und durch Zusammenarbeit mit dem sozialen Bereich zum Zwecke der gegenseitigen Ergänzung auf dem gesamten Landesgebiet. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben und Befugnisse richtet sich der Sanitätsbetrieb nach den Vorgaben des Landesgesundheitsplans und der Fachpläne sowie nach den Weisungen und Vorschriften der Landesregierung.

Zu diesem Zweck verwaltet der Betrieb die einheitlichen Versorgungsstufen („LEA“), sowie die Zusatzleistungen (extra-LEA) die von der Landesregierung so definiert werden, indem er direkt oder über öffentliche oder private vertragsgebundene Strukturen Leistungen gemäß vertraglich vorgegebener qualitativer oder quantitativer Standards unter Einhaltung der Bilanz anbietet.

Der Betrieb ist sich der Wichtigkeit der Entwicklung in der Zusammenarbeit, im Ausbau von Synergien und Integrationen bewusst, und verfolgt die Ziele mittels einer verstärkten betrieblichen Programmierung und eines von allen Akteuren mitgetragenen Entscheidungsprozesses, aufgrund der verschiedenen Kompetenzen und Aufgabenbereiche, unter Einbeziehung der verschiedenen lokalen Institutionen als Mediatoren der lokalen Interessensgemeinschaften als Impulsbringer auch mit Aufsichtsfunktion der erbrachten Tätigkeit.

Der Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen ist in vier Gesundheitsbezirke aufgeteilt:

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

Die Landesregierung legt das Einzugsgebiet jedes Gesundheitsbezirkes fest. Jeder Gesundheitsbezirk ist in Gesundheitssprengel unterteilt, deren Einzugsgebiete in einschlägigen Bestimmungen festgelegt sind. Die Gesundheitsbezirke sind nach dem Subsidiaritätsprinzip für die Führung der Gesundheitsdienste sowie für die Zusammenarbeit mit dem sozialen Bereich zum Zwecke der gegenseitigen Ergänzung in ihrem Einzugsgebiet zuständig. Insbesondere sind die Gesundheitsbezirke auch für die Führung des entsprechenden Bezirkskrankenhauses mit einem oder, wo zutreffend, mit mehreren Standorten zuständig.

Der Gesundheitssprengel ist grundsätzlich für den Schutz der Gesundheit der ansässigen Bevölkerung zuständig und fungiert als territoriales Bezugszentrum in einem Kontext, der von einer immer größeren Integration mit den Sozialdiensten und der fortwährenden Betreuung unter Mitwirkung der Allgemeinärzte und der frei wählbaren Kinderärzte charakterisiert ist. Außerdem soll der Sprengel Orientierung schaffen und den direkten Zugang zum Krankenhaus für die Erbringung der fachärztlichen Leistungen im Vorfeld filtern.

Die Krankenhauseinrichtungen des Sanitätsbetriebs sind:

1. Landeskrankenhaus Bozen;
2. Bezirkskrankenhaus Meran-Schlanders mit den Standorten Meran und Schlanders;
3. Bezirkskrankenhaus Brixen-Sterzing mit den Standorten Brixen und Sterzing;
4. Bezirkskrankenhaus Bruneck-Innichen mit den Standorten Bruneck und Innichen.

Die Krankenhäuser des Landesgesundheitsdienstes sind Einrichtungen des Sanitätsbetriebs und erfüllen die Aufgaben im Bereich der Krankenhausbetreuung gemäß den einschlägigen Rechts- und Verwaltungsvorschriften, auch nach den in der Landesgesundheitsplanung und der Betriebsplanung enthaltenen Vorgaben und Richtlinien.

Mit Beschluss des Generaldirektors vom 30 September 2013, Nr. 217 wurde das neue Organigramm der Verwaltung des Sanitätsbetriebes ermächtigt, welche auf der Webseite [/www.sabes.it](http://www.sabes.it) in der Sektion „Transparente Verwaltung“ Untersektion „Organisation“ publiziert wurde.

Mit Beschluss der Landesregierung vom 21 Juni 2016 Nr. 689 wurde der Entwurf des Landesgesundheitsplan genehmigt. In der Folge wurde der Landesgesundheitsplan dann mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016 genehmigt (<http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/service/publikationen.asp>).

Die Gesundheitsreform kann mit vier Worten zusammengefasst werden: **Sicherheit, Qualität, Angemessenheit** und **Nachhaltigkeit**. Vor allem geht es darum, die **Gesundheitsversorgung vor Ort zu stärken**, die Existenz der **sieben Südtiroler Krankenhäuser zu sichern**, die betrieblichen Organisation sowie die **Abläufe zu optimieren** und die **Führungs- und Verwaltungsstruktur neu zu ordnen** und zu verbessern.

Der neue Südtiroler Landesgesundheitsplan sieht eine Neuorganisation des Gesundheitssystems vor, wobei die Zuständigkeiten zwischen dem Land Südtirol, der Landesabteilung Gesundheit und dem Sanitätsbetrieb neu definiert werden. Die Governance, sprich die Steuerung mit Vorgaben inklusive der Überprüfung von deren Umsetzung, wird von der operativen Umsetzung der Vorgaben klar getrennt. Um dieses Steuerungsmodell zielführend ausüben zu können, ist der Informationsfluss hinsichtlich aller relevanten Daten und Strukturgrößen zwischen den genannten Bereichen sicherzustellen.

In diesem Sinne sind die Südtiroler Landesregierung und die Landesabteilung Gesundheit neben ihren hoheitlichen Aufgaben einschließlich des Schnittstellenmanagements zu staatlichen und internationalen Institutionen für die Definition der Ausrichtung der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die Zuweisung des Budgets und die Steuerung hinsichtlich der Zielerreichung (d.h. die qualitative , quantitative und wirtschaftliche Überwachung der erreichten Ziele) zuständig.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb übernimmt hingegen die operative Umsetzung der Zielvorgaben. Für die Bereitstellung der Versorgung kann der Sanitätsbetrieb zusätzlich auf die Dienstleistungen von nicht-öffentlichen Gesundheitsanbietern zurückgreifen. Die entsprechende institutionelle Akkreditierung und der eventuelle Abschluss von Verträgen hat – wie auch im Falle der öffentlichen Leistungserbringer – auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse zu erfolgen.

Daraus ergibt sich folgendes Governance-Modell:

<i>Autonome Provinz Bozen</i>	<i>Abteilung Gesundheit</i>	<i>Sanitätsbetrieb</i>
✓ <i>Ausrichtung</i>	✓ <i>Strategie</i>	✓ <i>Geschäftsführung</i>
✓ <i>Budget</i>	✓ <i>Planung</i>	✓ <i>Umsetzung</i>
	✓ <i>Steuerung</i>	

Die unternehmerische Leitung des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird von einer Geschäftsführung wahrgenommen, die in ihren Aufgaben und in ihrer Weisungsbefugnis gestärkt wird. Der Geschäftsführung stehen die Leitung der landesweiten medizinischen Leistungserbringung und des landesweiten Pflegedienstes zur Seite. Die Leitung der landesweiten Supportbereiche einschließlich der Funktion der Verwaltungsleitung obliegt zukünftig der Geschäftsführung.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb delegiert die klar definierte territoriale Leistungserbringung an die Gesundheitsbezirke Bozen/Überetsch/Unterland, Burggrafenamt/Vinschgau, Eisacktal/Wipptal und Pustertal.

Auf jeder Ebene können somit sowohl Führungs- als auch Verwaltungsprozesse optimiert und eine wesentliche Verschlankung der verwaltungstechnischen Abläufe erreicht werden. Dieser Prozess erfolgt schrittweise in Form einer sozialverträglichen Redimensionierung der Personalstellen im Umsetzungshorizont des Gesamtkonzeptes **bis zum Jahr 2020**. (siehe: <http://www.sabes.it/de/neuordnung-fuehrungs-verwaltungsstruktur.asp>)

Man verweist hier auch auf den Beschluss Nr. 717/20.12.2018 (Änderung des provisorischen Organisationsaktes des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen - Südtirol und Genehmigung des Organigramms der Verwaltungs- und technisch berufsbezogenen Leitung).

Außerdem sind die Prozessentwicklung und Prozessoptimierung 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.

Der Sanitätsbetrieb hat demzufolge einen IT-Masterplans 2016-2018 ausgearbeitet. Der Umsetzungsstand wurde am 05.10.2017 von der Gesundheitslandesrätin den Landtagsabgeordneten vorgestellt (siehe: http://www.provinz.bz.it/news/de/news.asp?news_action=4&news_article_id=598625).

Die Haupttätigkeiten der Abteilung Informatik, welche im Jahr 2018 durchgeführt wurden und noch werden, sind hingegen jene zur Unterstützung der SAIM (Beteiligte Gesellschaft):

- ✓ für die Verbreitung des „PSM“ (Software für die Erstellung von digitalen Verschreibungen) und die „EVS“ (für die Verwaltung der Leistungserbringung);
- ✓ für die Verwendung des EVS-Moduls für die Annahme von radiologischen Leistungen;
- ✓ für die Einführung der NGH-Ambulanzakte;
- ✓ für die Analyse des neuen ADT;
- ✓ für die Erfassung von Dokumenten aus verschiedenen Quellen im betrieblichen Repository;
- ✓ für die Integration mit ASTER (Software fürs Territorium).

Parallel zu diesen Tätigkeiten:

- ✓ wurde ein Verfahren für die Online-Bezahlung von Rechnungen und die Bereitstellung von Laborbefunden (bis Ende des Jahres auch Radiologiebefunde) mittels eines virtuellen Kassensystems implementiert;
- ✓ wurde eine Integration zwischen dem ADT und der Software „Facile“ zum Scannen der Patientenakten von Bozen realisiert;
- ✓ werden die erforderlichen Aktivitäten analysiert, um den provinziellen Vorschriften bezüglich der fehlenden Absage von Vormerkungen und der Kostenbeteiligung für Leistungen der Notaufnahme zu entsprechen;
- ✓ schreiten die Aktivitäten im Zusammenhang mit der Aktivierung der EGA (elektronische Gesundheitsakte) voran;
- ✓ wird die Überarbeitung der Prozedur fürs Tumorregister analysiert;
- ✓ wird die Ausschreibung für das PDMS vorbereitet;
- ✓ wurde eine Ausschreibung für das neue Repository vorbereitet.

Es wurde überdies auch als notwendig erachtet, 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, unabhängig davon ob für das Prozessmanagement interne oder externe Ressourcen eingesetzt werden.

Das BPM ist ein systematischer Ansatz, um sowohl automatisierte (also mit IT-unterstützte Verfahren) als auch nicht-automatisierte Prozesse zu erfassen, zu gestalten, auszuführen, zu dokumentieren, und zu steuern. Als standardisierte Notationssprache wurde BPMN 2.0 (Business Process Model and Notation) ausgewählt und eine entsprechendes Instrument für die Applikation angekauft.

Im Jahr 2018 wurden im Rahmen des BPM folgende Aktivitäten durchgeführt:

Prozesslandkarte:

- ✓ die Prozesslandkarte des Betriebes wurde laufend mit den neu modellierten Prozessen aktualisiert.

Modellierung und Standardisierung von Betriebsprozessen:

- ✓ Handhabung der histologischen Untersuchungen: der Prozess wurde modelliert; der Verbesserungsmaßnahmenplan ist in Umsetzungsphase (Jänner 2018);
- ✓ Dematerialisierung des grünen Rezeptes für Heilbehelfe und diätetische Produkte: der Prozess wurde freigegeben und ist in der Umsetzungsphase (Februar 2018);
- ✓ Management von Heilbehelfen im Sektor der prothetischen Betreuung: der Prozess wurde freigegeben und ist in Umsetzungsphase (Februar 2018);
- ✓ Verwaltungstechnisches Management von stationär aufgenommenen Patienten für die Aufnahme, Verlegung und Entlassung (Projekt ADT): der Prozess wurde modelliert und mit entsprechendem Verbesserungsplan freigegeben;
- ✓ Handhabung des Order Managements/Anfragen von sanitären Dienstleistungen für stationär aufgenommene Patienten (Projekt Order Entry): es wurden folgende Prozesse modelliert und freigegeben, mit den dazugehörigen Verbesserungsplänen:
 - Anfragen für Dienstleistungen der Radiologie;
 - Anfragen von Konsulenzvisiten;
- ✓ für Labordiagnostische Anfragen, Anfragen für Blutkomponenten, und Anfragen an die Anatomische Pathologie wurden die entsprechenden Prozesse modelliert. Es wurden

Verbesserungsmaßnahmenpläne definiert, die sich derzeit in der Überprüfungs- und Freigabephase befinden;

- ✓ Handhabung der Zugänge in die Notaufnahme der Krankenhäuser: der Prozess wurde modelliert und befindet sich in der Überprüfungsphase;
- ✓ Anästhesiologische Handhabung des Patienten in der präoperativen Phase: der Prozess wurde modelliert; es wurde ein betriebsweiter Standard für die präanästhesiologische Visite ausgearbeitet, welcher sich in der Implementierungsphase befindet. Die IT-Applikation dieses Teilprozesses ist in Ausarbeitungsphase.

Weiterbildung:

- ✓ es wurden zwei Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Prozessmanagement und ISO 9001:2015 für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Projektes der Zertifizierung der onkologischen Chirurgie organisiert und abgehalten, sowie zwei Kurse zur Sensibilisierung zum Thema Prozessmanagement für interessiertes Personal. Am 19. Oktober 2018 wurde eine Informationsveranstaltung für die strategische Führung organisiert, wo auch erste Ergebnisse des betriebsweiten Prozessmanagements vorgestellt wurden.

Der Arbeitsplan "Process Management 2019" sieht hingegen folgende Aktivitäten vor:

- ✓ Weiterführung der begonnenen Arbeit: Modellierung und Bearbeitung von Unterprozessen oder transversalen Prozessen von bereits freigegebenen Prozessen, so wie es in den jeweiligen Verbesserungsplänen vorgesehen ist (vorstationäres Management, poststationäres Management, Patiententransport innerhalb des Krankenhauses usw.).

Es kommt eine neue Modellierung von neuen Prozessen im Rahmen der SAIM-Projekte hinzu:

- ✓ Peri-operatives Management (prä-intra und post-OP) – mit der Analyse von damit zusammenhängenden Prozessen des OP-Bereiches;
- ✓ Handhabung der Screening-Aktivitäten (Onkologisches, neonatales, kardiologisches, Diabetes-Screening).

Zudem wird die kontinuierliche Weiterentwicklung der Prozesslandkarte des Betriebes, mit Integration der Supportprozesse im administrativen Bereich im Rahmen des PAC-Projektes und die Weiterentwicklung der internen Kompetenzen im Prozessmanagement mittels Weiterbildung weitergeführt.

Einer der weiteren wesentlichen Aufträge des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist es, eine höchst- mögliche Qualität hinsichtlich der Dienstleistungen anzubieten und die Sicherheit der Patientinnen/Patienten jederzeit zu gewährleisten.

In Folge werden die wichtigsten Vorhaben aufgezählt:

Patientensicherheitszentrum:

- ✓ die Betriebsdirektion hat im März 2017 das Patientensicherheitszentrums des Südtiroler Sanitätsbetriebes in Zusammenarbeit mit der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana gegründet. Das Patientensicherheitszentrum (PSZ) entwickelt und fördert die Patientensicherheit im Südtiroler Sanitätsbetrieb. Ziel ist es, in Kooperation mit der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana regelmäßig betriebsweite Aus- und Fortbildungen mit Schwerpunkt auf Patientensicherheit für Fachkräfte des Gesundheitswesens (innerhalb und außerhalb des Sanitätsbetriebes) anzubieten. Neben Reanimationskursen, Simulations-Team-Trainings werden weitere Aus- und Fortbildungen im Bereich des kritischen Incident Reporting angeboten, mit dem Ziel, die Sicherheitskultur im Südtiroler Gesundheitswesen zu fördern. Das Patientensicherheitszentrum ist ein Kompetenz- und Referenzzentrum für alle Südtiroler Krankenhäuser und die territorialen Dienste im Bereich Patientensicherheit. Innovative und nachhaltige Fortbildungskonzepte, sowie Projekte zur Förderung der Sicherheitskultur werden erarbeitet und umgesetzt. Obwohl „menschliche Faktoren“ (Human Factors) eine wesentliche Rolle zu den Fehlern in der Medizin beitragen, ist das derzeitige Aus- und Weiterbildungsangebot in diesem Bereich im Gesundheitswesen noch sehr begrenzt. Da diese Kenntnisse von höchster Bedeutung sind, werden diese Prinzipien in den Fort- und Weiterbildungs-Curricula sowie in der Basisausbildung für Pflegeberufe und Hebammen integriert. Fokus der gesamten Aktivitäten des Patientensicherheitszentrums ist die nachhaltige Förderung der Patientensicherheit.

Klinisches Risikomanagement:

- ✓ Kernaktivität des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten. Aus dieser grundlegenden Tätigkeit ergibt sich ein erhebliches Risikopotenzial. Risikomanagement im sanitären Bereich baut auf die Früherkennung von Risiken und Fehlern auf und soll mögliche Risiken und Fehler einschätzen, begrenzen und wenn möglich beseitigen. Risikomanagement ist ein Teil des Qualitätsmanagements und kann nicht davon getrennt betrachtet werden. Qualitätsmanagement wird vom Südtiroler Sanitätsbetrieb folglich durch Standardisierung und durch aufeinander abgestimmte Leistungsprozesse und Maßnahmen in allen Bereichen gelebt, mit dem Ziel die bestmögliche Behandlungs- und Ergebnisqualität zu erzielen;
- ✓ die betriebsweite Arbeitsgruppe „klinisches Risikomanagement“ stellt dabei die Steuerungsgruppe dar, welche sich kontinuierlich mit der Betriebsdirektion bespricht, um das Risikomanagement mittels eines integrierten, systemischen Ansatzes zu implementieren und weiterzuentwickeln:
 - 1) Critical Incident Reporting System (CIRS);
 - 2) Aktionsplan für prioritäre Risikobereiche;
 - 3) Sicherheitskultur fördern und entwickeln;
 - 4) die Krisenkommunikation.

1. Subjekte und Rollen in der Präventionsstrategie

1.1. Auf nationaler Ebene tätige Rechtssubjekte

- ✓ Italienische Antikorruptionsbehörde (ANAC): diese spielt eine Brückenrolle in der Beziehung zu den anderen Behörden; sie ist zur Aufsicht und Prüfung der Wirksamkeit der von den Verwaltungen eingeführten Präventionsmaßnahmen sowie zur Kontrolle der Einhaltung der Transparenzvorschriften befugt (Art. 1, Absätze 2 und 3, Gesetz Nr. 190/2012);
- ✓ Rechnungshof: dieser hat Kontrollfunktionen inne;
- ✓ Interministerielles Komitee: es hat die Aufgabe der Bereitstellung von Weisungen durch die Erarbeitung der Leitlinien (Art. 1, Absatz 4, Gesetz Nr. 190/2012);
- ✓ Vereinigte Staat-Regionen-Konferenz,
- ✓ Ressort Öffentlicher Dienst (Dipartimento della Funzione Pubblica – D.F.P.): fördert die Präventionsstrategien;
- ✓ Nationale Hochschule für Verwaltung (S.N.A.): zuständig für die Vorbereitung und Bereitstellung von Schulungsinitiativen.

1.2. Auf Sanitätsbetriebsebene für die Korruptionsrisikoprävention zuständige Subjekte

1.2.1. Der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte

Art. 1, Absatz 7, Gesetz 190/2012
Rundschreiben Nr. 1/2013 des „Ressorts Öffentlicher Dienst“
Art. 15, DPR Nr. 62/2013
Art. 15, Lgs.D. Nr. 39/2013
Nationaler Antikorruptionsplan - Anhang I, Punkt A.2
Entscheidung ANAC 12/2015
Legislativdekret Nr. 97/2016 i.g.F.

Zum Antikorruptionsbeauftragten des Südtiroler Sanitätsbetriebs wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 238 vom 24.10.2013 der Verwaltungsdirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebs ernannt. Diese Rolle wurde mit dem Legislativdekret Nr. 97/2016 i.g.F. abgeändert. Die neue Regelung hat die Aufgabe als Antikorruptionsbeauftragter und Transparenzbeauftragter in ein und derselben Person vereint. In diesem Sinne wurde auch das Dreijahresprogramm für die Transparenz Teil dieses Planes. Gleichzeitig verstärkt die neue Regelung dessen Funktion, indem diesem Kompetenzen zuerkannt werden, um unabhängig und wirksam eventuell auch im Hinblick auf organisatorische Veränderungen die Tätigkeit ausüben zu können. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hatte mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 18 vom 29.01.2014 bereits den Verwaltungsdirektor auch als Transparenzbeauftragten ernannt, aufgrund des Auslaufens des diesbezüglichen Führungsauftrages zum 31.12.2016, wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 509 vom 27.12.2016 der Vize-Verwaltungsdirektor des Südtiroler Sanitätsbetriebs zum Verantwortlichen für die Transparenz und Korruptionsvorbeugung ernannt.

Am 30.01.2017 wurde dann mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2017-A-000051 der Abteilungsdirektor der Abteilung Recht und Allgemeine Angelegenheiten, zum Verantwortlichen für die Transparenz und die Korruptionsvorbeugung im Sanitätsbetrieb, mit Wirksamkeit ab 01.02.2017, ernannt.

Aufgrund der anspruchsvollen und heiklen Aufgabe der Verflechtung aller Betriebsstrukturen wurde dem AKTB für die konkrete Umsetzung des Plans die enge Zusammenarbeit durch eine Gruppe von Ansprechpersonen zugesichert.

Der AKTB:

- ✓ erarbeitet den Präventionsplanentwurf, der vom Generaldirektor angenommen werden muss, unter besonderem Hinweis auf die einzelnen Inhalte und praktischen Auflagen;
- ✓ legt die angemessensten Verfahren für die Wahl und Schulung der Bediensteten fest, die in besonders korruptionsgefährdeten Bereichen arbeiten sollen (Art. 1, Absatz 8);
- ✓ überprüft die Geeignetheit des Plans sowie dessen effiziente Umsetzung (Art. 1, Absatz 10, Buchstabe a);
- ✓ schlägt Planänderungen vor, falls sich signifikante Verletzungen oder Veränderungen in der Organisation ergeben (Art. 1, Absatz 10, Buchstabe a);

- ✓ überprüft, im Falle der Einführung dieser Maßnahme, im Einverständnis mit dem zuständigen Direktor die effektive Aufgabenrotation in den Ämtern, in denen das Korruptions-Straftatrisiko höher ist (Art. 1, Absatz 10, Buchstabe b);
- ✓ ermittelt das Personal, das in die Schulungsinitiativen zu den Themen Ethik und Rechtmäßigkeit mit einbezogen werden soll (Art. 1, Absatz 10, Buchstabe c);
- ✓ wacht über die Risiken im Bereich der Unerteilbarkeit und Unvereinbarkeit (Lgs.D. 39/2013 - Rundschreiben 1/2013);
- ✓ sorgt für die Kenntnisnahme des Verhaltenskodex im gesamten Sanitätsbetrieb;
- ✓ erstellt einen Jahresbericht über die geleistete Tätigkeit und sorgt für dessen Veröffentlichung auf der Website und Übermittlung an den Generaldirektor (Art. 1, Absatz 14);
- ✓ legt die Arten des Zusammenspiels mit den anderen Akteuren im Prozess des hier beschriebenen Risikomanagements fest;
- ✓ übt die allgemeine Kontrollfunktion aus und erwartet zwischenzeitliche Berichterstattung.

Im NAKP (PNA) 2018 wurde die Rolle und die Funktionen des AKTB, die subjektiven Auswahlkriterien, die Dauer des Auftrages und dessen Widerruf vertieft.

1.2.2. Der Generaldirektor

Der Generaldirektor:

- ✓ ernennt den AKTB;
- ✓ erlässt alle allgemeinen Akte zur Korruptionsprävention;
- ✓ genehmigt den DPKPT und dessen jährlichen Aktualisierungen.

1.2.3. Die Ansprechpersonen für Korruptionsprävention

- ✓ aufgrund der besonderen Organisationsstruktur des SB (bestehend aus vier Gesundheitsbezirken), wurde es als notwendig erachtet, die Direktoren der Betriebsabteilungen als Ansprechpersonen zu ernennen (Abteilung Personal, Abteilung Einkäufe, Abteilung Medizintechnik, Abteilung Technik und Vermögen, Abteilung Wirtschaft und Finanzen, Abteilung Controlling, Abteilung Wohnortnahe Versorgung, Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen, Abteilung Informatik, Abteilung Krankenhausbetreuung);
- ✓ die Ansprechpersonen arbeiten aktiv bei dem Verfahren der Verfassung des DPKPT mit;
- ✓ sie haben dem AKTB gegenüber Informationspflicht, damit dieser seine allgemeine Aufgabe der Kontrolle über die gesamte Organisation und die Tätigkeiten des Sanitätsbetriebs ausüben kann;
- ✓ die Ansprechpersonen bringen Anreize vor und arbeiten konkrete Vorschläge in enger Zusammenarbeit mit dem AKTB aus;
- ✓ sie halten sich an die in diesem Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz enthaltenen Maßnahmen und fördern die Einhaltung desselben.

1.2.4. Die Führungskräfte im jeweiligen Zuständigkeitsbereich

- ✓ haben die primäre Verantwortung für eine wirksame Übersicht aller Korruptionsrisiken in ihrem Bereich;
- ✓ sind mit einer allgemeinen Informationspflicht gegenüber dem AKTB, der Ansprechpersonen und der Gerichtsbehörde betraut (Art. 16 Lgs.D. 165/2001);
- ✓ haben eine Schlüsselfunktion in der Bekämpfung der Risiken bzw. der Sicherstellung von erfolgreichen Präventionsmaßnahmen inne und nehmen am Risikomanagementprozess teil;
- ✓ schlagen spezifische Präventionsmaßnahmen vor;
- ✓ überprüfen den Verdacht auf Verletzungen des Verhaltenskodex;
- ✓ halten sich an die in diesem Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz enthaltenen Maßnahmen und erarbeiten spezifische Vorschläge für dessen Ergänzung oder Verbesserung;
- ✓ fördern eine Wertekultur der Ethik unter den eigenen Bediensteten;
- ✓ gewährleisten die Einhaltung der Informationspflichten gegenüber dem AKTB;
- ✓ überprüfen die Anwendung der Bestimmungen über Unvereinbarkeit und Nichterteilung der Aufträge;
- ✓ kontrollieren das Nichtbestehen von Unvereinbarkeiten und der Interessenskonflikten;
- ✓ überprüfen und halten die gesetzlichen Auflagen im Bereich Transparenz und Veröffentlichungspflichten ein;
- ✓ arbeiten zusammen und überwachen die Einhaltung der Bestimmungen laut Transparenzgesetz;
- ✓ halten die gesetzlichen Antikorruptionsnormen ein.

1.2.5. Das Amt für Disziplinarverfahren

- ✓ wickelt die Disziplinarverfahren im eigenen Zuständigkeitsbereich ab (Art. 55-bis Lgs.D. Nr. 165/2001);
- ✓ schlägt die Aktualisierung des Verhaltenskodex vor und wacht über dessen Anwendung.

Bis zum Jahr 2016 wurde kein einheitliches Disziplinarorgan für die Abwicklung der Disziplinarverfahren auf betrieblicher Ebenen ernannt, aber im Betrieb gab es in jedem Gesundheitsbezirk verschiedene Einheiten. Mit dem Beschluss Nr. 354/2016 vom 11.10.2016 wurde eine einheitliche Regelung beschlossen, um ein zentrales einheitliches Disziplinarorgan zu errichten, um die Disziplinarverfahren einheitlich zu regeln und so gleiche Behandlung allen Bediensteten zu gewährleisten. Dieses Vorhaben beinhaltete auch die Auflage einer einheitlichen und umfassenden Sammlung aller in einem Jahr eingeleiteten Disziplinarverfahren, die eine Straftat gegen die öffentliche Verwaltung bzw. den Tatbestand der Korruption zum Gegenstand hatten, im Sinne des Missbrauchs und der Abweichung der anvertrauten öffentlichen Funktion für private Zwecke.

Mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2017-A-000368 vom 12.09.2017 wurden die Mitglieder der für die Disziplinarverfahren zuständigen betrieblichen Organisationseinheit ernannt, welche für die Erlassung einer Disziplinarstrafe die über den schriftlichen Verweis hinausgeht, zuständig ist. Ferner wurde veranlasst, dass ab Beendigung der offenen Verfahren, die noch bei den einzelnen Gesundheitsbezirken bleiben, die in den einzelnen Gesundheitsbezirken bestehenden Strukturen für Disziplinarverfahren, ihrer Funktion enthoben werden.

Im Jahr 2018 sind vierunddreißig Disziplinarverfahren eingeleitet worden, im schlimmsten Fall hat sich die zuständige Kommission für die sofortige Entlassung entschieden, in drei Fällen wurde die Suspendierung vom Dienst veranlasst, in fünf Fällen wurde die Sanktion der Reduzierungen des Gehaltes angewandt, in anderen vier wurden schriftliche Verweise verfasst, sieben weitere Verfahren sind archiviert worden, vier Verfahren sind, in Erwartung des in Rechtskraft erwachsenden Urteils, ausgesetzt worden und drei sind wegen Ableben oder Kündigung des/der Betroffenen verfallen. Alle anderen Verfahren sind derzeit im Laufen.

1.2.6. Alle Bediensteten des Sanitätsbetriebs

- ✓ nehmen am Risikomanagementprozess teil;
- ✓ halten sich an die in diesem Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz enthaltenen Maßnahmen, indem jede Verletzung des Planes Voraussetzung für die Einleitung eines Disziplinarverfahrens bildet;
- ✓ gewährleisten aufgrund des Art. 10 des Verhaltenskodex unter disziplinarrechtlicher Verantwortung ihre konkrete Mitarbeit für die Risikovorbeugung;
- ✓ melden ihrem Vorgesetzten oder dem Amt für Disziplinarverfahren eventuelle rechtswidrige Situationen oder Interessenkonflikte;
- ✓ nehmen an der Weiterbildung zu den Themen Antikorruption und Transparenzpflichten teil;
- ✓ nehmen an der Ausarbeitung und Bestimmung weiterer Gegenmaßnahmen im spezifischen Aufgabenbereich teil;
- ✓ befolgen und gewährleisten die Präventionsmaßnahmen zur Bekämpfung der Korruption.

1.2.7. Jeder Mitarbeiter der Verwaltung

- ✓ hält sich an die in diesem Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz enthaltenen Maßnahmen;
- ✓ meldet rechtswidrige Situationen (*Whistleblower*).

1.2.8. Der Verantwortliche für das Einheitliche Verzeichnis der Vergabestellen (RASA)

Um die effektive Eintragung der Daten in das Einheitliche Verzeichnis der Vergabestellen (AUSA) zu gewährleisten, hat der AKTB im Jahr 2013 den Verantwortlichen für die Einschreibung und Aktualisierung der Daten in der Person des Abteilungsdirektors der Betriebsabteilung Einkäufe ausgewählt, welcher fristgemäß die Eintragung der Daten in das Einheitliche Verzeichnis der Vergabestellen (AUSA) vorgenommen hat und das dementsprechende Register betreut.

1.2.9. Der Verwalter für die Meldungen bzgl. Geldwäsche

Am 29.11.2016 hat der Generaldirektor diese Figur in der Person vom Abteilungsdirektor der Abteilung Wirtschaft und Finanzen ausgewählt und mit Beschluss Nr. 478 vom 22.12.2016 offiziell ernannt.

2. Korruptionsrisikobereiche

Auch im Laufe des Jahres 2018 haben die Ansprechpersonen die erforderlichen Daten erhoben um eine Bestandsaufnahme und Überprüfung der Entscheidungsprozesse und Subverfahren, die in die Risikobereichen, die in ihre jeweilige Zuständigkeit fallen, gemäß Richtlinien laut nationalen Antikorruptionsplänen (PNA) zu erarbeiten (siehe Anhang I).

Wie bekannt, fügen sich die korruptionsgefährdeten Risikobereiche gemäß Aktualisierung des NAKP (PNA) 2015 sog. „allgemeine“ und „spezifische“ Risikobereiche, den vom Gesetz vorgegebenen Risikobereichen (sogenannte „Pflichtbereiche“), welche sich im Sanitätsbetrieb auf die Betriebsabteilungen des Personals, der Einkäufe (Dienstleistungen, Lieferungen und öffentliche Arbeiten) und der wohnortnahen Versorgung beziehen und folgende Tätigkeiten betreffen, hinzu:

- a) Ermächtigungen und Konzessionen;
- b) Selektion des Vertragspartners im Bereich der Vergabe von Arbeiten, Lieferungen und Dienstleistungen, auch in Bezug auf die Auswahlverfahren gemäß Kodex der öffentlichen Verträge geregelt durch das Legislativdekret Nr. 50/2016;
- c) Ermächtigung und Ausschüttung von Beihilfen, Zuschüssen, Hilfgeldern, finanziellen Hilfen oder sonstiger wirtschaftlicher Vorteile jeglicher Art für Personen oder öffentlichen oder privaten Körperschaften;
- d) Wettbewerbe, Aufnahme und Vorrückung des Personals laut Legislativdekret n. 150/2009.

Weitere Risikobereiche sind folgende:

- ✓ Bereich Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen;
- ✓ Rechtsangelegenheiten und Streitfälle;
- ✓ Wartelisten;
- ✓ Pharmazeutischer Dienst, Heilbehelfe, andere Technologien, klinische Studien und Sponsoren;
- ✓ Innerbetriebliche freiberufliche Tätigkeit;
- ✓ Verfahren in Bezug zum Ableben im Krankenhaus;
- ✓ Eingänge, Spesen, Vermögen;

welche sich im SB in den betrieblichen Abteilungen/Dienste der Buchhaltung, Controlling, Rechtsamt, Einheitliche Vormerkungsstelle, Pharmazeutischer Dienst, Personalabteilung und Sanitätsdirektion widerspiegeln.

Im Jahr 2017 sind noch zusätzlich die Bereiche:

- ✓ Dienst für Abhängigkeitserkrankungen;
- ✓ Fuhrpark;
- ✓ Zuweisung von Wohnplätzen und Unterbringung in der Kindertagesstätte;
- ✓ Dienst für Arbeits- und Sportmedizin

einer Risikoanalyse unterzogen worden.

Im Jahr 2018 wurden in allen allgemeinen und spezifischen Risikobereichen die neuen Prozesse und Subverfahren ermittelt.

Es geht daher hervor, dass die erste und wichtigste Handlung des Sanitätsbetriebs zur Vorbeugung und Bekämpfung der Korruptionsrisiken, in der „Modellierung“ der weiteren korruptionsrisikobehafteten Entscheidungsprozesse und der Überprüfung der bereits erhobenen Prozesse besteht.

2.1. Modellierung der Entscheidungsprozesse

Der Sanitätsbetrieb ist eine Hilfskörperschaft der Autonomen Provinz Bozen mit betrieblicher Eigenständigkeit und Rechtsfähigkeit. Der Betrieb unterliegt seit 2007 einer weitreichenden Reorganisation. Bis 2007 gab es in Südtirol vier unterschiedliche Sanitätsbetriebe welche durch die Gesundheitsreform (Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes gemäß LG 7/2001 und LG 9/2006) in einem einzigen Betrieb zusammengeschlossen wurden. Das politische Organ ist der Generaldirektor.

Vom 15. Juni 2015 bis 10. August 2018 war Dr. Thomas Schael der Generaldirektor des Sanitätsbetriebes. Danach hat laut LG Nr. 3/2017 der Sanitätsdirektor Dr. Thomas Lanthaler vom 11. August bis zum 14. Oktober 2018 die besagte Rolle geschäftsführend übernommen.

Seit 15. Oktober 2018 ist Dr. Florian Zerzer der neue Generaldirektor.

Der Betrieb ist in vier Gesundheitsbezirke unterteilt, welche einem Bezirksdirektor unterstellt sind. Die Betriebsverwaltung ist auf zentraler Ebene in Betriebsabteilungen, welche einem Abteilungsdirektor unterstellt sind (in diesem Plan als Ansprechperson für den AKBT ernannt) und auf lokaler dezentraler Ebene in Bezirksämtern, die dem Bezirksdirektor oder dem Verwaltungskordinator unterstehen, unterteilt. Die Betriebsabteilungsdirektoren sind innerhalb des Betriebes für die Umsetzung von vereinheitlichten Entscheidungsprozessen und Informationen zuständig.

Zur Ermittlung des internen Kontextes mittels der Bestandaufnahme der Entscheidungsprozesse wurde der bereits im Jahr 2014 eingeführte Fragebogen, der in drei Abschnitten gegliedert ist, seitens der Direktoren der jeweiligen Betriebsabteilungen für deren Ausarbeitung benutzt. Es wurden auch spezifische Sitzungen veranstaltet um die Referenten miteinzubeziehen. Die Festlegung der mit Korruptionsrisiko behafteten Tätigkeiten wurde unter direkter Einbeziehung des Personals und der direkten Verantwortlichen vollzogen, indem für jede Tätigkeitsbereich der Risikograd mittels einer Analyse der Wahrscheinlichkeit des tatsächlichen Eintreffens sowie der potentiellen Auswirkungen des Korruptionsvorfalles innerhalb einer Risikokala von geringem-mittelmäßigen-hohen Risiko ermittelt wurde. Zudem wurde 2018 in den sog. Pflichtbereichen, genauer gesagt im Bereich Personal und Einkäufe, technische Abteilung und Medizintechnik (Dienstleistungen, Lieferungen und Arbeiten) ein Fragebogen hinzugefügt, um die Aktualisierungsmodalitäten des Teils der Risikoanalyse zu untersuchen.

Die Arbeit der Betriebsdirektoren hat folgende Informationen berücksichtigt:

- a) Abschnitt der Ermittlung (oder Definition) des als risikobehaftet erachteten Entscheidungsprozesses oder der Entscheidungsprozessphase, weil diese gemäß Gesetz 190/2012 (Art. 1, Absatz 16) in einen der sogenannten „Korruptionsrisikobereiche“ fallen oder trotzdem als korruptionsrisikobehaftet angesehen werden;
- b) Abschnitt der Korruptionsrisikobeurteilung; dieser Abschnitt ist wiederum unterteilt in:
 - 1) Ermittlung (oder Beschreibung) des abstrakt in Bezug auf den Prozess oder die Prozessphase überprüfbar Risikos; 2) Risikoanalyse (Bestimmung der Risikokennzahl); sie wird durchgeführt auf der Grundlage des Anhangs 5 des Nationalen Antikorruptionsplans und basiert somit auf der mathematischen Berechnung des „Gewichts“ bestimmter Wahrscheinlichkeitskennzahlen, multipliziert mit dem „Gewicht“ vorgegebener Folgenabschätzungskennzahlen; 3) Risikogewichtung; die Führungskräfte haben dabei eine Rangordnung von Prozessen gleichen Risikogrades zu erstellen, ausgehend von jenen Prozessen, für welche die Präventionsmaßnahmen Vorrang haben;
- c) Abschnitt der Analyse der vorgesehenen oder geplanten Bekämpfungsmaßnahmen für den einzelnen Prozess oder die Prozessphase (Bekämpfungsmaßnahmen wie Kontrollen, Ex-ante- oder Ex-post-Untersuchungen und Aufgaben- und Funktionsteilung, Rotationsmechanismen und besondere Transparenzmaßnahmen).

Die Modellierung und Überprüfung der Entscheidungsprozesse wurde von Seiten der Direktoren der unter Punkt 2 genannten Bereiche bis November 2018 abgeschlossen. Daraufhin wurde eine Risikoanalyse in Bezug auf jeden einzelnen Entscheidungsprozess aufgrund der bereits bestehenden und beschriebenen Kontrastmaßnahmen ermittelt und – aufgrund der Höhe des ermittelten Risikos – wurden weitere Maßnahmen programmiert. Dieser Prozess der Selbstbeurteilung hat zu einer vollständigen Modellierung der mit Korruptionsrisiken behafteten Tätigkeiten geführt (Anlage I).

Im Jahr 2018 wurden wiederum auch die Führungskräfte im Sanitätsbereich wie z.B. vom Dienst für Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitsmedizin in den Modellierungsprozess miteinbezogen.

2.2. Überwachung der Verfahrenszeiten

Die Zielsetzung der Überwachung der Verfahrenszeiten wird im Art. 7, 2. Absatz des Gesetzes Nr. 69/2009 beschrieben, wo festgesetzt wird, dass *„die Einhaltung der Verfahrensfristen ein Element zur Beurteilung der Führungskräfte darstellt; es wird bei der Bezahlung der Ergebniszulage berücksichtigt“*.

Daher ist jede Führungskraft verpflichtet, regelmäßig die Einhaltung der Verfahrensfristen in seinem Kompetenzbereich zu überwachen. Mit Rundschreiben Nr. 4/2014 wurde auch um die Erarbeitung eines Fragebogens ersucht, mit welchem die Einhaltung aller vorgesehenen Verwaltungsverfahrenzeiten des Zuständigkeitsbereiches der jeweiligen Direktoren der Betriebsabteilungen überwacht wird, unabhängig davon, ob diese Verfahren in risikobehaftete Bereiche fallen oder nicht. Diese Daten wurden von der Direktion und des AKBT für die jeweilige Kontrolle und Supervision erworben.

Der Betrieb wollte eine „Verordnung auf dem Sachgebiet der Verwaltungsverfahren“ auf Betriebsebene verabschieden und deswegen wurden, mit E-Mail vom 2. Juli 2015, die Abteilungsdirektoren auf Betriebsebene, die Direktoren der operativen Ämter, die direkt im Betrieb tätig sind und die Verwaltungskordinatoren - auch was den sanitären Bereich betrifft -, ersucht, die laufenden

vorhandenen Verfahren in den zuständigen Strukturen zu erfassen und diese in einer Tabelle anzugeben, wobei, unter anderem, Folgendes angeführt werden musste:

- ✓ eine kurze Beschreibung des Verfahrens mit Angabe der diesbezüglich notwendigen Rechtsvorschriften;
- ✓ die für die Sachverhaltsermittlung verantwortliche Organisationseinheit;
- ✓ der im Zuge der Verfahrensregelung festgelegte Termin und/oder jeder weitere relevante Verfahrenstermin.

Am 24. Mai 2016 wurde das LG vom 4 Mai 2016, n. 9 verabschiedet, welches große Veränderungen im Bereich des Verwaltungsverfahrens laut LG 17 vom 22 Oktober 1993 eingeführt hat. Besondere Aufmerksamkeit wurde vom Gesetzgeber dem Artikel 4 des LG 17/1993 über die Dauer des Verwaltungsverfahrens vorbehalten. Der Artikel 7 des LG 8/2016 sieht vor, dass das Verwaltungsverfahren innerhalb einer Frist von 30 (dreißig) Tagen abgeschlossen werden muss. Auf jeden Fall sieht dies eine Verabschiedung einer ausdrücklichen Verwaltungsmaßnahme vor (vorbehaltlich der Ausnahmen wie die stillschweigende Zustimmung, zertifizierte Meldung des Tätigkeitsbeginns, Meldung bei Arbeitsaufnahme). Die Verabschiedung der ausdrücklichen Maßnahme bestimmt das Verfahrensende, vorbehaltlich der anderen vom Gesetz vorgesehen Fristen (Gesetze und Landesverordnungen, UE-Richtlinien, staatliche Vorgaben), sowie die spezifische Vorgabe über das Verwaltungsverfahren in der Sondergesetzgebung. Mit dem Rundschreiben Nr. 3 des 22. Juni 2016 hat das Land eine Erhebung der Verwaltungsverfahren, die länger als 30 (dreißig) Tage für deren Abschluss benötigen, begonnen.

Das Land, um eine neue Regelung über den Verfahrensabschluss zu verabschieden, hat alle Abteilungen und Ämter auch des Sanitätsbetriebes in die Befragung miteinbezogen und eine Tabelle erarbeitet die innerhalb 15. Juli 2016 an das Organisationsamt mittels zertifizierter Post übermittelt werden musste.

Mit Rundschreiben Nr. 7 vom 30. August 2016 hat das Land weiters darüber informiert, dass auch das Rechtsinstitut der stillschweigenden Zustimmung reformiert wurde welche ab dem 01.01.2017 allgemein auf alle Antragsverfahren ausgedehnt wird.

Das Land hat demzufolge für die Verfassung des Beschlusses der Landesregierung alle Abteilungen und Ämter der Provinz und des SB aufgefordert, die Tabelle nochmals auszufüllen und innerhalb der Frist vom 23.09.2016 dem Land zu übersenden. Der Sanitätsbetrieb hat dieser Aufforderung Folge geleistet und die Liste der Verwaltungsverfahren die Ausnahme zum allgemeinen Anwendung der stillschweigenden Zustimmung bilden, innerhalb dieser Frist übermittelt.

Mit Rundschreiben Nr. 9 vom 7.12.2016 hat die Autonome Provinz Bozen letztlich die wichtigsten Neuerungen im Bereich des Verwaltungsverfahrens mitgeteilt siehe:
<http://www.provincia.bz.it/ressorts/generaldirektion/rundschreiben.asp>

Letztlich wurden mit dem Beschluss vom 15. November 2016, Nr. 1245 die Verwaltungsverfahren mit einer längeren Frist für den Verfahrensabschluss geregelt. Ferner wurden mit dem Beschluss vom 27. Dezember 2016, Nr. 1512 die Ausnahmen zur Anwendung des Rechtsinstitutes der stillschweigenden Zustimmung festgelegt. Beide Beschlüsse wurden wiederum mit Beschluss Nr. 205 vom 21.02.2017 abgeändert. Die genannten Beschlüsse wurden an die Betriebsdirektoren und Verwaltungskordinatoren zur Kenntnis gebracht.

Mit Rundschreiben Nr. 8 vom 01.12.2017 wurde seitens der Provinz Bozen eine erneute Erhebung aller Verwaltungsverfahren, die nicht innerhalb einer Frist von dreißig Tagen abgeschlossen werden können (Novelle des LG Nr. 17/1993 - Überprüfung der Verfahrenszeiten) eingeleitet (siehe hierzu: <http://www.provincia.bz.it/ressorts/generaldirektion/rundschreiben.asp>). Den dabei erhaltenen Ergebnissen wurde mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 169/2018 Rechnung getragen. Der angeführte Beschluss wurde schließlich auf betriebsebene an die Betriebsdirektoren und Verwaltungskordinatoren mittels E-Mail zur Kenntnis gebracht und auf der institutionellen Homepage veröffentlicht.

2.3. Allgemeine und spezifische Risikobereiche

Der Sanitätsbetrieb hat im Jahr 2018 die Revision der im Jahr 2017 modellierten Entscheidungsprozesse mit der bezüglichen Risikoanalyse der weiteren riskanten Bereiche mittels der Selbstbewertung der betroffenen Führungskräfte aufgrund der Aktualisierungen der NAKP (PNA) durch ANAC erhoben.

Dies vorausgeschickt, werden die modellierten Risikobereiche aufgelistet:

- ✓ Bereich Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen

- ✓ Rechtsangelegenheiten und Streitfälle
- ✓ Bereich Wartelisten
- ✓ Bereich Arzneimittel, Behelfe und andere Technologien, klinische Studien und Verträge mit Sponsoren
- ✓ „Intra-moenia“- Tätigkeit
- ✓ Tätigkeiten aufgrund des Ablebens im Krankenhaus
- ✓ Eingänge, Spesen, Vermögen

Im Jahr 2017 wurden neben der Überprüfung der bereits erhobenen Bereiche auch der landesweite Dienst für Sportmedizin, der betriebliche Dienst für Arbeitsmedizin, der Dienst für Abhängigkeitserkrankungen, die Zuweisung von Wohnplätzen und Unterbringung in der Kindertagesstätte und der Fuhrpark begutachtet. Außerdem wurde im Rahmen einer Sitzung die Pflegedirektion miteinbezogen.

Im Jahr 2018 wurden dann alle Modellierungen der vorherigen Jahre und alle erhobenen Prozesse überprüft. Zudem wurden die Richtlinien des NAKP (PNA) 2018 beachtet. Für das Jahr 2019 wird die Modellierung und Überprüfung der eventuellen zusätzlichen Entscheidungsprozesse und Subprozesse als auch die Vertiefung der bereits bisher erhobenen Entscheidungsprozesse vorgesehen.

Die Revision wurde mittels Sitzungen und Schriftverkehr abgewickelt. Zudem haben die Referenten am organisierten Weiterbildungszyklus teilgenommen, um ihre Kenntnisse in der gegenständlichen Materie zu vertiefen.

Bereich Kontrollen, Überprüfungen, Inspektionen

Kontrollen

Das interne Kontrollsystem des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird derzeit im Rahmen der Reorganisation des Betriebes, sowie im Rahmen des Projektes PAC („percorso attuativo di certificabilità“) ausgebaut. In diesem Bereich sollte ein neues Verwaltungsorganigramm genehmigt werden, in welchem eine operative Einheit „Internal Audit“ vorgesehen ist. Voraussichtlich wird die räumliche und personelle Ausstattung dieser Einheit 2019 geplant. Ebenfalls im Jahr 2019 werden im Rahmen des Projektes PAC die Regelung des Internal Audits, die internen Prozeduren und der jährliche/dreijährliche Aktionsplan des Internal Audits erstellt und sofern zeitlich möglich, umgesetzt.

Im Laufe des Jahres 2018 wurden im Rahmen des Projektes PAC die folgenden Prozeduren erstellt, vom Kollegium der Rechnungsrevisoren gutgeheißen, vom Generaldirektor genehmigt und in den jeweiligen Verwaltungsbereichen implementiert:

- ✓ Prozedur für die Bewertung der potentiellen Passiva;
- ✓ Prozedur für die Handhabung von Beanstandungen (des Revisoren-Kollegiums, der Provinz, und des Rechnungshofes);
- ✓ Prozedur für die Handhabung der Beiträge (laufende und Investitionsbeiträge).

In den obengenannten Prozeduren sind die für die Kontrollen Zuständigen, die zeitliche Häufigkeit und die Art der Kontrollen (systematisch, trimestral oder zum Abschluss des Geschäftsjahres) festgelegt.

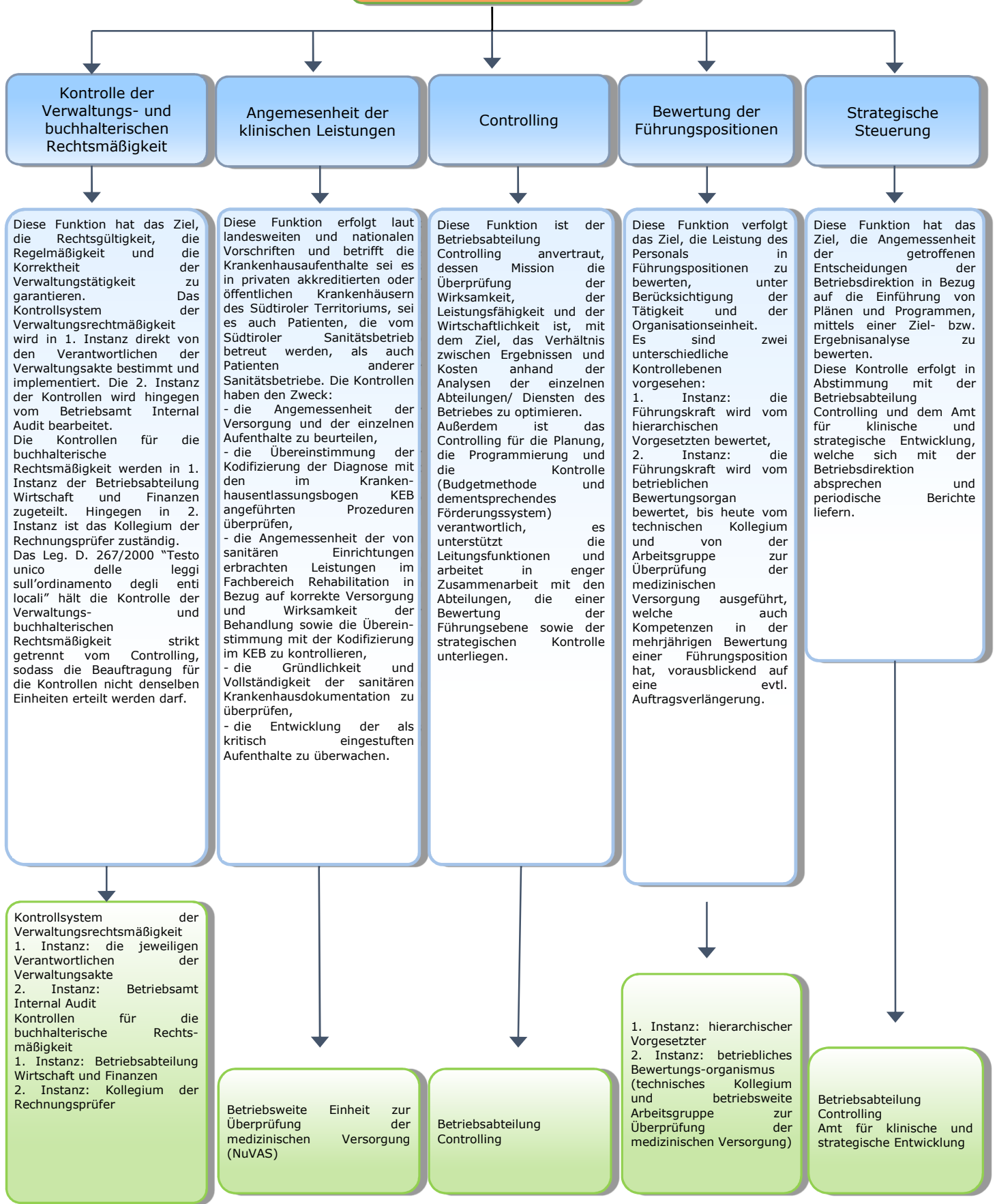
Mit der Erstellung und Implementierung der vom PAC vorgesehenen Prozeduren bis zum Ende 2018/Anfang 2019 werden im Laufe des ersten Halbjahres 2019 die darin vorgesehenen internen Kontrollen aktiviert. Ende November 2018 waren die folgenden Prozeduren in Ausarbeitung bzw. lagen als Entwurf vor:

- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Erträge aus sanitären und nicht sanitären Leistungen;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Konventionen und Leistungen;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der immateriellen und materiellen Anlagegüter;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Ankäufe von Gütern und Dienstleistungen;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Magazine;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Abfertigung;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Gehälter;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Bankdienste;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung der Steuern;
- ✓ Prozedur für die Sammlung, Verteilung und Verwaltung von Gesetzen, neuen Bestimmungen, Regelungen;
- ✓ Prozedur für die Verwaltung und Archivierung der Verwaltungsakte;
- ✓ Prozedur für die Erstellung des Haushaltsvoranschlags und der Bilanzabschlüsse;

So wie im PAC vorgesehen, werden im Laufe des Jahres 2019 vonseiten der Beratungsfirma Ernst&Young die Überprüfungen über die effektive Anwendung der erstellten Prozeduren durchgeführt und es werden Teilrevisionen für einzelne Bilanzposten vorgenommen.

Das geplante Kontrollsystem des SSB kann gemäß nachfolgendem Diagramm wiedergegen werden:

Internes Kontrollsystem im Südtiroler Sanitätsbetrieb



Überprüfung: Arbeitssicherheit

Die Zuständigkeit dieser Überprüfungen sind in der Autonomen Provinz Bozen zwischen der Landesverwaltung und dem Sanitätsbetrieb aufgeteilt. Der Sanitätsbetrieb ist für die Überprüfungen im Bereich Hygiene und Gesundheit am Arbeitsplatz zuständig, hingegen das Arbeitsinspektorat für die Sicherheit und die Unfallverhütung.

Inspektionen

Die wesentliche Rechtsquelle, welche in der Autonomen Provinz Bozen auf diesem Gebiet Anwendung findet ist der Einheitstext zum Arbeitsschutz (gesetzesvertretende Dekret vom 9. April 2008, Nr. 81).
Siehe Link:

[http://www.sabes.it/download/Tabella_trasparenza_MEDICINA_DEL_LAVORO_07_10_2015_DE\(1\).pdf](http://www.sabes.it/download/Tabella_trasparenza_MEDICINA_DEL_LAVORO_07_10_2015_DE(1).pdf)

Im Jahr 2018 hat der Sanitätsbetrieb laut betrieblichen Weiterbildungsplan (Beschluss Nr. 568 vom Jahr 2017) spezifische Weiterbildungskurse zum Thema Arbeitssicherheit organisiert. Zusammenfassend zielten diese kontinuierlichen Fortbildungen auf das Thema Sicherheit am Arbeitsplatz ex G.v.D. Nr. 81/2018 ab und hatten zudem die Endabsicht die Kenntnisse und Kompetenzen der Mitarbeiter/innen gemäß ihrer Rollen zu erweitern.

Ferner ist im November 2018 ein online Kurs zum Thema „Arbeitssicherheit – spezifische Risiken“ für die Mitarbeiter/innen gestartet.

Folglich hat der Sanitätsbetrieb 2018 die Modellierung und Überprüfung der nachstehenden Bereiche weitergeführt: Betrieblicher Tierärztlicher Dienst, Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit, betriebliche Sektion für Umweltmedizin, Mykologischer Inspektorat, Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin, Dienst für Sportmedizin (siehe Anhang I).

Da der Betrieb 2017 die Modellierung der Prozeduren für den Erlass von medizinischen Eignungen des Betrieblichen Dienstes für Arbeitsmedizin und des Dienstes für Sportmedizin angefangen hatte wurde 2018 diese Aktivität fortgeführt. Im Spezifischen wurden die drei Hauptentscheidungsprozesse des Dienstes für Sportmedizin analysiert. Die Definition der Prozesse, die Risikobewertung und die Gegenmaßnahmen sind den Anhang I eingeflossen. Außerdem wurden die neun Prozesse und Subprozesse des Betrieblichen Dienstes für Arbeitsmedizin modelliert (siehe Anhang I).

Letztlich wurde die Modellierung der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) weitergeführt.

Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

In der Abteilung ärztliches Arbeitsinspektorat, in Ergänzung an die beiden Verfahren Nr. 6 und Nr. 9, welche schon im Jahr 2016 beschrieben wurden (siehe Anhang I) wurde der Vorgang für die Aushändigung der Bescheinigung ärztlicher Atteste, die den Besitz der psychophysischen Anforderungen bescheinigt, für die Aufnahme in die Liste der Mitarbeiter von Unterhaltungsdiensten für öffentliche Orte/ Einrichtungen ex Art. 1, Abs. 4, Buchstabe b) des DM vom 06 Oktober 2009 i.g.F. überprüft. Jene Tätigkeit wird auf Anfrage der Antragsteller von drei Ärzten der Sektion durchgeführt. Aufgrund des Ergebnisses der Untersuchungen und der ärztlichen Visite wird dann eine Bescheinigung vom Besitz/nicht Besitz der Gesundheitsanforderungen laut Art. 1, Abs. 4 Buchstabe b) vom DM vom 6. Oktober 2009 i.g.F. für die Eintragung ins Register der Präfektur ausgestellt. Um die Ausstellung des angeforderten Gesundheitszustandes (Psycho-Physische Eignung um die Kontrolltätigkeit auszuüben und den Ausschluss einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit) zu bescheinigen, muss der zertifizierende Arzt standardisierte Kriterien benützen, welche vorher mit den Ärzten der Sektion und der anderen Regionen geteilt werden.

Außerdem wurde das Verfahren für die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung bzgl. der Versammlung der technischen Kommission der Provinz für die explosiven und entflammaren Substanzen, welche von der Quästur Bozen ernannt wurde (Art. 27, D.P.R. Nr. 202/1956 und Art. 101, R.D. Nr. 635/40), analysiert. Der Art. 27 des D.P.R. Nr. 302/1956 legt fest, dass die Untersuchung für die technische Eignung zur Ausübung der Tätigkeit als Sprengmeister/ Pyrotechniker vor der technischen Kommission der Provinz für explosive und entflammare Substanzen stattfindet, welche bei dieser Gelegenheit auch vom Facharzt für Arbeitsmedizin vervollständigt wird. Bei der Untersuchung wird die körperliche Eignung (Sehtest, Hörtest, körperliche Eignung) des Antragstellers kontrolliert. Jene Tätigkeit wird von zwei Ärzten der Sektion durchgeführt (beauftragt als aktives Mitglied oder Ersatzmitglied der Kommission). Basierend auf das Ergebnis der ärztlichen Visite wird die Eignung/nicht Eignung ausgestellt. Um die Ausstellung des angeforderten Gesundheitszustandes (Eignung als Sprengmeister und Pyrotechniker) zu

bescheinigen, muss der zuständige Betriebsarzt standardisierte Kriterien anwenden, welche die Ärzte der Sektion teilen.

Ebenso wurde die Tätigkeit des Arbeitsmediziners laut G.v.D. Nr. 81/2008 überprüft. Zu den vielseitigen Aufgaben des vom Arbeitgeber ernannten Arbeitsmediziners, gehört u.a. die Programmierung und Durchführung der sanitären Überwachung der Mitarbeiter/innen und die Erstellung einer Eignungsbeurteilung. Das Aussprechen einer medizinischen beruflichen Eignung ist vom Gesetz vorgesehen. Diese Tätigkeit ist im Detail im Art. 41 des G.v.D. Nr. 81/2008 festgelegt.

Die angewandten Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung sind folgende:

- ✓ die arbeitsmedizinische Tätigkeit wird nach den Prinzipien der Arbeitsmedizin und des Ethikkodexes der internationalen Kommission für die Gesundheit am Arbeitsplatz (ICHO) ausgeführt (dies gemäß Art. 39 Abs. 1 - "Ausführung der Tätigkeit des Arbeitsmediziners");
- ✓ die Ziele, die Methoden und Prozeduren der sanitären Überwachung durch den Arbeitsmediziner sind in aller Klarheit festgelegt. Die Bedeutung und die Gültigkeit dieser Methoden stehen im Einklang mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den allgemein üblichen Vorgangsweisen. Die sanitäre Überwachung erfolgt im Einverständnis der Mitarbeiter/innen;
- ✓ ex Art. 25 "Pflichten des Arbeitsmediziners" fallen den Arbeitsmedizinern der klinischen Sektion folgende Aufgaben zu: "Programmierung und Durchführung der sanitären Überwachung der Mitarbeiter nach Art. 41 gemäß sanitären Protokollen, die auf Grund der spezifischen Risiken am Arbeitsplatz erstellt werden und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse einbeziehen". Die Arbeitsmediziner wenden diese standardisierten Protokolle in Anlehnung an Richtlinien und Erfahrungswerten nationaler und internationaler Organisationen an;
- ✓ ebenso erfolgen die Eignungsbeurteilungen zu den jeweiligen Berufsbildern in Anlehnung an Kriterien und Empfehlungen durch Richtlinien der Italienischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, der Gesellschaft für Industrielle Hygiene, dem INAIL, der regionalen und interregionalen technischen Abkommen zur Prävention, Hygiene und Sicherheit am Arbeitsplatz;
- ✓ es erfolgen regelmäßig Kontrollen zur effektiven Umsetzung der vorgenommenen Kriterien und der durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse notwendig gewordenen Anpassungen.

Der oben genannte Art. 41 sieht eine Rekursmöglichkeit gegen die Eignungsbeurteilung des Arbeitsmediziners vor.

Unter den Aufgaben des Arbeitsmediziners fallen ebenso die ärztlichen Zeugnisse zur Flexibilität des Mutterschaftsurlaubes die bestätigen, dass durch die Ausübung der ausgeführten Tätigkeit, durch das Arbeitsumfeld und/oder durch den ausgeführten Stundenplan weder die Gesundheit der werdenden Mutter noch jene des ungeborenen Kindes Schaden leiden können. Diese Zeugnisse sind für werdende Mütter vorgesehen, die in ihrer Arbeit einer sanitären Überwachung nach G.v.D. Nr. 81/2008 unterliegen, sobald sie die Möglichkeit der Flexibilität des Mutterschaftsurlaubes in Anspruch nehmen wollen. Die Möglichkeit den verpflichtenden Mutterschaftsurlaub ein Monat vor Geburtstermin (statt 2 Monate) und vier Monate nach Geburt (statt 3 Monate) zu verschieben ist durch das Gesetz Nr. 53/200 Art. 12 ermöglicht worden. Die Ausstellung der ärztlichen Zeugnisse zur Flexibilität des Mutterschaftsurlaubes ist gesetzlich verankert. Die angewandten Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung sind folgende:

- ✓ es werden dieselben, vom Arbeitsmediziner im Allgemeinen angewandten präventiven Maßnahmen ergriffen;
- ✓ der Arbeitsmediziner orientiert sich zudem an den geltenden gesetzlichen Vorgaben, um das ärztliche Zeugnis auszustellen: die Auflistung der nicht erlaubten Tätigkeiten, sind im Anhang A (schwere, gefährliche und ungesunde Arbeiten Art. 7) und Anhang B (nicht vollständige Auflistung, von Arbeitsstoffen und Arbeitsbedingungen Art. 7) sowie im G.v.D. 151/2001 (Einheitstext der gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz der Mutterschaft und Vaterschaft, Art. 15 des G. Nr. 53/2000) angeführt.

Man merkt an, dass seit dem 11 September 2017 das Verfahren für die "Gewährung der vorzeitigen Arbeitsaussetzung für Schwangere wegen schwerwiegenden Komplikationen" laut G.v.D. vom 26. März 2001, Nr. 151, Art. 17, Abs. 2 vereinfacht worden ist (siehe im Detail: http://www.sabes.it/de/news.asp?aktuelles_action=4&aktuelles_article_id=596665). „Der Südtiroler Sanitätsbetrieb übernimmt den gesamten Verwaltungsablauf, vereinfacht bzw. reduziert somit der werdenden Mutter, die ohnehin schon mit körperlichen und emotionalen Stress, hervorgerufen durch die schweren Komplikationen in der Schwangerschaft, überfordert ist, den Ablauf,, mit diesen Worten fasste der Generaldirektor den neuen Ablauf zusammen.

Einige Arbeitsmediziner arbeiten auch als verantwortliche Ärzte für den Strahlenschutz gemäß G.v.D. Nr. 230/1995 und G.v.D. Nr. 241/2000. Sie werden vom Arbeitgeber als solche ernannt und programmieren die sanitäre Überwachung der Mitarbeitern, die ionisierender Strahlung ausgesetzt sind und sprechen eine diesbezügliche berufliche Eignung aus. Die Erstellung dieser beruflichen Eignung ist vom Gesetz vorgeschrieben und die gesamte Tätigkeit des verantwortlichen Arztes für den Strahlenschutz ist in den Artt. 83, 84, 85 und 95 des G.v.D. Nr. 230/95 detailliert aufgelistet.

Die angewandten Maßnahmen mit präventiver Ausrichtung sind letztlich folgende:

- ✓ es werden von den verantwortlichen Ärzten für den Strahlenschutz dieselben Kriterien angewandt wie die der Arbeitsmediziner;
- ✓ die verantwortlichen Ärzte für den Strahlenschutz wenden standardisierte sanitäre Protokolle an: die Programmierung sowie die ärztliche Überwachung werden nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen (Richtlinien Euratom) welche die sog. „Associazione italiana radioprotezione medica AIRM“ übernommen hat, durchgeführt.

Vormerkung sanitärer Untersuchungen und von Betriebsbegehungen:

Die Termine für arbeitsmedizinische Visiten und Betriebsbegehungen können aus folgenden Gründen nicht über die einheitliche Vormerkungsstelle vereinbart werden:

- ✓ für jede sanitäre Untersuchung ist der zuständige Arzt an die Einhaltung der Fälligkeiten gebunden, die im G.v.D. Nr. 81/08 vorgeschrieben sind; einige Untersuchungen (Visiten auf Anfrage, Visiten nach Rückkehr vom Krankenstand von mehr als 60 Tagen) und die ärztliche Bescheinigung über die Flexibilität des Mutterschutzes sind nicht übertragbare Leistungen, die weder aufschiebbar noch vorher programmierbar sind;
- ✓ auch die vorgesehenen Fristen der Arbeitsplatzbegehungen müssen laut geltender Gesetzgebung eingehalten, in Absprache mit anderen Akteuren der Prävention und in einigen dringenden Fällen sofort durchgeführt werden.

Landesweiter Dienst für Sportmedizin

Der Landesweite Dienst für Sportmedizin führt vorwiegend ärztliche Visiten für die Ausstellung der Eignung für den wettkampfmäßigen Sport und für Eignungen für verschiedene Tätigkeiten im Rahmen des Volontariates aus (wie z.B. Freiwillige Feuerwehr).

Die sportmedizinische Eignungsuntersuchung für den Wettkampfsport ist vom MD vom 18.02.1982 und nachfolgenden Abänderungen geregelt.

Jeder nationale Sportverband legt für die eigenen Eingeschriebenen fest:

- ✓ die Altersgrenzen (Minimum und Maximum) für den Zugang zur Visite
- ✓ die maximale Gültigkeit des ärztlichen Wettkampf-Zeugnisses
- ✓ Die mindestens vorgesehenen Untersuchungen für jede Sportart, welche zur Formulierung des Urteils erforderlich sind

Die Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses darf nur durch Fachärzte für Sportmedizin des öffentlichen Dienstes oder von privat akkreditierten Strukturen erfolgen.

Der untersuchende Facharzt entscheidet autonom, nach Bewertung aller vom Gesetz vorgesehenen Untersuchungen und eventueller zusätzlich angeforderter Untersuchungen/fachärztlicher Konsiliarvisiten, über die Ausstellung einer Eignung oder Nicht-Eignung. Er kann außerdem die vom Gesetz vorgesehene maximale Gültigkeit verkürzen bzw. Einschränkungen für die Eignung formulieren.

Gegen das Urteil des ausstellenden Arztes (vorwiegend bei Nicht-Eignungen) kann innerhalb von 30 Tagen Rekurs eingereicht werden.

Der landesweite Dienst für Sportmedizin übt seine Tätigkeit in allen 4 Gesundheitsbezirken aus, im einzelnen in Bozen, St. Ulrich/Gröden, Meran, Schlanders, Brixen, Sterzing, Bruneck, Innichen.

Außer den ärztlichen Untersuchungen für die Ausstellung der Wettkampf-Eignung führt der Landesweite Dienst für Sportmedizin auch ärztliche Visiten für die Ausstellung der Eignung für verschiedene ehrenamtliche Tätigkeiten durch (vorwiegend Eignungen für die Ausübung der Tätigkeit der Freiwilligen Feuerwehr, aber auch Eignungen für Bergrettung, Bademeister, Wasserrettung, Höhlenrettung, Pistenrettung usw.) Diese Tätigkeiten sind durch Landesbeschluss n. 794/2007 geregelt.

Die Vormerkung der genannten Visiten erfolgt über den Dienst für Sportmedizin, da es sich um spezifische und komplexe Vormerkungen handelt.

Im Jahr 2018 wurden die drei Hauptprozesse des landesweiten Dienstes für Sportmedizin modelliert. Die Definition, die Bewertung der Risiken und die Gegenmaßnahmen dieser angeführten Verfahren sind im Anhang I enthalten.

Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA)

Im Jahr 2017 fanden die ersten Treffen für die Überprüfung der Risiken der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) des Südtiroler Sanitätsbetriebes statt. Bei diesen Gelegenheiten wurden auch die Beschreibungen der Dienste HANDS Onlus Bozen, der Psychosozialen Beratung Caritas Schlanders Diözese Bozen – Brixen und des Therapiezentrum Bad Bachgart Rodeneck eingeholt.

Von den ersten Informationen konnte man sofort ableiten, dass die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) in den Gesundheitsbezirken Meran, Bozen und Brixen auf dem Territorium angesiedelt sind, hingen jener von Bruneck im Krankenhaus. Alle nützlichen Informationen dieser Dienste (Sitze, Telefonnummern, Öffnungszeiten, Beschreibung der Dienste u.ä.) sind auf der institutionellen Homepage des Sanitätsbetriebes veröffentlicht.

In einem ersten Moment sind die Prozeduren für die Terminvergabe von Visiten analysiert worden. Aus diese Analyse kam hervor, dass der DfA von Meran eine standardisierte Prozedur für den Erstkontakt und Aufnahme hat, diese regelt die Phasen der Aufnahme, Betreuung, die Planungs-/Behandlungsphase und die Phase der Endbeurteilung. Alle diese Aktivitäten erweisen sich standardisiert und von spezifischen Unterlagen untermauert. Der DfA Bozen hat verschiedene interne Prozeduren, die durch Dokumente (Checklisten u.ä) und validierten Bewertungsbögen für die Annahme von neuen Patienten unterstützt sind, der *Iter* der routinierten Aufnahme ist geregelt und basiert auf spezifische Kriterien, die in der Aufnahme-prozedur angegeben sind. Die DfA der anderen zwei Gesundheitsbezirke haben noch keine standardisierte schriftliche Prozedur, halten sich aber de facto an die soeben beschriebenen Phasen. Der Erstkontakt gemessen an der besonderen Situation in der sich die Kunden/Patienten befinden, erfolgt direkt über Telefon oder persönlich, während den Öffnungszeiten der einzelnen Dienste (die Telefonnummern und Öffnungszeiten werden auch über die Transparenzseite des Sanitätsbetriebes bekanntgegeben). Die Vormerkung der Untersuchungen über die EVS erscheint für die Art der Aufnahme von Kunden/Patienten, die sich in solch heiklen Lebenssituationen befinden, als nicht geeignet. Der erste Kontakt erfolgt in jedem Fall seitens geschulter Mitarbeiter, Tatsache die in der EVS schwer umsetzbar wäre. Der Erstkontakt besteht nämlich im Zuhören des Kunden/Patienten und seiner Anfrage, der Mitteilung aller nützlichen Informationen und der Festsetzung des Termins für das psychosoziale Erstgespräch und/oder ersten ärztlichen Untersuchung. Natürlich werden medizinische und psychiatrische Notfälle an die Erste Hilfe des Krankenhauses oder falls vorwiegend psychiatrischer Natur an den zuständigen psychiatrischen Dienst überwiesen. Hingegen bei Vorliegen anderer Dringlichkeiten, die mit der Abhängigkeitserkrankung selbst zusammenhängen und die die soeben beschriebenen Maßnahmen nicht erfordern, erfolgt das Gespräch innerhalb eines Tages. Grundsätzlich wenden die DfA, besonders der DfA von Meran, das Prinzip der Rotation des Personals, welches die Erstaufnahme und das Erstgespräch mit dem Kunden/Patienten vornimmt, an. Ferner arbeiten alle Dienste mit dem sog. „Ippocrate“ System, dieses dient hauptsächlich der Sammlung der kohärenten und gegenüberstellbaren Daten, mit dem Ziel auch den Pflichten der epidemiologischen Erfassung gerecht zu werden. „Ippocrate“ setzt alle vier DfA und die mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb konventionierten Strukturen (außer derzeit den Verein La strada – der Weg) in Kontakt. Die DfA arbeiten immer in Gruppen (Equipe). Die Dienste führen regelmäßige Auditsitzungen mit den Mitarbeitern durch. Im Rahmen dieser Sitzungen werden nicht nur die klinischen Fälle besprochen, sondern auch die administrativen Aufgaben organisiert. Letztlich finden alle anderthalb Monate Treffen zwischen allen Diensten des Sanitätsbetriebes statt mit Einbeziehung der Dienste HANDS Onlus Bozen, der Psychosozialen Beratung Caritas Schlanders Diözese Bozen – Brixen, des Vereins La strada – der Weg und des Therapiezentrum Bad Bachgart Rodeneck.

Die DfA setzten sich auch für die Vereinheitlichung von gewissen Prozeduren ein, wie z.B. jene der Raucherentwöhnung.

Nach Einholung der allgemeinen Informationen bzgl. der DfA und der ersten Prüfung der eingereichten Unterlagen wurde festgestellt, dass neben den Terminvereinbarungen, die bereits oben beschrieben worden sind, eine andere Aktivität der DfA unter dem Aspekt der Normen im Bereich Korruptionsvorbeugung und Transparenz als risikoreich eingestuft werden kann, nämlich jene der Eingliederung in öffentliche oder private Aufenthaltsstrukturen (sog. soziosanitäre Wohngemeinschaften für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Reha Zentren und therapeutische Gemeinschaften). Das

konkrete Risiko ist nämlich jenes der Unangemessenheit in der Nutzung und Eingliederung in den Strukturen. Daher wurde die Überprüfung auf die Auswahlkriterien für die Eingliederung in die Strukturen fokussiert.

Aus dieser Erhebung ging hervor, dass die Kriterien für die Eingliederung in den o.g. Aufenthaltsstrukturen stark an die Diagnose und „Art“ der Person, die darunter leidet, gebunden sind. Um eine Diagnose zu erstellen werden grundsätzlich die sog. Diagnose-Statistikhandbücher für psychische Erkrankungen DSM IV-R, DSM V und ICD-10 herangezogen, die sehr klar und erschöpfend sind. Diese Instrumente sind international validiert. Ferner wird die Auswirkung der Unterbringung in einer Struktur auf den Patienten, seiner Motivation/compliance, den Gesundheitszustand und die Notwendigkeit der medikamentösen Unterstützung des Subjektes während des Aufenthaltes bewertet. Es wird auch berücksichtigt, ob eine Person bereits Erfahrungen mit Aufhalten in Therapiezentren gemacht hat, die eventuelle Dauer letzterer, dessen Ergebnis und Entwicklung während des Aufenthaltes. Es muss die Wichtigkeit der therapeutischen Maßnahmen und Wiedereingliederungsmaßnahmen auch im Sinne des therapeutischen und soziopädagogischen Ansatzes, welche die jeweilige Struktur anbietet (Aufnahmephase, Behandlungsphase, Wiedereingliederungsphase im Herkunftsort oder Territorium der Struktur, falls die Wiedereingliederung in Südtirol für den Kunden unangemessen scheint), unterstrichen werden.

Die Strukturen werden zwischen den mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb konventionierten ausgesucht (diese müssen wiederum, falls sie außerhalb der Provinz tätig sind, eine geltende Konvention mit dem territorial kompetenten/zuständigen Sanitätsbetrieb, der in den Strukturen Lokalausweise bzgl. Verwaltungsabläufe, hygienischer Situation und gute Tätigkeit/Verwaltung vornimmt, vorweisen).

Man merkt noch an, dass bzgl. der Angemessenheit der Aufnahme (Einweisung) in eine Struktur auch die Mehrfacherkrankungen (z.B. psychiatrische Begleiterkrankungen mit Beteiligung der territorial zuständigen Psychiatrie) bewertet werden, wie auch die eines eventuellen Mischkonsums von mehreren Substanzen.

Was die Strukturen der Provinz Bozen betrifft: Therapiezentrum Bad Bachgart Rodeneck, „S. Isidoro e fase del Rientro“ Bozen (beide vom Verein „La Strada – Der Weg“ Bozen geführt), Zentrum Hands Bozen (vom Dienst HANDS Onlus geführt), überprüfen die zuweisenden Dienste immer ob eine Eingliederung einer Person in den genannten Strukturen möglich und angemessen ist. Wenn keine Möglichkeit bestehen sollte (Mangel an Plätzen, Therapieangebot für die betroffene Person unangemessen), wird die Möglichkeit der Zuweisung an andere Strukturen in Italien (der Kunde/Patient wird, wie oben beschrieben, in die konventionierten Strukturen überwiesen) oder im Ausland (Österreich) überprüft. Für letztere Strukturen wird die Konvention direkt von den zuständigen Landesämtern unterzeichnet. Auch in diesen Fällen wird laut Diagnose und Angemessenheit, wie oben beschrieben, vorgegangen. Für die Erfassung der Prozeduren und Risiken bzgl. dem Abschluss von Konventionen verweist man auf die Anlage I dieses Planes, Pkt. 1.2 und 2.6.

Die Vordrucke für die Zuweisung an italienische Strukturen sind auf Verwaltungsebene in den Gesundheitsbezirken und Diensten noch nicht vereinheitlicht worden, da einerseits die Verwaltungsbüros nicht vereinheitlicht sind und andererseits auch wegen der diversen Notwendigkeiten der einzelnen Therapiegemeinschaften im Hinblick auf die klinischen Informationen. Hingegen sind die Vordrucke für ausländische und Landesstrukturen vereinheitlicht.

Als letzte Prozedur wurde jene der Verabreichung des Methadons analysiert, wobei festgestellt worden ist, dass die Dienste sich an die Normen DPR Nr. 309 von 1990 i.g.F. sog. *„Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza“* (aktualisiert am 20.06.2013), Dekret des Gesundheitsministeriums vom 03.08.2001 sog. *„Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative“* und Dekret vom 16.11.2007 *„sog. Decreto Turco del 16.11.2007 - Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento“*. halten. Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Verabreichung des oben genannten Medikamentes, außer der ärztlichen Verschreibung zu entsprechen und einen *Iter* der Verabreichung zu befolgen als auch die Privacy des Kunden/Patienten zu schützen, laut spezifischen Rechtsnormen vollständig rückverfolgbar und registriert scheint.

Aus einer weiteren Analyse der Korruptionsprävention in den Kompetenzbereichen des DfA im Jahr 2018 sind zwei Risikobereiche hervorgegangen, im Detail: die freiberufliche Tätigkeit der Bediensteten des Dienstes und die alternativen Therapieaufenthalte anstelle von Haftstrafen. Die Risiken der freiberuflichen

Tätigkeit bestünden in der Begünstigung von privaten Behandlungspfaden anstelle von öffentlichen. Hingegen bestehe das Risiko bei den Prozeduren mit Häftlingen in der unter Drucksetzung des bediensteten Sanitätspersonal.

Im Jahr 2018 wurde festgestellt, dass keiner der angestellten öffentlichen Bediensteten des DfA freiberufliche Tätigkeiten ausübte.

Was die Verwaltung der alternativen Therapieaufenthalte anstelle von Haftstrafen in der Haftanstalt mit Sitz in Bozen betrifft, war die territoriale Kompetenz bis Herbst 2018 bei der Basismedizin – Gesundheitsdienst angesiedelt. Seit Herbst 2018 wurde diese Zuständigkeit an den DfA übertragen und demzufolge ist eine erste Studienphase und Programmierungsphase eingeleitet worden. In dieser Anfangsphase wurde festgelegt, dass alle neuen Patienten/innen vom DfA für eine Diagnose untersucht werden. Nach der Diagnose erfolgen dann die Überweisungen an die Psychologen/innen der Haftanstalt, auch um gezielte Anfragen abzufangen, die nur auf das Umgehen der Haftstrafe abzielen. Als Korruptionsvorbeugungsmaßnahme wurde eine jährliche Rotation des Personals vereinbart. Zudem wird der Patient/die Patientin der/die einem Therapieprojekt zustimmt einem Therapieteam zugeteilt. Die Kontakte mit den Verteidigern der Patienten/innen sind auf mehrere Mitarbeiter/innen aufgeteilt. Der nun beschriebene Ablauf wird 2019 vertieft werden, da es sich um eine neue Tätigkeit des DfA Bozen handelt und somit einer Neuorganisation und Implementierung bedarf.

Es wird hinzugefügt, dass die Kosten der Behandlungspfade der Häftlinge der Haftanstalt Bozen am Anfang alle dem DfA Bozen, aufgrund des Prinzips der Ansässigkeit, zugeteilt worden sind, hingegen werden diese derzeit vom DfA, wo der jeweilige Häftling seinen realen Wohnsitz hat, abgerechnet.

In den nächsten Jahren hat sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb zum Ziel gesetzt die Überprüfung des gegenständlichen Risikobereiches fortzuführen.

Bereich Streitfälle und Rechtsangelegenheiten

Man verweist auf die Anlage I über die Prozessanalyse und Kontrastmaßnahmen.

Wartelisten

Aufgrund des nationalen Plans zur Eindämmung der Wartezeiten wurde der Landesplan mit Beschluss der LR Nr. 856 des 23. Mai 2011 ermächtigt, mit welchem ein Protokoll für einen angemessenen und fristgerechten Zugang der Bürger zu den sanitären Leistungen gewährt werden soll. In diesem Kontext wurden neue Kriterien für eine bessere Verwaltung der Wartezeiten und Listen erarbeitet, indem Kontrollmechanismen und die „RAO“ (Einheitliche Gruppierung der Wartezeiten) für sieben Fachrichtungen vorgesehen wurden. Dieses Protokoll wurde zusätzlich mit dem Beschluss der LR Nr. 724 des 14.05.2012 ergänzt, in welchem die RAO auf insgesamt neun Fachrichtungen ab 1. Juli 2012 ausgedehnt wurden, und für jede diagnostische Indikation die Art der Visite (ob dringende oder aufzuschiebende Leistung) und die maximale Wartezeit definiert wird. Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 500 vom 29.05.2018 wurden die „RAO“-Richtlinien überarbeitet und auf insgesamt 12 Fachbereiche ausgeweitet.

Im Zuge Vereinheitlichung die 2007 begonnen hat und auch während dem Jahr 2018 weiter geführt wurde und den gesamten Sanitätsbetrieb miteinbezieht, ist auch dieser Bereich zwischen der zentralen und der lokalen Ebene der einzelnen Gesundheitsbezirke noch unterschiedlich geregelt.

Was die Verwaltung der Wartelisten betrifft, erfolgt der Erstzugang zu den fachärztlichen Leistungen für die Fachrichtungen Augenheilkunde, allgemeine Chirurgie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Kardiologie, physiatrische Rehabilitation, Neurologie und Urologie sowie für Kolonskopien über die Vormerkung bei der Einheitlichen Vormerkungsstelle (EVS), wo die Vormerkung der Visiten und Fachuntersuchungen nach einem vorgegebenen Raster erfolgt und die Einhaltung der Prioritäten aufgrund des „RAO-Systems“ gewährleistet wird. Die EVS wurde mit Beschluss des GD Nr. 2012-D2-001964 vom 17.12.2012 am 1. Jänner 2013 eingeführt. Die Verwaltung der Termine im Bereich Prävention (Impfungen, Reiseberatungen, Mammografie-Screenings) sowie für Führerscheine und andere ärztliche Zeugnisse erfolgt ebenfalls über die ELVS unter Einbeziehung eines externen Dienstleisters für die Beantwortung der Anfragen. In Erwartung die EVS auszubauen und zu verstärken, sodass in Zukunft alle Leistungen zentral und transparent verwaltet werden können, ist z.Z. die Vormerkung für den Bürger über 3 verschiedene Vormerkungsstellen vorgesehen:

- ✓ Zentrale einheitliche Vormerkungsstelle (EVS): der Bürger kann jede lokale Vormerkungsstelle der vier Gesundheitsbezirke kontaktieren und erhält die Vormerkung in allen Strukturen des Landes wo die Leistung angeboten wird. An jeder Stelle erhält der Bürger dieselbe Auskunft über Wartezeiten und Erbringerstrukturen.
- ✓ Einheitliche Vormerkstelle des einzelnen Gesundheitsbezirkes: die Leistungen in den Ambulatorien werden über die lokale Vormerkstelle auf Bezirksebene verwaltet und vorgemerkt.
- ✓ Einzelne Abteilungen und Dienste: in einigen Fällen (kleinere Krankenhäuser) wird das Angebot der ambulatorialen Leistungen noch vom Krankenpflegepersonal oder dem Sekretariat der einzelnen Abteilungen/Dienste verwaltet.

Der Sanitätsbetrieb plant eine Reorganisation des gesamten Vormerksystems in Südtirol hin zu einer Einheitlichen Landesvormerkstelle mit einer einzigen Telefonnummer innerhalb 2021. Im Allgemeinen ist vorgesehen, die Leistungspalette der mittels einheitlicher Vormerkung vermittelten Leistungen der öffentlichen sowie der privaten vertragsgebunden Körperschaften auf lange Sicht zu erweitern; dies betrifft verschiedene Fachbereiche:

1. die Erstzugänge in der Instrumentaldiagnostik und Radiologie;
2. die Erstzugänge in weiteren ambulanten Fachbereichen;

Es bleiben jene Leistungen ausgenommen, die folgende Bereiche betreffen: Rechtsmedizin und Psychiatrie, Sport- und Arbeitsmedizin, Labor, Radiotherapie und klinische Genetik, sowie die Leistungen mit direktem Zugang.

Der Dienst hat genaue Richtlinien für den Ablauf der Vormerkungen im Front Office ELVS/EVS ausgearbeitet, in denen das korrekte Verhalten der Bediensteten beschrieben ist.

Für aufschiebbare Leistungen kann man auf der Internetseite des Sanitätsbetriebes die Wartezeiten und die Strukturen, welche die gesuchte Leistung erbringen, sowie alle Infos hinsichtlich des Zugangs zur gewünschten Vormerkung abrufen (<http://www.sabes.it/Vormerkzeiten>).

Im Dreijahreszeitraum 2019 – 2021 ist der endgültige Übergang aller Vormerkungen von Erstvisiten von den Gesundheitsbezirken auf die ELVS und somit die Vereinheitlichung der Zugänge zu ambulanten Leistungen vorgesehen.

Freiberufliche Tätigkeit

Vormerkung, Verwaltung Wartelisten und freiberufliche Tätigkeit

Seit 2018 wurde der Dienst für Vormerkungen der freiberuflichen Tätigkeit bei der EVS zusammengelegt und eine eigene Telefonnummer eingerichtet samt Zuteilung von Mitarbeitern/innen; es wurde eine Migration der Vormerkungsapplikationen eingeleitet, die voraussichtlich im Jahr 2019 für alle 4 Gesundheitsbezirke funktionieren dürften, mit Anschluss des GB Bruneck. Die Prozedur sieht homogene Vormerkungsmodalitäten vor, die aufgrund von Agenden und Kalender definiert werden, im Respekt der Grenzen die der Sanitätsbetrieb dargelegt hatte, d.h. unter Einhaltung der drei bzw. vier freiberuflichen Stunden pro Woche. Ab dem o.g. Datum sind dezentrierte Vormerkungsmodalitäten für Erstvisiten vorgesehen. Generell unterstreicht man, dass den Patienten/innen, die eine fachärztliche Untersuchung beantragen, Alternativen angeboten werden können also auch freiberufliche Leistungen. Die Bediensteten der EVS sind angehalten immer die korrekten Informationen zu den Wartezeiten zu erteilen und die eventuellen Alternativen aufzuzeigen.

In diesem Kontext hat die Landesregierung mit Beschluss Nr. 1069/2008 gemäß Art, 1-ter, LG Nr. 10/1995, Richtlinien erlassen, nach denen der Betrieb die Aufgabe hat die Beziehung zwischen institutionellen Aufgaben und freiberuflicher Tätigkeit konstant zu überprüfen. Es wurde dort auch vorgesehen, dass der Betrieb jährlich der Provinz über den Einfluss der freiberuflichen Tätigkeit auf die Wartezeiten berichtet. Mit Beschluss Nr. 273/2008 der GD wurde der betriebliche Plan über die freiberufliche Tätigkeit verabschiedet, laut diesem hat die Tätigkeit immer außerhalb der Arbeitszeiten und die Vormerkungen separat zu den institutionellen Leistungen zu erfolgen, zudem müssen den Betroffenen alle Informationen bzgl. Wartezeiten und Tarifen erteilt werden. Die korrekte Anwendung dieser Kriterien ist eine Korruptionsvorbeugungsmaßnahme. Die Wartezeiten für fachärztliche Leistungen im Ambulatorium werden monatlich geprüft und regelmäßig auf der Webseite des Betriebes veröffentlicht, wo auch die freiberuflich tätigen Bediensteten abrufbar sind, neben der Angabe der Arbeitszeiten, der Sitze wo die Leistungen erbracht werden und den Gebührensätzen. Angesichts des

Volumens der freiberuflichen Tätigkeit (im Jahr 2017 3% der 1. Visiten und Kontrollvisiten der ausgeführten Leistungen im institutionellen Bereich) und der Tatsache, dass der Bereich sehr reduziert ist im Vergleich zu anderen nationalen Realitäten, der Gegebenheit, dass nur Leistungen im Ambulatorium angeboten werden können (Krankenhausaufenthalte und OPs sind ausgeschlossen), des Limits von drei Wochenstunden (vier nur im Falle von Sättigung der Agenden), scheint das Risiko den Patienten auf freiberufliche Leistungen umzulenken sehr limitiert. Eine weitere Gegenmaßnahme zur Korruptionsbekämpfung ist die Vorschrift, dass die innerbetriebliche freiberufliche Tätigkeit nur außerhalb der Arbeitszeiten und am Ende der Öffnungszeiten der Ambulatorien (MO-DO: 16.00-19.00 Uhr, FR 15.00-19.00 Uhr, SA 08.00-12.00 Uhr) ausgeübt werden kann.

Es wird angemerkt, dass keine eigenen Räumlichkeiten für diese Tätigkeit vorgesehen sind, hierfür werden die Ambulatorien und Gerätschaften der ordentlichen Tätigkeit verwendet. Die besagten Leistungen können laut der freiberuflichen Tarifliste mehrere Leistungen oder Leistungspakete beinhalten.

Bei der Ermächtigung kontrollieren die zuständigen Organe die Bedingungen für die Ausübung und deren Übereinstimmung mit dem organisatorischer Aufbau, die für die Tätigkeit vorgesehen ist.

Die Korruptionsrisiken können wie folgt identifiziert werden:

1. Risiko von Falscherklärungen bei der Autorisierung: dieses Risiko ist als unwahrscheinlich einzustufen, da es sich um Freiberufler handelt deren akademische Titel und Spezialisierungen in den Personalakten der Personalabteilung aufliegen. Die betrieblichen Richtlinien regeln zudem die Möglichkeit und die Grenzen bzgl. der deklarierten und den tatsächlichen akademische Titel und Spezialisierungen;
2. Risiko einer nicht passenden Kontrolle der Tätigkeiten: die Überprüfung der innerbetrieblichen freiberuflichen Tätigkeit sieht mehrere Bereiche vor (Ausübung der innerbetrieblichen freiberuflichen Tätigkeit, Umfang, Uhrzeiten, Räume, Nutzung der Geräte, Personal zur Unterstützung, Zugang der Patienten, Rechnungslegung, Zahlungsmodalitäten, Übereinstimmung der Kalender mit der ordentlichen Tätigkeit).

Jeder Sektor ist mit anderen Kompetenzen verbunden, die derzeit nicht in einer einzigen Organisationseinheit vereinheitlicht sind. Da es gegenwärtig kein einheitliches Organ gibt, das sich 360° um die innerbetriebliche freiberufliche Tätigkeit kümmert werden hauptsächlich Stichprobenkontrollen und Kontrollen aufgrund von Anzeigen auf Bezirksebene vorgenommen. Einige Überprüfungen sind den Vorgesetzten übertragen worden (z.B. Kontrolle der Zeiten der Erbringung der Leistung außerhalb der Arbeitszeiten und Typologien der Leistungen, Kontrolle der Übereinstimmung der Vormerkungen und der gezahlten Leistungen). Die Prüfung der Angemessenheit der Arbeitszeiten wird durch die Angaben, die in den Genehmigungen enthalten sind durchgeführt und erlaubt damit die Erhebung eventueller Unregelmäßigkeiten. Außerdem werden die erbrachten Arbeitsstunden der freiberuflichen Tätigkeit mittels Stempelungen erhoben.

Kassa und Rechnungslegung der freiberuflichen Tätigkeit

Der Zahlungsmodus sieht zwingend das Ausfüllen von Formularen mit Angaben der Leistung und der Tarifgebühr vor, die der freiberuflich tätige Bedienstete und der/die jeweilige Patient/in unterzeichnen. Die Zahlung erfolgt nur über die Ticketschalter/Kassen oder mittels Übermittlung der Rechnung an das Domizil des/der Leistungsempfängers/in. Es werden Methoden von automatischen Zahlungsformen studiert, wie in analogen organisatorischen Kontexten schon vorhanden.

Überprüfung, Verwaltung der normativen Aspekte und der Tarifen der freiberuflichen Tätigkeit

Es wurde eine paritätische Kommission, bestehend aus vom Betrieb und den Gewerkschaften ernannten Vertretern, mit den o.g. Funktionen auch in Bezug auf die Prüfung der Wartezeiten betraut.

Verwaltung Einnahmenfond der freiberuflichen Tätigkeit

Die Aufteilung der Einnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit ist in einer Regelung definiert, wo auch die Quoten die dem freiberuflich tätigen Bediensteten und die dem Betrieb zustehen bestimmt werden.

Derzeit wird die gesamte Ordnung der freiberuflichen Tätigkeit überdacht, hierfür prüft die Landesregierung Vorschläge einer paritätische Kommission, mit dem Ziel die Richtlinien im Bereich der freiberuflichen Tätigkeit zu modifizieren und integrieren.

Zur Zeit geht die politische Debatte um die Erhaltung dieser Möglichkeit bzw. die Durchführung derselben im Sinne einer möglichen Begrenzung oder Abschaffung im Sanitätsbetrieb dieser Zugangsmöglichkeit.

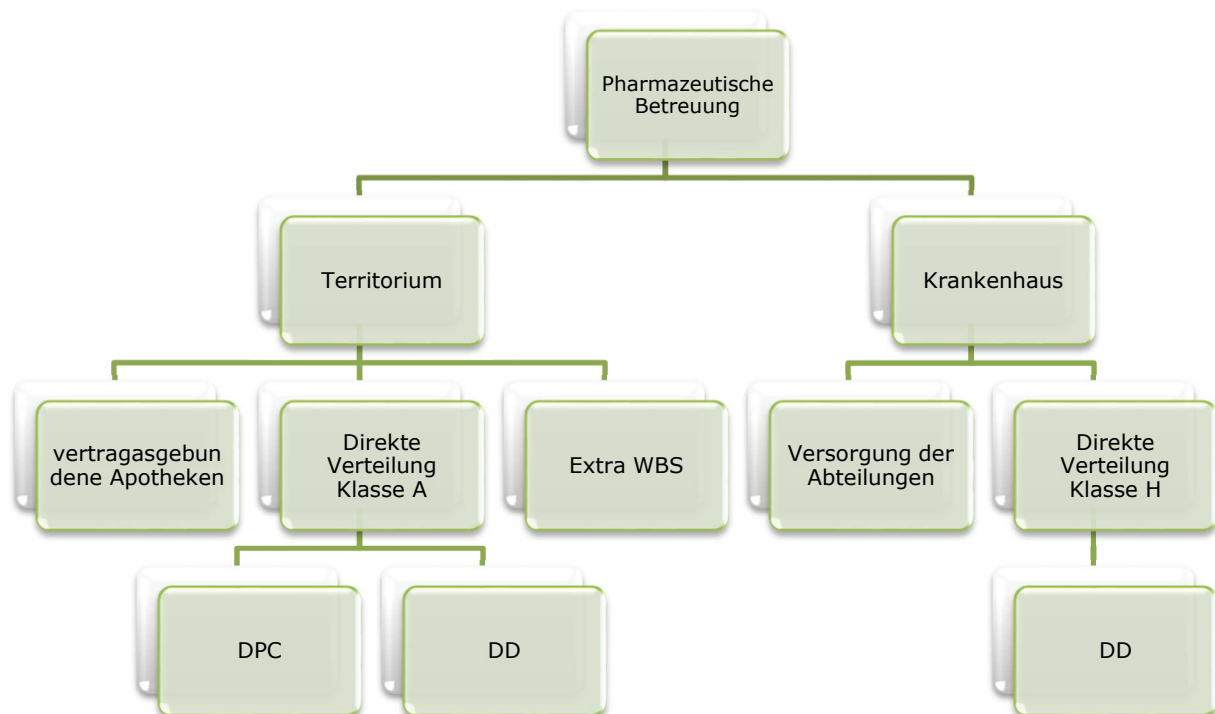
Fortwährende Aktualität und ungelöstes Problem scheint das Ergreifen von Initiativen die eine Drosselung der Wartezeiten vermögen. 2017 wurde indes entschieden die freiberuflichen Tätigkeit fortzuführen mit dem Vorbehalt der Überprüfung für eine potenzielle Verbesserung der Wartezeiten für jene Disziplinen bei denen letztere überschritten scheinen.

Im Triennium 2019-2021 wird programmiert die Verwaltungsprozeduren der freiberuflichen Tätigkeit zu vereinheitlichen auch mittels Applikationen. Ferner ist die Ausarbeitung einer betriebsweiten Regelung vorgesehen, welche homogene Modalitäten für die Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit in den unterschiedlichen Strukturen vorsieht.

Pharmazeutischer Dienst, Heilbehelfe und andere Technologien, klinische Studien und Sponsorenverträge

Pharmazeutischer Dienst

In Südtirol werden die Medikamente, welche zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes (LGD) sind, über verschiedene Kanäle an die Patienten verteilt. Das folgende Diagramm gibt einen Überblick über die Organisation der pharmazeutischen Betreuung in Südtirol.



Man unterscheidet zwischen pharmazeutischer Betreuung des Territoriums und auf Krankenhausebene. Zur territorialen pharmazeutischen Betreuung gehören die Verteilung der Medikamente über vertragsgebundenen Apotheken, die direkte Verteilung der Klasse A-Medikamente und die Verteilung von Medikamenten im Rahmen der Extra WBS. Der Verbrauch der Krankenhausstrukturen und die direkte Verteilung der Klasse H-Medikamente zählen zur pharmazeutischen Betreuung auf Krankenhausebene.

Vertragsgebundene Apotheken: Medikamente, welche zu Lasten des LGD sind, werden über die 127 vertragsgebundenen öffentlichen und privaten Apotheken verteilt. Damit wird dem Bürger der Zugang zu Arzneimitteln, welche für die Behandlung essenzieller und chronischer Krankheiten benötigt werden, garantiert.

Direkte Verteilung Klasse A: diese kann wiederum in die direkte Verteilung (DD) und in die Verteilung, welche im Namen und Auftrag des Sanitätsbetriebs (DPC) erfolgt unterteilt werden.

DPC: Unter DPC versteht man die Verteilung der Arzneimittel, die im Verzeichnis der direkten Verteilung für die Versorgungskontinuität H (Krankenhaus) – T (Territorium) (PHT) aufgelistet sind und durch Dekret des/der Abteilungsdirektorin/des Abteilungsdirektors der Abteilung für Gesundheitswesen in das Verzeichnis der PHT-Medikamente, die „im Namen und Auftrag“ des Südtiroler Sanitätsbetriebes verteilt

werden, aufgenommen werden. Die Medikamente werden an die Patienten über die vertragsgebundenen privaten und öffentlichen Apotheken verteilt. Die DPC hat eine große wirtschaftliche Bedeutung, da die Medikamente vom Sanitätsbetrieb mittels öffentlicher Ausschreibungen nach Wirkstoff oder therapeutischer Äquivalenz eingekauft werden (Beschluss Nr. 1835 vom 28.11.2011). Auf diese Weise lassen sich die Vorteile der bestehenden Konkurrenz zwischen gleichwertigen Produkten in Hinsicht auf den Ablauf der Patente maximal nutzen. Der von den vertragsgebundenen Apotheken geleistete Dienst wird vom Sanitätsbetrieb durch einen verhandelten Fixbetrag vergütet.

DD: Unter Direkter Verteilung versteht man die Verteilung von Medikamenten, die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes nach einem stationären Krankenhausaufenthalt oder Facharztvisite gehen. In diesen Fällen können sich die Patienten an eine der direkten Medikamentenausgabestellen wenden, die man in den Krankenhäusern von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck finden kann, und die vom Facharzt verschriebenen Medikamente beziehen. Auf diesem Weg werden auch jene PHT-Medikamente verteilt, welche durch das Dekret der Abteilungsdirektorin/des Abteilungsdirektors der Abteilung für Gesundheitswesen in die Liste der direkt über die Sanitätsstrukturen zu verteilenden PHT-Medikamente aufgenommen wurden. Dieser Verteilungsmodus von Arzneimitteln ist aus ökonomischer Sicht am vorteilhaftesten für den Sanitätsbetrieb, da diese Medikamente über öffentliche Ausschreibungen angekauft werden und der Sanitätsbetrieb die Vergütung für den Dienst nicht bezahlen muß.

Zur direkten Medikamentenverteilung zählt auch die Verteilung von Medikamenten an die stationären und teilstationären Dienste, die im Arzneimittelverzeichnis der Pflege- und Seniorenheime enthalten sind.

Extra WBS: an Patienten, welche an seltenen Erkrankungen leiden, werden Arzneimittel der Klasse C verteilt, die in den WBS und in den Integrationen der WBS enthalten sind. Bei Bedarf gibt es ad personam Integrationen, die von Südtiroler Sanitätsbetrieb genehmigt wurden.

Versorgung der Abteilungen: dazu gehören Medikamente, die an die Abteilungen/Ambulatorien verteilt und den Patienten direkt im Krankenhaus verabreicht werden. Es gibt im Südtiroler Sanitätsbetrieb ein betriebliches Arzneimittelverzeichnis der Krankenhäuser, das durch den Beschluss der Landesregierung Nr. 1914 vom 17.12.2012 genehmigt wurde. Dieses Verzeichnis wird regelmäßig von der betrieblichen Arzneimittelkommission überarbeitet. Die Zubereitung von Zytostatika ist im pharmazeutischen Dienst der Gesundheitsbezirke zentralisiert und erfolgt in dafür vorgesehenen Räumen. Die Ausgaben für Medikamente auf Krankensebene und im Territorium wird durch Trimestralreports laufend überwacht.

Direkte Verteilung Klasse H: über die direkten Medikamentenabgabestellen in den Krankenhäusern von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck werden die Klasse H-Medikamente verteilt, die nur von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen gekauft werden können, jedoch vom Patienten zu Hause eingenommen werden können.

In der Provinz Bozen belaufen sich die Bruttokosten für Medikamente, welche über die territorialen Apotheken im Jahr 2017 verteilt wurden und zu Lasten des LGD auf 61 Millionen Euro. Der LGD hat durchschnittlich ca. 123,4 Euro pro Kopf für Medikamente ausgegeben, die über die Apotheken im Territorium verteilt wurden, und somit hat die Provinz Bozen die niedrigste Ausgabe für auf dem Konventionalweg verteilte Medikamente:

http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2017_AIFA.pdf

Man merkt an, dass die pharmazeutische Versorgung in der Provinz Bozen wird durch das Landesgesetz Nr. 16/2012 geregelt wird.

Man erinnert daran, dass in der Provinz Bozen mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 4447 vom 24.11.2008 die Leitlinien für die Erhebung der pharmazeutischen Leistungen, die mittels direkter Verteilung und in Auftrag des Sanitätsbetriebes erbracht werden, genehmigt wurden. Dieses Dokument enthält alle Informationen, die den Datenfluss der direkten Medikamentenverteilung betreffen, wie im Ministerialdekret vom 31 Juli 2007 vorgesehen und in den Leitlinien zur Bereitstellung und Übermittlung der Daten an NSIS angeführt.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 105 vom 23.01.2012 wurden die Leitlinien zur Überwachung des Arzneimittelverbrauchs auf Krankensebene genehmigt. Diese sind mit 30.01.2012 in Kraft getreten.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1183 vom 07.10.2014 sind die Leitlinien zur Überwachung des Verbrauchs direkt vom Nationalen Gesundheitsdienst gekaufter Medizinprodukte genehmigt worden und seit 15.10.2015 in Kraft.

Der Sanitätsbetrieb erarbeitet seit Anfang 2016 halbjährlich einen Report zur Kontrolle der Ausgaben für Medikamente und Heilbehelfe. Diese Analyse fließt in die Plan-Ist-Vergleiche des Betriebes ein.

Angesichts der Komplexität der Prozesse dieses Bereiches hat der Sanitätsbetrieb den Fokus der Analyse und Bewertung des Risikos auf die Makroprozesse: Programmierung, Lagerverwaltung, Liquidierung von Rezepten für Medikamente / Vergütung an die Betreuten durch vertragsgebundene Apotheken, Liquidierung von Rezepten für Heilbehelfe / Vergütung an die Betreuten durch vertragsgebundene Apotheken und Entsorgung der Medikamente, mit dem Vorbehalt andere Bereiche oder Makroprozesse zu analysieren. Ferner wurde der Bereich Einkäufe überwacht.

In Bezug auf die Angemessenheit der Verschreibung hat sich der Betrieb für das Jahr 2018 zum Ziel gesetzt, den Einsatz von Biosimilars am Territorium (Somatropin, Follitropin alfa) zu beobachten und zu steigern.

Einrichtung der Betrieblichen Kommission für Medizinprodukte

Analog zur betrieblichen Arzneimittelkommission ist mit Beschluss des Generaldirektors 2017-A000240 die betriebliche Kommission für Medizinprodukte als Instrument für die Steuerung des Bereichs der Medizinprodukte mit Ausnahme der Medizintechnischen Geräte und der Medizinprodukte für in Vitro Diagnostik eingerichtet worden, deren Hauptaufgabe die Rationalisierung und Homogenisierung der Medizinprodukte in der Bezirken sein wird. Dies wird in enger Zusammenarbeit mit Amt für Ankäufe sanitärer Güter mit betrieblicher Zuständigkeit geschehen, dessen Aufgabe wiederum die Durchführung der entsprechenden betriebsweiten Ausschreibungen sein wird.

Mit Beschluss Nr. 2018-A 000086 vom 27.02.2018 wurde erneut die betriebliche Kommission für Medizinprodukte eingerichtet und deren interne Regelung beschlossen.

Der Sanitätsbetrieb hat angedacht neben den Erklärungen über das Nichtvorhandensein von Gründen von Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit die Interessenserklärung laut Modell von Agenas einzuführen und dieses Modell daher an den Sanitätsbetrieb anzupassen und somit zweisprachig zu verfassen. Daher ist der Sanitätsbetrieb in Dialog mit der Agenas getreten, welche die diesbezügliche Softwareapplikation nur auf Italienisch zur Verfügung stellt, um die Modalitäten der Übermittlung abzuklären. Diese Umsetzung ist derzeit in Überprüfung. In Erwartung die Webapplikation nutzen zu können, hat der Betrieb 2018 von jedem Mitglied der genannten Kommission eine öffentliche Interessenserklärung von Seiten des Fachpersonals eingesammelt.

Programmierung:

Der Art. 12 des Landesgesetzes Nr. 16/2012 mit dem Titel „Planung der Arzneimittelversorgung“ besagt: "1. Die Landesregierung plant die Arzneimittelversorgung durch den Südtiroler Sanitätsbetrieb und überprüft die Ergebnisse, mit dem Ziel, die Verwaltungsverfahren zu vereinfachen und zu vereinheitlichen, die Kosten zu reduzieren und die Qualität und Effizienz zu steigern. 2. Die Landesregierung bestimmt die Rezepturarzneien, das Verbandsmaterial und die Heilbehelfe und legt die Kriterien für deren Abgabe und Verschreibung als gesundheitliche Zusatzleistungen zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes fest. Der Betrag der getätigten Ausgaben wird auf der Grundlage geeigneter Abrechnungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes ausgezahlt."

Der Bedarf wird im allgemeinen auf Grundlage des bisherigen Gebrauchs erhoben. Hierbei wird der Lagerbestand mitberücksichtigt. Für neue Medikamente oder für Sonderfälle werden die Notwendigkeit des Ankaufs und der Bedarf gemeinsam vom pharmazeutischen Dienst, den Ärztinnen und Ärzten und der Betriebsarzneimittelkommission auf Basis objektiver Entscheidungsgrundlagen beurteilt. Außerdem wird die Krankenhaus Arzneimittelliste des Betriebes aktualisiert. Die durch Beschluss der Landesregierung Nr. 1914 vom 17.12.2012 genehmigte Arzneimittelliste des Krankenhaus ist von einer Betriebsarbeitsgruppe erstellt und von der Betriebsarzneimittelkommission gutgeheißen worden. Es besteht aus einer Liste von Wirkstoffen, die nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC) eingeteilt ist.

Die Krankenhaus-Arzneimittelliste des Betriebes ist ein stetig weiterentwickeltes Arbeitsinstrument, das von der Betriebsarzneimittelkommission laufend überarbeitet und in regelmäßigen Abständen aktualisiert wird. Allfällige Aktualisierungswünsche oder Vorschläge für Änderungen (z.B. Antrag auf Listung eines neues Arzneimittels) können unter Verwendung des dafür vorgesehenen Formulars beantragt werden, das auf der Website des Betriebes zugänglich, einfach, wenn nötig mit Hilfestellung, ausgefüllt und über den zuständigen pharmazeutischen Dienst eingereicht werden kann. Die Beschaffung von Arzneimitteln, die nicht in der Krankenhaus-Liste aufscheinen, bleibt auf wenige Fällen beschränkt, in denen ein/e Patient/in mit einer außergewöhnlichen Erkrankung behandelt wird, für die der/die Antragsteller/in einen spezifischen klinischen Bericht vorlegt.

Er wird festgehalten, dass der Sanitätsdirektor des Betriebes die Vorgehensweise im Zusammenhang mit der Krankenhaus-Arzneimittelliste und wie Arzneimittel bereitgestellt werden im Rundschreiben vom 09.05.2014 bekanntgegeben hat.

Im Jahr 2013 wurde von einer Arbeitsgruppe des Betriebes zusätzlich die Pflegeheim-Arzneimittelliste erarbeitet, um eine einheitliche und angemessene Arzneimitteltherapie auch den Klienten der Alters- und Pflegeheime der Provinz Bozen zu garantieren. Die Richtlinien für die Verschreibung von Medikamenten nach therapeutischen Plänen sind schließlich auf der Website der Autonomen Provinz Bozen zu finden.

Angesichts des Vorstehenden ist klar, dass es eine Trennung zwischen des Arzneimittel verschreibenden Personen und jenen gibt, die Arzneimittel einkaufen.

Der Sanitätsbetrieb hat 2017 eine neue Verordnung der Arzneimittelkommission eingeführt, die mit Beschluss Nr. 009 vom 16.01.2018 genehmigt worden ist.

Der Sanitätsbetrieb hat angedacht neben den Erklärungen über das Nichtvorhandensein von Gründen von Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit die Interessenserklärung laut Modell von Agenas einzuführen und dieses Modell daher an den Sanitätsbetrieb anzupassen und somit zweisprachig zu verfassen. Daher ist der Sanitätsbetrieb in Dialog mit der Agenas getreten, welche die diesbezügliche Softwareapplikation nur auf Italienisch zur Verfügung stellt, um die Modalitäten der Übermittlung abzuklären. Diese Umsetzung ist derzeit in Überprüfung. In Erwartung die Webapplikation nutzen zu können, hat der Betrieb 2018 von jedem Mitglied der genannten Kommission eine öffentliche Interessenserklärung von Seiten des Fachpersonals eingesammelt.

Liquidierung von Rezepten für Medikamente / Vergütung an die Betreuten durch vertragsgebundene Apotheken:

Art. 11 des LG Nr. 16/2012, Abrechnung der Arzneimittel und Heilbehelfe gibt an: „1. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb bestimmt die Organisationseinheit, welche die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes von den vertragsgebundenen Apotheken und Handelsbetrieben eingelösten Rezepte für Arzneimittel sowie die Bestätigungen für die Abgabe von Verbandsmaterial und Heilbehelfen abrechnet und in fachlicher, buchhalterischer und verwaltungsmäßiger Hinsicht überprüft. omissis
2. Die Organisationseinheit: omissis
c) übermittelt der Landesabteilung Gesundheitswesen für deren Ausrichtungs- und Planungstätigkeit monatlich alle statistischen Daten über Kosten und Verbrauch im Bereich Arzneimittel, Verbandsmaterial und Heilbehelfe.“

Das Arzneimittel-Verrechnungsamt führt, aufgrund des o.g. Gesetzes und dem Landesvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den öffentlichen und privaten Apotheken in Südtirol, monatlich Erhebungen und Abweichungen zwischen dem von allen vertragsgebundenen privaten und öffentlichen Apotheken deklarierten und dem Sanitätsbetrieb erhobenen Daten, durch.

Aufgrund dieser Erhebungen und Ergebnisse werden detailliertere Stichproben durchgeführt. Die Ergebnisse der Kontrollen münden in Richtigstellungen der Abrechnungen mit den Apotheken. Die Datensammlung der Rezepte erfolgt durch das Scannen derselben und eine Data Entry Tätigkeit, welche die Erhebung der Fehler als auch die Bereinigung der Daten für statistische Zwecke ermöglicht. Diese Tätigkeit erfolgt mit einem informatischen System.

Die detaillierte Kontrolle erfolgt auf der Basis der bedeutendsten Abweichungen und der Rotation mit dem Ziel alle Apotheken innerhalb eines Kalenderjahres zu überprüfen.

Der Makro-Prozess gemäß vorherigen Absatz ist durch den Landesvertrag für die Regelung der Beziehungen mit den öffentlichen und privaten Apotheken in Südtirol (Beschluss der Landesregierung vom 7. Juli 2003, Nr. 2270) geregelt. Dieser Landesvertrag wird vom Sanitätsbetrieb vollinhaltlich, samt Änderungen und Anpassungen der Materie auf nationaler Ebene oder Landesebene angewandt, außer in den Teilen die nicht kompatibel sind, da obsolet.

Man merkt an, dass der SB am Projekt der dematerialisierten/elektronischen Verschreibung der Medikamente arbeitet. Dabei ist der Entwicklungsstand des genannten Projektes Ende 2018 jener, dass der Großteil sog. Verschreiber (Krankenhausärzte, Allgemeinmediziner, Kinderärzte freier Wahl) an das System der dematerialisierten/elektronischen Verschreibung angebunden sind. Ende 2018 werden 80% der in dematerialisierter Form verschreibbaren Rezepte auch dematerialisiert verschrieben. Alle Apotheken des Landes sind ebenso angebunden und lösen dematerialisierte/elektronische Verschreibungen für Medikamente ein.

Liquidierung von Rezepten für Heilbehelfe / Vergütung an die Betreuten durch vertragsgebundene Apotheken:

Anhand der auf betriebsebene ausgearbeiteten Richtlinien für die Kontrollen und die Bezahlung der Heilbehelfe und der Verbandsmaterialien laut Beschluss der Landesregierung Nr. 809 vom 14.03.2005, führt der Sanitätsbetrieb manuell Kontrollen, zwischen dem von den Apotheken deklarierten und dem Arzneimittel-Verrechnungsamt erhobenen Daten, durch.

Die Befolgung der Bestimmungen in diesem Bereich und die korrekte Abwicklung der Kontrollen seitens der Ämter der verschiedenen GB werden UNA TANTUM vom zuständigen Landesamt Nr. 23.2 vom Assessorat überprüft.

Man merkt an, dass der SB am Projekt „Patientenorientierte Informatisierung: „Heilbehelfe und diätetische Produkte“ arbeitet, mit welchem ein globales Informatiksystem zur Abbildung des gesamten Prozesses der Verschreibung, Genehmigung, Ausgabe, Kontrolle und Liquidierung der Heilbehelfe eingeführt wird. Die Planungs- und Analysephase dieses Projektes wurde im Jahr 2017/2018 durchgeführt. Nach der durchgeführten Detailanalyse wird das Projekt voraussichtlich im Laufe des Jahres 2018/2019 implementiert.

Lagerverwaltung

Die Lagerverwaltung der Apotheke des Sanitätsbetriebes ist durch eine betriebsweite Prozedur geregelt, welche grundsätzlich den Wareneingang und die Lagerung der Ware regelt.

Der Sanitätsbetrieb hat im Jahr 2016 ein betriebliches Projekt erstellt, welches die Ausarbeitung eines Masterplanes innerhalb des Jahres vorsah und folglich eine Drei-Jahresplanung für die Lagerverwaltung beinhaltet. Der Masterplan wurde 2016 erstellt.

Zusammenfassend sieht das Programm folgendes vor:

- ✓ Organisationsentwicklung: Definition von Verantwortungsträgern in unterschiedlichen Bereichen mit dem Ziel, Transparenz innerhalb dem eigenen Betrieb zu schaffen und Ansprechpartner auf alle Ebenen (Betrieb, Bezirk, KH und Sprengel) zu definieren.
- ✓ Prozessharmonisierung: Harmonisierung bestehender Prozesse und Erhebung von einheitlichen Kontrollindikatoren in den Bereichen Bedarfserhebung, Beschaffung und Verteilung, mit dem Ziel ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Ausgangssituation zu schaffen
- ✓ Prozessinnovation: Projektdossier mit dem Ziel, die Effizienz und Zuverlässigkeit der Materialwirtschaft zu steigern.

Hier wird das Diagramm der Vision des Projektes eingefügt und anschließend der Umsetzungsstand:

Die Vision des Projektes (Schlagwörter)

Organisationsentwicklung

- Zuständige Organisationseinheit
- Zentralisierung
- Koordinierung auf Betriebsebene

Prozessrevision

- Unterstützung der klinischen und Pflegeprozesse
- Beseitigung der Verschwendung
- Standardisierung und Vereinheitlichung
- *Lean* Prozesse
- Proaktive Verwaltung der Lieferanten

Technologien und Informatiksysteme

- Rückverfolgbarkeit
- Informatisierung (Verschreibung und Anfrage)

Lay-out und Organisation der Flächen

- Vereinheitlichung der Magazine

Der Umsetzungsstand 2017 stellte sich so dar:

Organisationsentwicklung

- ✓ die betriebliche Kommission für Medizinprodukte wird einen Katalog der Medizinprodukte erstellen;
- ✓ die zuständige Organisationseinheit, die Zentralisierung und die Koordinierung auf Betriebsebene sowie die Verantwortung für die Logistik werden in der Betriebsordnung geregelt.

Prozessrevision

- ✓ die Logistik der Medizinprodukte der Gesundheitsbezirke Bruneck und Brixen wurde innerhalb 2017 vereinheitlicht.

Technologien und Informatiksysteme

- ✓ 2017 sind alle IT Anlagen fürs neue Krankenhaus Bozen überprüft worden;
- ✓ 2018 wird durch beteiligte Gesellschaft SAIM voraussichtlich die klinische Patientenakte eingeführt werden.

Lay-out und Organisation der Flächen

- ✓ im Jahr 2017 sind die Archive von Meran und Bozen nach Auer verlegt worden;
- ✓ 2018 werden die beiden Lager von Meran und Bozen samt jenen der Apotheken vereint und nach Bozen verlegt werden.

Im Jahr 2018 wurde dieses Projekt im Hinblick eines neuen Organigramms, welches die Figur des Verantwortlichen für die Logistik vorsehen wird, ausgesetzt.

Wie unter dem Punkt Kontrollen angeführt, werden mit der Erstellung und Implementierung der vom PAC vorgesehenen Prozeduren bis zum Ende 2018/Anfang 2019 im Laufe des ersten Halbjahres 2019 die darin vorgesehenen internen Kontrollen aktiviert. Ende November 2018 war auch die Prozedur für die Verwaltung der Magazine in Ausarbeitung bzw. lag als Entwurf vor.

Entsorgung Medikamente, gefährliche Krankenhausabfälle und Infektmüll:

Der Sanitätsbetrieb führt die Entsorgung Medikamente, gefährliche Krankenhausabfälle und Infektmüll gemäß G.v.D. Nr. 152/2006 und DPR Nr. 254/2003 durch.

Die Abfälle werden unter Beachtung der Hygienevorschriften entsorgt. Für die Entsorgung der Zytostatika hat der Dienst für Krankenhaushygiene, Pharmazeutischer Dienst, Dienst für medizinische Onkologie ein Protokoll erstellt, welches die Regeln für die Zuständigen in dieser Phase klarlegt.

Ferner führt der Sanitätsbetrieb das Müllregister laut gesetzlichen Vorgaben.

Da der Sanitätsbetrieb festgestellt hat, dass für die Entsorgung der verfallenen Medikamente und der Rückstände, einzelne Ausschreibungen pro Gesundheitsbezirk erfolgt sind, wurde für das Jahr 2017 eine einheitliche Ausschreibung programmiert um diese Dienstleistung zu vergeben, wie bereits für die Entsorgung der gefährlichen Krankenhausabfälle und Infektmüll durchgeführt worden ist. Besagte Prozedur wurde 2017 eingeleitet.

Der aktuelle Stand dieses Risikobereich ist:

- ✓ im Dezember 2018/Jänner 2019 wird die Ausschreibung für die Entsorgung der verfallenen Medikamente ausgeführt;
- ✓ die nächste Ausschreibung für die Entsorgung der gefährlichen Krankenhausabfälle wird 2019 angesetzt werden mit Vertragsbeginn 01.02.2020 und Dauer von 3+2 Jahren, diese Prozedur wird von der AOV ausgeführt werden;
- ✓ die Ausschreibung für die Entsorgung der Laborflüssigkeiten wurde 2018 durchgeführt und zugeschlagen. Die Dienstleistung ist seit 01.08.2018 aktiv, die Vertragsdauer beträgt 2 Jahre und sieht die Möglichkeit der Verlängerung von 4 Monaten vor.

Informatisierung des Therapiezyklus:

Die Informatisierung des Prozesses der Verschreibung und Verabreichung von Medikamenten im Südtiroler Sanitätsbetrieb beschränkt sich zur Zeit auf zwei Abteilungen des Gesundheitsbezirks Bozen: die Abteilung Kardiologie mit 24 Betten und die Abteilung Innere Medizin mit 110 Betten. Das Projekt wurde 2008 gestartet mit dem Ziel die Verfolgbarkeit der Medikamente, von der ärztlichen Verschreibung bis hin zur Verabreichung am Patienten, zu gewährleisten.

Das Projekt sieht zur Zeit die Verwaltung des Medikamentenschranke der Abteilungen und die automatische Nachbestellung bei Bedarf über das Magazin Apotheke nicht vor, da die Software der Abteilungen nicht mit jener der Lagerverwaltung des Magazins der Apotheke integriert ist. Im Jahr 2018 wurden im Rahmen des Projektes Order Entry nachfolgende Prozesse modelliert und freigegeben, mit den dazugehörigen Verbesserungsplänen:

- Anfragen für Dienstleistungen der Radiologie;
- Anfragen von Konsulenzvisiten.

In den Budgetzielen BSC für das Jahr 2016, in Bezug auf die Optimierung des informatischen Systems und der Datenflüsse, war die Ausarbeitung eines Projekts zur Implementierung der Verfolgbarkeit der Medikamente auf Betriebsebene vorgesehen.

Unter den Zielen des IT-Masterplans ist nach wie vor die Erarbeitung eines Projekts hinsichtlich der vollständigen Rückverfolgbarkeit der Medikamente im Krankenhausbereich vorgesehen und man ist dabei, konkrete technische Umsetzungsmöglichkeiten hierfür zu begutachten.

Einführung von neuen Technologien:

Der Sanitätsbetrieb bemüht sich mit dem Assessorat Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen für die Ausarbeitung von Health Technology Assessment Reports (HTA) zur Einführung von neuen Technologien, Medikamenten, Heilbehelfen und Organisationsmodellen zusammenzuarbeiten. Die Kompetenz im Bereich HTA liegt bei der Autonomen Provinz Bozen, auf Antrag des Assessorates stellt der Sanitätsbetrieb Fachkenntnisse für die Definition von eventuellen HTA Reports zur Verfügung. Lang und mittelfristig besteht die gemeinsame Absicht zwischen der Autonomen Provinz Bozen und dem Sanitätsbetrieb eine Form der Zusammenarbeit, auch mit angrenzenden Regionen anzustreben, um die Entwicklung von Fachkompetenzen in der Ausarbeitung von HTA Reports zu fördern.

Verträge mit Sponsoren, Schenkungen und andere unentgeltliche Zuwendungen:

Die Geschäfte/Beziehungen zwischen den Bediensteten und den externen Firmen sowie den Sponsoren sind Bereiche die einem besonders hohen Risiko von mutmaßlichen Interessenkonflikten ausgesetzt sind.

Aufgrund der Legislativdekrete Nr. 502/1992 und 216/2006, sowie der Vereinbarung Staat-Regionen, muss aufgrund der Gesetzeslage jeglicher Event (Kurs, Kongress etc.), der mittels eines Sponsors angebotene oder produzierte Pharmaprodukte zum Inhalt hat, im Vorfeld durch die staatliche Agentur AIFA ermächtigt und vom Verhaltenskodex von „Farmindustria“ geregelt werden.

Aufgrund des Gutachtens des Nationalen Ethikrates vom 18.06.2006 spricht man im Gesundheitswesen von Interessenskonflikt wenn der Arzt, der ein Pharmaka nicht mehr aufgrund dessen Angemessenheit für eine gewisse Pathologie zum Schutz des Patienten wählt, sondern aufgrund des Einflusses durch die Pharmaindustrie zur Förderung eines Produkts in welches ihre Ressourcen investiert wurden. Das größte Risiko befällt den Referenten für ECM akkreditierte Weiterbildungsveranstaltungen oder jene Organisatoren die akkreditierte Fortbildungen mit ECM Punkten anbieten („Provider“) und bereits Handelsbeziehungen mit einer Pharmafirma führen, welche die Weiterbildung aus wirtschaftlichen Gründen in eine vorbestimmte Richtung steuern möchte.

Um die Risiken zu minimieren und in Anbetracht der Kriterien der Transparenz, Wirksamkeit und Gültigkeit hat der Sanitätsbetrieb 2017 einen ersten Vorschlag eines Betriebshandbuches über Sponsorenverträge und Schenkungen erarbeitet welches, in Erwartung seiner formellen Beschließung mittels Beschluss des Generaldirektors, diese Bereiche hinsichtlich eines einheitlichen und klaren Verfahrens im gesamten Betrieb mithilfe der Einführung einer Sicherheitskommission regelt und die potentielle Möglichkeit eines direkten Kontaktes zwischen dem bedienstetem Personal und einem Dritten (Sponsor oder Schenker) vorbeugen soll. Außerdem beinhaltet sind genaue Richtlinien zum potentiellen Interessenskonflikt mit Sponsoren (siehe Anlage I).

Im Jahr 2018 wurde eine neue betriebliche Regelung für Sponsorenverträge und Schenkungen ausgearbeitet, die das Ergebnis von Überprüfungen, Kontrollen und Vertiefungen eines Jahres mit einer beträchtlichen Anzahl an Strukturen und Spitzenführungskräfte des Betriebs war. Die definitive Version wurde mittels Mitteilung vom 13.11.2018 dem Verwaltungsdirektor vorgelegt und ist noch immer in Erwartung der Genehmigung seitens der Betriebsdirektion.

Für die genaue Risikoanalyse wird auf die Anlage I verwiesen.

Klinische Studien:

Das betriebliche Ethikkomitee für klinischen Studien mit Sitz im Gesundheitsbezirk Bozen wurde aufgrund des Dekrets des Gesundheitsministers vom 8 Februar 2013 mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 349 vom 20.12.2013 eingeführt, in welchem die Kriterien für die Zusammensetzung und die Aufgabenbeschreibung des Komitees festgeschrieben sowie insbesondere im Art. 3 die Unabhängigkeit der Mitglieder und die Vorbeugung von eventuellen Interessenskonflikten beschrieben werden. Auf Landesebene hat die Autonome Provinz diesen Bereich mit dem Dekret des Landeshauptmann Nr. 37 vom 18. November 2013 geregelt und die nationalen Vorgaben zur Gänze übernommen. Die Unabhängigkeit dieser Einrichtung wird durch die Vorgabe von mindestens einem Drittel externer Mitglieder gewährleistet, sowie von der Vorbeugung von Interessenskonflikten der Mitglieder bezüglich der vorgeschlagenen Studie. Diese müssen bei jeder Sitzung eine Selbsterklärung erlassen, mit welcher sie das Nichtbestehen von persönlichen wirtschaftlichen Interessen mit der Herstellerfirma von Pharmaka, Heilbehelfen oder anderer Technologien erklären. Die Mitglieder müssen auch die öffentliche Interessenserklärung unterschreiben, welche von AGENAS ausgearbeitet wurde und 2017 eingeführt wurde. Außerdem sind die Mitglieder verpflichtet sich von jenen Abstimmungen zu enthalten, in denen ein potenzieller Interessenskonflikt bestehen könnte (z.B. sanitärer Leiter derselben Abteilung in der die Studie durchgeführt wird). Die Mitglieder als Bedienstete des SB müssen diese Tätigkeit innerhalb der normalen Dienstzeit und ohne weitere wirtschaftliche Anerkennung erbringen. Die externen Mitglieder erhalten Anwesenheitsgeld so wie es von den Landesbestimmungen für die Kollegialorgane vorgesehen ist. Die klinischen Studien müssen auch während der Arbeitszeit durchgeführt werden und es ist keine eigene Vergütung dafür vorgesehen. Eventuelle Vergütungen von Seiten der Sponsoren der Studien fließen direkt in den Sanitätsbetrieb in einen Fond der betroffenen Abteilung (75%), in den Fond des pharmazeutischen Dienstes welcher sich um die Verteilung der Medikamente kümmert (5%) sowie in die Verwaltung/Sekretariat für die Deckung der laufenden Spesen (20%). Der Fond von Seiten der verschiedenen Dienste wird unter Befolgung der Betriebsregelung gemäß Beschluss vom 14.04.2015 (2015.A-000049) genutzt. Der größte Teil zirka 60% der Forschung die innerhalb des Betriebes durchgeführt wird, sind No Profit-Studien und werden direkt vom Sanitätsbetrieb finanziert. Mit dem neuen Leitfaden über Schenkungen und Sponsoren werden auch die mittels Sponsoren finanzierten klinischen Studien geregelt. Für eine detaillierte Risikoanalyse verweist man auf die Anlage I.

Ableben im Krankenhaus

In Italien wird eine große Anzahl von Ableben im Krankenhausbereich registriert und die Verwaltung der Leichenhallen ist wird entweder von internen oder externen Strukturen ausgeführt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wendet das DPR Nr. 285/1990 i.g.F. für die Abwicklung der Tätigkeiten bzgl. des Ablebens im Krankenhaus an. Außerdem beachtet letzter:

- ✓ R.D. 09.07. 39, n. 1238 "Ordinamento dello stato civile"
- ✓ DPR 10.09. 90, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria"
- ✓ Circolare Ministero della Sanità 24.06. 93, n. 24 "Regolamento di polizia mortuaria"
- ✓ LG 19.01.2012, Nr. 1 "Bestimmungen in den Bereichen Bestattungswesen und Feuerbestattung"
- ✓ Dekret des LH 17.12.2012, n. 46 "Durchführungsverordnung zum Landesgesetz in den Bereichen Bestattungswesen und Feuerbestattung"
- ✓ Circolare dell'Assessorato alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali 19.09.2013, Prot. n. 55.01.504923 "Disposizione in materia cimiteriale e di cremazione"
Gemeindeordnung über die Bestattungs- und Friedhofsdienste der Gemeinde Bozen, genehmigt mit Gemeindebeschluss Nr. 7 von 18.03.2014
- ✓ DM 15.12.1990, "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse"
- ✓ Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob del 12.02.2001
- ✓ DM 21.12.2001, Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb werden die Leichenhallen von den internen Bediensteten verwaltet (Krankenpfleger/Krankenschwester, Arzt/Ärztin, Krankentransporte, technische Mitarbeiter/innen der Abteilungen für Autopsie und Totengräber). Diese Bediensteten rotieren gemäß deren Turnusse. Diese Bediensteten sind darüber informiert, dass sie ihre Tätigkeit laut Prinzipien der Korrektheit, Gesetzmäßigkeit und Sittlichkeit durchführen müssen. Außerdem sind letztere darüber informiert, dass

sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit, laut Kodex der Dienst- und Verhaltenspflichten, keine Geschenke, Vergütungen oder andere Vorteile annehmen dürfen.

Im Falle eines Ablebens ist die Seelsorge vorgesehen.

Die Bestattungstätigkeit stellt, besonders im Hinblick auf Korruptionsfälle auf nationaler Ebene in denen öffentliche Bedienstete von Sanitätsbetrieben und externe Bestattungsunternehmen involviert waren, den risikoreichsten Bereich in diesem Zusammenhang dar.

Die Risiken bestehen grundsätzlich in der Möglichkeit einer Vermittlung zwischen den Bediensteten des Sanitätsbetriebes und externe Bestattungsunternehmen.

Dies vorausgeschickt, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb, den Aushang von Listen mit einer begrenzten Anzahl von Bestattungsunternehmen mit Rechtsitz im Bezirk des jeweiligen Krankenhauses abgeschafft.

Stattdessen werden jetzt den Angehörigen die öffentlichen Telefonbücher in Papierform (weiße Seiten) und/oder ein zentraler Internetzugang für die freie Suche eines Bestattungsunternehmens zur Verfügung gestellt. Folglich können die Angehörigen, ohne jede Interferenz des Personals des Sanitätsbetriebes, die Bestattungsunternehmen aussuchen.

Die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Risikos und dessen Auswirkung kann daher (im Sinne der Parameter gemäß Anlage Nr. 5 des NAKP (PNA)) als nicht wahrscheinlich/aufgehoben eingestuft werden.

Der Sanitätsbetrieb hatte programmiert, innerhalb des ersten Semesters 2017, eine einheitliche betriebsweite Prozedur bzgl. totenpolizeilicher Obliegenheiten und Versorgung der verstorbenen Personen zu verabschieden. 2017 hat der SB daher begonnen die betriebsweite Prozedur bzgl. totenpolizeilicher Obliegenheiten und Versorgung der verstorbenen Personen auszuarbeiten, hat das Verfahren jedoch im Hinblick auf die Verabschiedung eines neuen staatlichen Totenpolizeireglements ausgesetzt. Im Jahr 2018 wurde kein neues staatliches Totenpolizeireglement erlassen, daher konnte die Erneuerung der o.g. betriebsweiten Prozedur nicht vollinhaltlich vorgenommen werden.

Eingänge, Spesen und Vermögen

Man verweist auf die Anlage I.

Zuweisungen von Wohnplätzen und Unterbringung in Kindertagesstätten

Im Gesundheitsbezirk Bozen wird die Zuweisung der Wohnungen für das Personal gemäß des Landesbeschlusses Nr. 1344 vom 25.4.2005, revidiert durch den Beschluss der LR Nr. 1859 vom 22.11.2010 über die Bestimmung des Geförderten Wohnbaus – Festlegung der Kriterien für die Zuweisung der 150 Miniwohnungen mittels einer Eintragung des sanitären freiberuflichen oder bediensteten oder freiberuflichen Personals in eine chronologische Rangordnung gemäß des zeitlichen Eingangs der Anfrage verwaltet. Während der ehemalige Sanitätsbetrieb Bozen mit Beschlussniederschrift Nr. 2005-1797 vom 29.08.2005 die Vorzugskriterien aufgrund der einzelnen Berufsfiguren für die Erstellung einer Rangordnung des Personals mit Anrecht auf Zuweisung eines der 150 kleinen Wohnplätze auf dem Territorium von Seiten des Institutes für sozialen Wohnbaus des Landes Südtirols erstellt hat, wird dieser Aufgabenbereich seit Oktober 2017 von der Verwaltungsdirektion des Gesundheitsbezirkes Bozen verwaltet. Vorher wurde dieser Entscheidungsprozess vom Amt für allgemeine Angelegenheiten des GB Bozen verwaltet, welches nunmehr zum Betriebsamt für Versicherungsangelegenheiten innerhalb der neu erschaffenen Abteilung für Rechts- und allgemeine Angelegenheiten umgewandelt wurde. Die anderen 3 Gesundheitsbezirke nehmen keine Zuweisung von Unterbringungsmöglichkeiten von Personal vor.

Für die Risikoanalyse verweist man auf Anlage I.

Was die Zuweisung von Unterbringung von Kindern des Personals in KiTas betrifft, merkt man an, dass diese in den drei Gesundheitsbezirken Bozen, Meran und Brixen gemäß einer bezirksinternen Regelung über die Vorzugskriterien und Zugangsvoraussetzungen geführt werden. Es wird auf die institutionelle Seite des Sanitätsbetriebes unter dem Link des einzelnen Gesundheitsbezirkes verwiesen (<http://www.sabes.it/de/krankenhaeuser/>) um das Ansuchen herunterzuladen und die betreffende Regelung einzusehen. Der Gesundheitsbezirk Bruneck hat eine Konvention mit der Sozialgenossenschaft „Freunde der Kinder“ abgeschlossen, wo die benötigten Plätze eingekauft werden. Es werden zusätzlich 2010 ausgearbeitete Leitlinien angewandt.

VergabeprozEDUREN, betrieblicher Fuhrpark (Verwaltung und Wartung)

Im Jahr 2017 hat sich herausgestellt, dass einige spezifische Ankäufe, im Unterschied zur generellen Form von Vergabeverfahren, behandelt werden. Speziell wurde festgestellt, dass die Verwaltung der Wartungen des Fuhrparkes des Betriebs lokal d.h. mit einer autonomen Verfügbarkeit der Funktionen seitens der vier Gesundheitsbezirke gehandhabt wird. Der Gesetzgeber suggeriert den Vergabestellen die Anzahl der Ankaufstellen zu reduzieren. Der neue Kodex der Verträge, G.v.D. Nr. 50/2016, sieht im Art. 37 und Art. 38 die Gründung von zentralen Beschaffungsstellen und die Qualifizierung der Vergabestellen vor.

Die Ziele sind:

- ✓ Spesenrationalisierung unter Beachtung von Besonderheit und Qualität;
- ✓ Aufwertung der vorhandenen Ressourcen;
- ✓ Förderung der Innovation;
- ✓ Transparenz der Vergaben;
- ✓ Öffnung des Marktes und Aufwertung der Angebote und zwar unter Beachtung der mittleren und kleinen Betrieben (KMU);

Die kritischen Erfolgskriterien sind:

- ✓ Kompetenz;
- ✓ Digitalisierung der Prozesse;
- ✓ Austausch der Informationen;
- ✓ Beteiligung der sanitären Strukturen;
- ✓ Dialog mit den Anbietern/Wirtschaftsteilnehmern.

Ungeachtet der theoretischen Erwartungen, muss gesagt werden, dass die Zentralisierung der Vergaben generell und besonders im sanitären Bereich von vielen Normen vorgesehen ist, sogar bereits in den „Erwägungsgründen“ der Richtlinie EU 24/2014. Auf nationaler Ebene sieht, neben den Bestimmungen laut o.g. Kodex, auch Art. 9 des GD Nr. 66/2014 die Pflicht, für die zentralen und peripheren öffentlichen Verwaltungen, Regionen, regionalen Körperschaften und deren Konsortien und Vereinigungen, Körperschaften des nationalen Sanitätswesens (SSN), vor auf Plattformen wie CONSIP oder ähnliche zentrale Beschaffungsstellen für Vergaben von gewissen Kategorien von Gütern oder Dienstleistungen zurückzugreifen.

Es scheint daher notwendig diese Aufteilung im Betrieb zu prüfen.

Personalabteilung

In der Anlage I dieses Plans wurden einige Entscheidungsprozesse in der Verwaltung der Personalressourcen revidiert/überarbeitet, sei es in Bezug auf die Beschreibung der Risiken als auch in der Beschreibung der Gegenmaßnahmen, um weiter der schlecht geführten Verfahren und der „mala gestio“ entgegenzuwirken und die Prozessanalyse weiterhin zu vertiefen.

Bereich Einkäufe

Auch im Bereich Einkäufe, wurde die Anlage I sei es in Bezug auf die Risiken als auch in Bezug auf die zu implementierenden Maßnahmen weiterhin ausgearbeitet. Der Bereich Einkäufe im Gesundheitswesen ist wie bekannt Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit von Seiten der ANAC, des Gesundheitsministers und der AGENAS. Zu diesem Zweck hat der Plan 2016 einige Pflichtmaßnahmen übernommen um die Vorbeugung in diesem Sinne zu gewährleisten. Die Sektion II der Entscheidung Nr. 12/2015 (Aktualisierung des NAKP (PNA) (PNA) 2015) sieht die Auflistung weiterer Risikobereiche im Gesundheitswesen vor, welche weiter von den Sanitätsbetrieben vertieft werden müssen; in der Beschreibung dieser weiteren Bereiche, setzt ANAC bestimmte Vorsichtsmaßnahmen zum Schutz der Prinzipien von Gesetzesmäßigkeit und des Kodex der öffentlichen Ausschreibungen sowie der Richtlinien von ANAC zum Thema fest. ANAC hat in der Sektion VII des Beschlusses 831/2016 (NAKP (PNA) (PNA) 2016) weitere Gegenmaßnahmen vorgesehen: mit besonderem Nachdruck weist man auf die Verstärkung der Transparenz insbesondere im Bereich Einkäufe im Sanitätswesen hin (S. 86 des Beschlusses 831/2016) und schlägt die Mindestdaten laut ANAC gemäß Art. 3, Abs. 1-ter des gesetzvertretenden Dekretes Nr. 33/2013 abgeändert durch Gesetzesnovelle G.v.D. Nr. 97/2016 vor, aus welchem hier zitiert wird: „1-ter. *L’Autorità nazionale anticorruzione può, con il piano nazionale anticorruzione, nel rispetto delle disposizione del presente decreto, precisare gli obblighi di pubblicazione e le relative modalità di attuazione, in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte, ...*“.

3. Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen

3.1. Pflichtmaßnahmen

Bezüglich des externen Kontextes in dem der Südtiroler Sanitätsbetrieb seine Tätigkeit ausübt, wird angemerkt, dass laut einer im Jahr 2018 veröffentlichten ASTAT Studie über die Sicherheit hervorgeht, dass im Jahr 2016 in Südtirol 17.278 Straftaten von den Polizeikräften bei der Gerichtsbehörde zur Anzeige gebracht wurden. Das sind fast gleich viele wie im Vorjahr (+0,1%). Laut Angaben der ASTAT haben die Diebstähle, die fast die Hälfte der angezeigten Straftaten (49,4%) ausmachen, abgenommen (-2,8%). Gemäß der o.g. Erhebung wurden in Südtirol 33,1 Straftaten je 1000 Einwohner angezeigt, der entsprechende gesamtstaatliche Wert beträgt 41,0 Straftaten je 1000 Einwohner (siehe: http://www.provinz.bz.it/news/de/news.asp?news_action=4&news_article_id=612237).

Auf dem Gebiet der Autonomen Provinz Bozen sind die allgemeinen Grundsätze der Rechtmäßigkeit und Korrektheit in der allgemeinen Kultur der Einwohner verankert. Die Problematik der Korruption spiegelt sich demnach nicht häufig in der öffentlichen Meinung als absolute Priorität in der allgemeinen Debatte über die Reform der öffentlichen Verwaltung wider.

Dem Betrieb wurde im Jahr 2018 eine einzige Mitteilung mit Hilfe des „Whistleblowing“-Verfahrens zugesandt.

Im Jahr 2017 ist ein einziges Disziplinarverfahren wegen eines eventuellen Korruptionsfalles eingeleitet geworden. Im Jahr 2018 hingegen wurden vier hypothetische Fälle von Korruption registriert, die umgehend Gegenstand von Disziplinarverfahren geworden sind. In zwei Fällen haben die betroffenen Bediensteten aus eigenem Antrieb die Kündigung eingereicht. Im größten Fall, gekennzeichnet durch die Übergabe eines Geldumschlages (Video wurde von der Finanzpolizei veröffentlicht), wurde der Mitarbeiter fristlos entlassen. Der vierte Bedienstete, der in den vorhergenannten Korruptionsvorwürfen verwickelt war wurde, in Erwartung des Strafprozesses, in einen anderen Bereich versetzt. Die eingeleiteten Strafverfahren für die angeführten Episoden haben bis dato kein Ergebnis, außer in einem der beiden Fällen der freiwilligen Kündigung, in dem eine Strafzumessung auf Antrag der Parteien stattgefunden hat, ergeben.

Der Sanitätsbetrieb empfindet es als seine Pflicht, allen Empfehlungen von ANAC Folge zu leisten und eine Kultur der Rechtmäßigkeit und Integrität in allen Bereichen anzustreben und ein besseres Bewusstsein dieser Thematik anzuregen, um das Gemeingut noch optimaler zu verwalten und ein Verwaltungsmodell zu fördern, das von allen Seiten mitgetragen werden kann.

Was die gesetzlichen Quellen betrifft, die die Tätigkeit und die Organisation des SB regeln, so wird festgehalten, dass der Südtiroler Sanitätsbetrieb eine Hilfskörperschaft des Landes ist, er ist eine mit Verwaltungsautonomie ausgestattete Körperschaft des öffentlichen Rechts (LG Nr. 3/2017). Gemäß des Autonomiestatuts (D.P.R. 31 August 1972 Nr. 670) hat die Autonome Provinz Bozen die primäre Gesetzgebung in einigen Bereichen wie die Landesregelung, das Personal, die öffentlichen Bauten, die öffentlichen Verträge, sowie die Bereiche der Gesundheit und Hygiene (inbegriffen die Krankenhausbetreuung). Somit fallen einige Entscheidungsprozesse, die möglicherweise vom gegenständlichen AKTB als risikobehaftet eingestuft werden, in diese genannten Bereiche welche von grundlegenden Landesgesetzen geregelt werden. Der SB ist in 4 Gesundheitsbezirke aufgeteilt welche mittels seiner Außenstellen in den Einzugsgebieten der Städte Bozen, Meran, Brixen und Bruneck operativ tätig sind. Die Gesundheitsbezirke habe jene Funktionen über, die in Anlehnung an das Subsidiaritätsprinzip besser auf lokaler Ebene verwaltet werden können und verfügen über eine gewisse verwaltungstechnische und wirtschaftlich-finanzielle Eigenständigkeit.

Das Gesetz 190/12 (Art. 1, Absatz 9) sieht folgende Pflichtmaßnahmen vor (unabhängig vom konkret ermittelten Risikograd jedes Entscheidungsbereiches):

Informationspflicht gegenüber dem AKTB:

Um das Risiko möglicher korrupter Handlungen zu überwachen, müssen die betrieblichen Strukturen jederzeit Informationen über bestimmte Maßnahmen oder Tätigkeiten über etwaige relevante Tatbestände dem AKTB übermitteln. Weiters müssen die Abteilungsdirektoren und die ärztlichen Leiter einer komplexen Struktur dem AKTB über jeden signifikanten Sachverhalt informieren (z.B. auch die Einführung weiterer Kontrastmaßnahmen, Erhöhung des Risikos, usw.). Jedes Jahr teilen die Abteilungsdirektoren sowie die ärztlichen Direktoren, die das Amt des Direktors einer komplexen Struktur bekleiden, dem AKTB eventuelle wichtige Informationen mit

(zum Beispiel auch die Einführung von zusätzlichen Bekämpfungsmaßnahmen, eine Risikoerhöhung etc.).

In Bezug auf die Informationspflichten wird darauf hingewiesen, dass:

1. das Personal, das Anzeigen von internen oder externen Personen über korrupte oder rechtswidrige Vorfälle entgegen nimmt, muss unmittelbar dem AKBT darüber informieren;
2. es wird alle vier Monate dem AKBT ein Bericht über die Überprüfung und die Einhaltung der Vorgaben im Bereich Veröffentlichungspflichten übermittelt;
3. alle Führungskräfte sind angehalten, jegliche Abweichung, die in der mangelnden Durchsetzung des gegenständlichen Planes besteht, prompt anzuzeigen, und gleichzeitig die notwendigen Maßnahmen zu setzen, um diese zu beseitigen bzw., falls der Fall nicht in den eigenen Kompetenzbereich fallen sollte, die notwendigen Maßnahmen vorzuschlagen;
4. die Ansprechpersonen (Betriebsabteilungsleitern) müssen über die tatsächliche Durchführung und des Grades der Implementierung der Gegenmaßnahmen zur Vorbeugung der Korruption in ihrem Bereich zu informieren, indem auch eventuelle neue weitere Maßnahmen zur verschärften Vorbeugung vorgeschlagen werden;
5. jede Maßnahme, Rundschreiben oder Betriebsverordnung, welche auch nur geringfügig die Vorbeugung der Korruption und die Zunahme der Rechtmäßigkeit hat, muss vorab vom AKBT mit einem Sichtvermerk gezeichnet werden.

Überwachung der Beziehungen zwischen dem Sanitätsbetrieb und den Personen, mit denen der Sanitätsbetrieb Verträge abschließt:

Hierfür sind bereits verschiedene Kontrastmaßnahmen im Einsatz, zum Beispiel:

- a) die Betriebsordnung zur Regelung der Beschaffungen von Arbeiten, Lieferungen und Dienstleistungen unter der Wertschwelle;
- b) die Leitlinien für die Mitglieder der Prüfungsausschüsse;
- c) bei der Annahme des Auftrages erklären die Mitglieder der Prüfungsausschüsse das Nichtbestehen von Unvereinbarkeits- und Enthaltungsgründen, das Nichtbestehen von Interessenkonflikten in Bezug auf die Firmen, die beim Ausschreibungsverfahren teilnehmen;
- d) auf der Website des Betriebes – Transparente Verwaltung –, wurde 2017 die gesamte Sektion: Ausschreibungen und Verträge überarbeitet und die Veröffentlichungen gemäß G.v.D. Nr. 50/2016 i.g.F. und Rundschreiben AOV (Agentur für die Verfahren und die Aufsicht im Bereich öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge) Nr. 3/2016 vom 29.12.2016 bezüglich der Veröffentlichungspflichten und Transparenz der öffentlichen Verträge aktualisiert. Der Betrieb hat ferner angefangen die neuen Indikationen bzgl. der Transparenzpflichten der AOV (Agentur für die Verfahren und die Aufsicht im Bereich öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge) im Bereich öffentliche Verträge von Arbeiten, Lieferungen und Dienstleistungen aufzunehmen.

Ermittlung von zusätzlichen Transparenzpflichten

Man verweist vollinhaltlich auf die Sektion 4 „Dreijahresprogramm über Transparenz und Integrität“ dieses Planes. Der AKTB veröffentlicht auf der Website den Tätigkeitsbericht gemäß des von ANAC vorgegebenen Schemas zum Thema Antikorruption.

Aufgabenrotation: Im Jahr 2016 wurde diese Maßnahme mit mehr Nachdruck seitens der Referenten und dem Antikorruptionsbeauftragten bewältigt, obwohl die Probleme des Personalmangels mit Fachkompetenz im administrativen und sanitären Bereich weiter bestehen. Diese Maßnahme wird in Anwendung der Grundsätze von Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und schneller Abwicklung der Verwaltungstätigkeit gemäß Art. 1, 1. Absatz des Landesgesetzes 17/1993 in jenen Bereichen nicht angewandt, wo eine hohe Qualifikation und Spezialisierung der Arbeitskräfte, welche lange Jahre der Berufserfahrung im jeweiligen Bereich und eine fachspezifische Ausbildung voraussetzt, erforderlich ist. Die Verfügbarkeit von hoch qualifizierten Personal in sehr komplexen Arbeitsbereichen (wie z.B. im Bereich Einkäufe oder Personal) bildet eine der grundlegenden Maßnahmen zur Verbeugung von Korruption. Daher wird in diesen Bereichen von dieser Maßnahme abgesehen und auf andere Maßnahmen gesetzt. Das bedeutet allerdings nicht, dass in verschiedenen Bereichen die Aufgabenrotation nicht automatisch wirksam wäre. Zum Beispiel ist die Aufgabenrotation in den Wettbewerbskommissionen auf jeden Fall

wirksam, da in diesem Fall die Mitglieder aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und der beruflichen und fachlichen Voraussetzungen bei gleichzeitiger Einhaltung der Zugehörigkeit einer bestimmten Sprachgruppe sowie des Genders, vorweisen müssen und daher von selbst rotieren. Ferner wurde diese Thematik bereits im Rahmen einer Sitzung mit den Abteilungsdirektoren am 17.11.2016 diskutiert und am 29.11.2016 vertieft, wobei man sich auf eine mehrjährige graduelle Planung, unter Berücksichtigung der bereits in den Jahren angewandten Maßnahmen, geeinigt hat. In dieser Optik wurden im Anhang I des betrieblichen Antikorruptionsplanes 2016-2018 bereits für den Bereich Einkäufe zusätzliche Maßnahmen angeführt um das Korruptionsrisiko zu verringern. Es wird angemerkt, dass im Laufe des Jahres 2017 in der Abteilung Einkäufe jedenfalls zwei neue Amtsdirektorinnen aufgenommen worden sind, eine für das Amt für den Ankauf sanitärer Verbrauchsgüter und eine für das Amt für den Ankauf von pharmazeutischen Produkten. Zudem wird unterstrichen, dass gemäß dem Beschluss der LR Nr. 1226 vom 15.11.2016 seit 2016 Kontrollen über die Regelmäßigkeit seitens der Prüfstelle sog. Audit der Agentur für die Verfahren und die Aufsicht im Bereich öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge (AOV) durchgeführt werden. In den Jahren 2017 und 2018 hat die besagte Prüfstelle der AOV mehrere Prozeduren des Betriebs ausgelost und geprüft. Für einige Verfahren, die betriebsweite Relevanz haben, wird angedacht die Unterzeichnung der technischen Leistungsverzeichnisse und der Bewertungskriterien auch seitens der Sanitätsdirektion und der Pflegedirektion, bzw. seitens der Sanitätskoordinationen und Koordinierenden Pflegedienstleitern, einzuführen, in dieser Hinsicht hält man eine Einführung einer fortwährenden Struktur zur Unterstützung der Verfahrensverantwortlichen für die Erarbeitung der Leistungsverzeichnisse und der Bewertungskriterien erstrebenswert. Im Jahr 2017 hat letztlich der Gesundheitsbezirk Bruneck eine gemeinsame Ausschreibung für die Wartung der Feuerlöscher des Gesundheitsbezirkes Meran und Bruneck ausgeführt und angefangen das Verfahren für die Entsorgung der verfallenen Medikamente des gesamten Betriebes vorzubereiten, 2018 wurde auch eine Ausschreibung der die Entsorgung der Laborflüssigkeiten veranlasst. Der Gesundheitsbezirk hat den Auftrag für die Beratung der Hubschrauberlandeplätze von Bozen und Brixen vergeben. Der Gesundheitsbezirk Bozen hat 2017 hingegen die Dokumentation der Ausschreibung für die Lieferung von medizinischen Gas und die Wartung der diesbezüglichen Geräte vorbereitet. Wo es möglich war, ist die technische Abteilung Konventionen CONSIP oder Konventionen der Provinz beigetreten, z.B. Dienste für Verbindung, Strom, Telefonnetz und Mobilnetz. Außerdem fügt man hinzu, dass öfters das System MEPA für Ankäufe unter Euro 40.000,00 verwendet wird. Die Ausschreibungen für den Gesundheitsbezirk Meran werden vom Amt für Ausschreibungen Bozen und Meran mit Sitz im Gesundheitsbezirk Bozen ausgeführt und dem Amt für Verwaltungsangelegenheiten und Ausschreibungen Bruneck mit Sitz in Bruneck unterliegen die Ausarbeitung der Vorlagen und die Ausführung der Ausschreibungen für die Gesundheitsbezirke Bruneck und Brixen.

Letztlich wird ein interner Austausch der Aufgaben zwischen den Mitarbeitern der Leistungsämter vorgeschlagen. Im Pflegebereich liegen folgende Maßnahmen vor: Information und Schulung des Personals zum Thema Korruptionsvorbeugung; Regelung zur Turnusgestaltung; bei Hausbesuchen gilt die Regelung, dass das Personal die eigenen Verwandten nicht versorgt; Regelung zur Urlaubsplanung; Regelung für Ersatz von Personal bei Ausfällen und letztlich werden die Mitarbeiter/innen in regelmäßigen Abständen zum Thema Geschenk- und Geldannahmen sensibilisiert. Die beschriebene professionelle Distanz zum Patienten im Pflegebereich wird von den zuständigen Koordinatoren geprüft; ferner kontrollieren die Pflegedienstleiter die Koordinatoren z.B. bzgl. Arbeitszeit, Weiterbildung und Urlaubsplanung.

Es soll unterstrichen werden, dass im Jahr 2017 auf jeden Fall, eine sog. „faktische Rotation“ stattgefunden hat, da einige Führungskräfte in den Ruhestand getreten sind, andere versetzt worden sind und der Auftrag des Direktors der EDV Abteilung nicht mehr verlängert worden ist.

Im Jahr 2018 war die Thematik wieder Diskussionsthema im Betrieb, daraus kam hervor, dass immer noch eine natürliche Rotation des Personal in allen Bereichen gegeben ist, außerdem bemüht sich die Personalabteilung Maßnahmen der Aufgabenrotation einzuführen.

Schulung zu den Themen Ethik und Rechtmäßigkeit bezogen auf das gesamte Personal, insbesondere auf die Führungskräfte und die Bediensteten in den Risikobereichen und auf den Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten und seine engsten Mitarbeitern/innen:

Im Jahr 2015 waren alle Führungskräfte im Verwaltungsbereich verpflichtet, wenigstens eine Weiterbildung zum Thema Antikorruption, Transparenz, Unvereinbarkeit und Nichterteilung zu besuchen. Die Verpflichtung war auch in den Zielen für das Jahr 2016 festgelegt. Da die

Fortbildung über die Vorbeugung der Korruption fortwährenden und spezifischen Charakter haben muss wird für das Jahr 2019 die Fortsetzung der Weiterbildung laut betrieblichen Plan mittels In-House-Veranstaltungen programmiert, welche auf die Grundausbildung und inzwischen auch spezifische Ausbildung der Jahre 2014 bis 2018 aufbaut.

Das Weiterbildungsprogramm wird weiterhin in etwa folgende Aspekte vermitteln und vertiefen:

- a) die Gesetze über die Korruptionsvorbeugung;
- b) die gesetzlichen Auflagen;
- c) den Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption und Transparenz;
- d) die Aufgaben der Verantwortlichen und der Angestellten;
- e) die Verantwortungen;
- f) „Whistleblowing“;
- g) den Verhaltenskodex;
- h) die Transparenz- und Veröffentlichungsaufgaben;
- i) die „auch nur potenziellen“ Interessenskonflikte und die Enthaltungspflicht;
- j) der Straftaten gegen die Öffentliche Verwaltung;
- k) spezifische Themen für einzelne Bereiche;
- l) Neuerungen des Themenbereiches.

Die Fortbildung hat zum Ziel, die Bediensteten über die Politik, die Programme und bestehenden Instrumente zur Förderung von Ethik und Rechtsmäßigkeit zu informieren.

Die Weiterbildung muss der persönlichen Kenntnislage und der Funktion eines jeden Angestellten sowie der Rolle, die der Bedienstete in der Vorbeugung der Korruption inne hat, angepasst sein.

Die Weiterbildung im Jahr 2017 hatte sich anfänglich vorwiegend an die sanitären Berufsgruppen gerichtet, im Laufe des Jahres wurde diese aber auch auf die Führungskräfte im Pflegebereich ausgedehnt. Im Zuge des Jahres 2017 hat der Betrieb dreizehn Weiterbildungskurse zum Thema Antikorruption, Transparenz und Integrität für die Führungskräfte aus den sanitären Bereichen, Pflegebereich und den Mitarbeitern der Verwaltung veranstaltet. Die Veranstaltungen fanden in allen vier Gesundheitsbezirken statt und sind auf reges Interesse gestoßen. Die genannten Fortbildungen wurden in Grundkurse, Aufbaukurse und Workshops gegliedert und fanden in den Monaten zwischen Mai und November 2017 statt. Die Aufbaukurse und Workshops wurden besonders vom Verwaltungspersonal genutzt, um die bisherigen Kenntnisse zu vertiefen. Hingegen haben die Bediensteten im sanitären und Pflegebereich mehr Interesse für die Grundkurse manifestiert. Für den nächsten Dreijahresraum sind weitere Grund- und Aufbaukurse zu den genannten Themen geplant und programmiert, wobei auch die Option einen Basiskurs zu den Themen Korruptionsvorbeugung, Transparenz als auch Datenschutz für alle Bediensteten anzubieten angedacht wird.

Mit Beschluss Nr. 2017-A-000568 vom 29.12.2017 hat der Sanitätsbetrieb den Weiterbildungsplan 2018 genehmigt.

Zwischen April und Dezember 2018 wurden elf Fortbildungskurse für das gesamte Personal aus allen Bereichen zu den Themen Korruptionsprävention, Verantwortungen in Sanitätsbetrieben, Transparenz und Rechtmäßigkeit abgehalten. Bei diesen Gelegenheiten hat man versucht die klassischen Themen zu vertiefen als auch die letzten Neuerungen der Materie vorzutragen. Die Veranstaltungen haben wie gewohnt in jedem Gesundheitsbezirk stattgefunden und waren gut besucht.

Zudem hat der Betrieb, angesichts der Neuheiten im Bereich Datenschutz EU-VO Nr. 679/2016, vier zusätzliche Basiskurse zu den Themen Korruptionsvorbeugung, Transparenz und Datenschutz organisiert. Diese Veranstaltungen wurden halbtägig abgehalten um auch den Bedürfnissen der Teilzeitarbeit Genüge zu tun und fanden wie üblich in jedem einzelnen Gesundheitsbezirk statt.

Mit Beschluss Nr. 728 vom 27.12.2018 hat der Sanitätsbetrieb den neuen Weiterbildungsplan für das Jahr 2019 genehmigt.

Der Betrieb prüft künftig daneben die Ausarbeitung eines online Kurses, um eine größere Anzahl an Teilnehmern/innen zu erreichen.

Der **betriebliche Verhaltenskodex** ist ein wesentlicher Bestandteil dieses Plans und bildet eine der grundlegenden Maßnahmen in der Anwendung der Vorbeugungsstrategien gegen Korruption, gemäß der Vorgaben des NAKP (PNA). Der Verhaltenskodex wurde im Jahr 2014 (Beschluss des Generaldirektors Nr. 117 vom 01.07.2014) genehmigt. Dieser wird jedem Bediensteten bei seiner Einstellung bzw. bei einem neuen Vertragsabschluss übergeben; ebenso wird er im Internet und auf den Anschlagtafeln betriebsweit veröffentlicht. Im Kodex der Dienst- und Verhaltenspflichten sind die Bestimmungen zur Förderung der Korruptionsprävention enthalten. Im Kodex ist die ausdrückliche Pflicht verankert, dass alle Bediensteten diesen Plan Folge leisten müssen; dessen Missachtung wird unter disziplinarrechtlicher Verantwortung geahndet.

Enthaltung im Falle eines Interessenkonfliktes und Meldung der potenziellen Interessenskonflikte an die Führungskraft / an den Antikorruptions- und

Transparenzbeauftragten bei disziplinarischer Verantwortung: Der Artikel 1, Absatz 41 des Gesetzes 190/2012 hat den Art. 6 bis des Gesetzes 241/1990, welches die Verwaltungsverfahren regelt, über die Regelung des Interessenskonfliktes eingeführt. Aufgrund dieser Bestimmung müssen sich die Direktoren, Führungskräfte, Verfahrensverantwortliche, Verantwortliche für die Vertragsausführung sowie alle Bediensteten der Ämter, die für Inspektionen, Kontrollen und Sanktionen zuständig sind sowie Bewertungen vornehmen und auf jeden Fall alle Bediensteten, Mitarbeiter, Berater, im Falle eines Interessenskonfliktes enthalten und gleichzeitig dem eigenen hierarchisch übergeordneten Vorgesetzten jegliche auch nur potenzielle Konfliktsituation melden. An dieser Stelle wird auf die Artikel 8 und 9 des Verhaltenskodex verwiesen, wo die spezifischen Pflichten, an die sich die Bediensteten halten müssen, aufgelistet sind.

Am 15.11.2013 hat der Direktor der Personalabteilung des Sanitätsbetriebs allen Bediensteten die betrieblichen Leitlinien über die Unvereinbarkeit der Aufträge sowie das Verfahren zur Erlangung der Genehmigung zur außerinstitutionellen Arbeit und außerhalb der Arbeitszeiten gemäß den vom Kollektivvertrag vorgesehenen Kriterien zur Kenntnis gebracht.

Zum Thema Interessenkonflikt und Unerteilbarkeit wird hinzugefügt: am 21.03.2016 hat der AKTB eine offizielle Informationsmitteilung allen Führungskräften des Betriebes zukommen lassen, um aufgrund des Urteils des oberen Staatsrates Nr. 5583/2014 und des Beschlusses von ANAC Nr. 149/2014 zu klären, dass die Mitteilungen über das Nichtvorhandensein der Unerteilbarkeit des Auftrages und über die Unvereinbarkeit desselben gemäß Art. 20 des Legislativdekretes Nr. 39/2013 i.g.F. nur von den Organen der höchsten Führungsebene abgegeben werden müssen (dazu gehören: Generaldirektor, Sanitätsdirektor, Verwaltungsdirektor, Pflegedirektor und die Bezirksdirektoren).

Daraus ergibt sich dass die Ersatzerklärungen des Notariatsaktes nicht mehr zum Zeitpunkt der Beauftragung oder der Erneuerung derselben noch jährlich innerhalb des 31. Januar erfolgt. Dies vorausgeschickt, wurden zwei Vorlagen erarbeitet. Die erste für die Ersatzerklärung gemäß D.P.R. vom 28.12.2000 Nr. 445 i.g.F. bezüglich der Ausübung von Beauftragungen oder Bekleidung von Ämtern in privaten Körperschaften die durch die öffentliche Verwaltung geregelt oder finanziert werden oder bezüglich der Ausübung von Berufen die gemäß Art. 15, 1. Abs. Buchstabe c) des Legislativdekretes Nr. 33/2013 i.g.F. (Anlage A) geregelt werden. Die zweite Vorlage betrifft hingegen die Mitteilung über eine eventuelle Mitwirkung an Aktien oder anderen finanziellen Interessen welche die Führungskraft in einen mit der öffentlichen Funktion stehenden Interessenskonflikt führen könnte, und daher mitteilen muss, ob sie Verwandte oder Schwägerte innerhalb des 2. Grades, sowie Ehemann/frau hat (Anlage B). Außerdem wird die Führungskraft angehalten, alle wichtigen Informationen über ihre wirtschaftliche Stellung sowie die jährliche Steuererklärung darzulegen.

Die Anlagen A und B werden ausgefüllt und von der Führungskraft bei der Beauftragung oder Erneuerung derselben mitgeteilt. Die höchste Führungsebene muss jedes Jahr die oben beschriebenen Vorlagen ausfüllen und abgeben.

Auch in diesem Bereich werden die Veröffentlichungspflichten eingehalten. Im Jahr 2018 wurde ein neues Informationsschreiben ausgearbeitet und der Abteilung Personal aktuelle Anlagen für die o.g. Eigenerklärungen zur Verfügung gestellt.

Fälle der Unerteilbarkeit: Jenen, die wegen einer Straftat gegen die öffentliche Verwaltung verurteilt wurden (auch bei nicht rechtskräftig gewordener Verurteilung), ist es untersagt, im

Rahmen des Sanitätsbetriebs Führungsaufgaben zu erteilen und an Wettbewerbs- oder Ausschreibungsausschüssen teilzunehmen. Ebenfalls untersagt ist es, Arbeitstätigkeiten bei privaten Körperschaften zu erbringen, die im Zusammenhang mit vorher bei der öffentlichen Verwaltung durchgeführten Tätigkeiten stehen (sogenannter „Drehtür-Effekt“). Es ist außerdem verboten, Personen Aufträge zu erteilen, die aus vom Sanitätsbetrieb finanzierten Körperschaften des privaten Rechts stammen, oder jenen, die Mitglieder von politischen Organen waren.

Schutz des Bediensteten, der Rechtswidrigkeiten meldet (sogenannter „Whistleblower“) gemäß Art. 54-bis Lgs.D. 165/2001: im Jahr 2014 wurde ein Vordruck für die Anzeige auf der Grundlage des durch ANAC ausgearbeiteten Formular erarbeitet und im Internet unter dem Link „Transparente Verwaltung“ „andere Inhalte“ „Korruption“ für deren Verwendung veröffentlicht. Das Formular wurde mittels Rundschreiben Nr. 3 vom 23.07.2014 allen Bediensteten zur Kenntnis gebracht. Dieses Anzeigeverfahren wahrt die Garantie des Schutzes der Anonymität, des Verbots der Diskriminierung sowie des Rechts auf die Ausschließung der Meldung vom Aktenzugang. 2017 wurde der Vordruck laut Angaben des von ANAC überarbeiteten Modells angepasst. Die Vordrucke, die eine namentliche oder anonyme Meldung ermöglichen, sind auf der institutionellen Internetseite www.sabes.it unter „transparente Verwaltung“ „andere Inhalte“ abrufbar.

Die Implementierung eines informatischen Systems für die gegenständliche Meldung, wie vom AKTB mehrmals im Jahr 2018 beantragt, die geeignet ist mittels informatischen Modalitäten im Einklang mit den Richtlinien der ANAC die Vertraulichkeit der Identität des Melders zu schützen, wurde aufgrund der Zweisprachigkeitspflicht in der Provinz Bozen komplexer als anfänglich gedacht. Das Projekt wird daher im Jahr 2019 fortgeführt, um die möglichen Anpassungen von Softwaresystemen der ANAC selbst und/oder anderer öffentlichen Verwaltungen zu analysieren.

Vertragsabschluss: In der Phase des Vertragsabschlusses sowie in der Phase der Vertragsdurchführung ist es den Bediensteten des Sanitätsbetriebs ausdrücklich verboten, auf die Mediation Dritter zurückzugreifen oder jemandem Vorteile für die Vermittlung zu gewähren oder zu versprechen, weder zur Erleichterung des Vertragsabschlusses noch zur Erleichterung der Vertragsdurchführung.

Die Bediensteten des Südtiroler Sanitätsbetriebes enthalten sich, Vergabe-, Liefer- und Dienstleistungsverträge und Finanzierungs- oder Versicherungsverträge mit Gesellschaften abzuschließen, mit welchen der Bedienstete in dem vorhergehenden Zweijahreszeitraum jegliche private Verträge abgeschlossen oder Nützlichkeiten erhalten hat, mit Ausnahme jener Verträge, die gemäß Art. 1342 des ZGB abgeschlossen wurden und jene von geringem Wert, wie im nachfolgendem Absatz spezifiziert, wenn dem Bedienstete aus diesem Verhalten ein Vorteil (wirtschaftlicher oder anderer Natur) erwachsen ist. In diesem Fall muss der Bedienstete sich enthalten, die Tätigkeiten bezüglich der Ausführung der öffentlichen Vergabe auszuführen, und darüber ein schriftliches Protokoll verfassen und dieses an den hierarchisch übergeordneten Vorgesetzten adressieren.

Der/die Bedienstete, der Geschäfte oder private Verträge, mit Ausnahme derer die gemäß Art. 1362 des ZGB abgeschlossen werden, mit natürlichen Personen oder privaten Rechtspersonen abschließt, mit welchen er in der vorhergehenden Zweijahresperiode für den Sanitätsbetrieb, Vergabe-, Liefer- und Dienstleistungsverträge, Finanzierungs- oder Versicherungsverträge abgeschlossen hat, muss den hierarchisch übergeordneten Vorgesetzten schriftlich darüber informieren, wenn es sich um gewichtige Geschäftsabwicklungen handelt, die den normalen und täglichen Gebrauch und Bedarf überschreiten. Es sind daher jene Geschäfte von dieser Informationspflicht ausgenommen, die geringen Wert aufweisen, wie z.B. Einkäufe um den normalen Haushaltsbedarf abzudecken (z.B. täglicher Einkauf der Lebensmittel, Einkauf von Haushaltsgegenständen, Einkauf von Kleidern und Medikamenten u.ä.).

Der Bedienstete, der mündliche oder schriftliche Vorhaltungen von natürlichen oder juristischen Personen erhält, die an Verhandlungsverfahren mit dem Sanitätsbetrieb teilnehmen, hat seinen hierarchischen Vorgesetzten darüber zu informieren.

Jährliche Berichterstattung: Im Sinne von Art. 1, Absatz 14 des Gesetzes 190/2012 erstellt der AKTB innerhalb der vorgesehenen Frist den jährlichen Tätigkeitsbericht über die in diesem DPKPT enthaltenen Maßnahmen mittels eines durch ANAC ausgearbeiteten Vordrucks.

3.2. Zusätzliche Maßnahmen

Neben der Pflichtmaßnahmen führt dieser Plan zusätzliche allgemeine Gegenmaßnahmen zur Vorbeugung gegen das Korruptionsrisiko ein:

- das Verbot für alle Bediensteten für sich oder andere Geschenke oder andere Vorteile anzunehmen, mit Ausnahme derer mäßigen Wertes und die im Rahmen der gängigen Höflichkeitsgepflogenheiten üblich sind (Art. 6 des Verhaltenskodex);
- Einführung der öffentlichen Interessenserklärung von Seiten der Berufsausübenden des Gesundheitsdienstes, der Erklärung der finanziellen Interessen, der Erklärung über die Teilnahme auf Einladung bei von Dritten organisierten Events, der Erklärung der Teilnahme bei der Organisation von Events die von Dritten gesponsert werden und eines Vordrucks für die Bekanntgabe der erhaltenen Geschenke, 2017 für das Ethikkomitee und 2018 für die Arzneimittelkommission und Kommission für Medizinprodukte eingeführt;
- Im Jahr 2016 wurde der erste Performance Plan 2017-2019 verabschiedet, welcher ein Bewertungssystem der Führungskräfte auf der Basis vorgeschlagener Ziele zum Thema Vorbeugung Antikorruption und Gewährleistung der Rechtmäßigkeit als zusätzliche Maßnahme zur Stärkung der Transparenz und Integrität vorgibt. Im Jahr 2017 wurde der Performance Plan 2018-2020 verabschiedet. 2018 wurde der Performanceplan 2019-2021 genehmigt. Die Pläne sind auf der betrieblichen Homepage in der Sektion Transparente Verwaltung veröffentlicht;
- In Bezug auf die nach Beendigung des Dienstverhältnis ausgeführte Tätigkeit ("revolving doors – Drehtüreffekt"):
 - a) Einführung der Klausel in den Arbeitsvertrag, die das Verbot für die Bediensteten einführen, die in den vorhergehenden drei Jahren autoritative oder geschäftliche Funktionen für den Betrieb inne hatten, für die Empfänger der in der öffentlichen Verwaltung geleistete Tätigkeit für die darauffolgenden 3 Jahre nach der Beendigung des Dienstverhältnisses zu arbeiten;
 - b) Bei Beendigung des Dienstverhältnisses einen Vermerk jenen Bediensteten aushändigen, die in den vorhergehend drei Jahren die Abwicklung von autoritativen und geschäftlichen Beziehungen für den SB inne hatten, mit der sie über die Pflicht informiert werden, dass sie nach Beendigung des Dienstverhältnis in den darauffolgenden drei Jahren, kein neues Dienstverhältnis oder andere berufliche Tätigkeit bei Privaten annehmen oder anbieten können, welche Empfänger der unter ihrer entscheidenden Mitwirkung erlassenen Verwaltungsmaßnahmen oder Vertragspartner des SB waren (G. 190/2012);
 - c) Der Betrieb als Organisation und die einzelnen Akteure halten sich an das Prinzip der Angemessenheit als Grundsatz für die Leistungserbringung für den Bürger, insbesondere im Bereich der Verschreibung und Konsum von Pharmaka, Heilbehelfen u.ä. In Zukunft plant der Betrieb dieses Thema in der Weiterbildung zu vertiefen;
 - d) Der Betrieb gewährleistet den Schutz der persönlichen und sensiblen Daten, und schützt die Würde der Person und die Vertraulichkeit der Datenverarbeitung. In diesem Sinne hat der SB Weiterbildungen zum Thema veranstaltet, die Anpassung des Datenschutzes an die Verordnung 2016/679 des Europarlamentes und des Europarates vom 27 April 2016, die Einführung der elektronischen Patientenakte und eines Monitoring-Accountability-Systems.

Weitere spezifische Gegenmaßnahmen in Bezug auf die einzelnen Risikobereiche sind in der Anlage I aufgelistet.

4. Dreijahresprogramm für die Transparenz und Integrität

4.1. Die wichtigsten Neuheiten

Dieses Kapitel führt die vorwiegenden Tätigkeiten zur Umsetzung der Transparenzvorschriften an, die im Laufe des Jahres 2018 erbracht wurden:

- a) der Betrieb war bestrebt die Qualität der Veröffentlichungen der Daten gemäß G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. zu verbessern;
- b) der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte hat ein informationsschreiben bzgl. der Ausführungen bzgl. der Anwendung des Art. 14 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. - Veröffentlichungspflichten betreffend Inhaber von politischen Aufträgen, administrativen Aufträgen, Führungsaufträgen und von leitenden Beamten, wie vom G.v.D. Nr. 97/2016 i.g.F. abgeändert, ausgearbeitet;
- c) es wurden die Eigenerklärungen laut Art. 14 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. überarbeitet;
- d) es wurden die Eigenerklärungen laut Art. 15 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. überarbeitet;
- e) der Sanitätsbetrieb hat die technische Implementierung der Veröffentlichungspflichten gemäß Art. 23, Abs. 1 G.v.D. Nr. 33/2013 und Art. 1, Abs. 16 G. Nr. 190/2012 angestrengt, um ab 2019 im Einklang mit den normativen Vorgaben, die zu publizierenden Daten, laut Betreff semestral filtern zu können;
- f) es wurde der interne Informationsfluss verbessert;
- g) es wurde die Bestandsaufnahme und die Analyse der Nutzung der bestehenden Datenbanken und Programme fortgeführt, um eventuelle Möglichkeiten der Automatisierung bei der Entstehung der Daten, Informationen und Dokumente, die von der Transparenzbestimmung vorgeschrieben sind, zu erarbeiten;
- h) es wurde der Ankauf einer Software für die Verwaltung der Transparenzvorschriften forciert;
- i) es wurde alle vier Monate die Überwachung der Veröffentlichungspflichten vorgenommen, um den Programmumsetzungsstand (Mai, August und Dezember 2018) festzustellen;
- j) der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte hat die Referenten regelmäßig an die Veröffentlichungsfristen erinnert;
- k) der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte hat gekreuzte Stichprobenkontrollen zwischen den auf der betrieblichen Transparenzseite in der Sektion Ausschreibungen und Verträge veröffentlichten Datensätzen und den im Portal der ANAC publizierten Daten durchgeführt und die Ergebnisse den zuständigen Referenten mitgeteilt;
- l) in der Untersektion „Andere Inhalte - Weitere Daten“ wurde die Übersichtstabelle der Zugriffe auf die Seiten der Sektion „Transparente Verwaltung“ des Zeitraumes 1. Dezember - 31. Dezember 2018 veröffentlicht;
- m) auf der betrieblichen Homepage wurden die neuen Kontakte der Datenschutzsteuerungsgruppe (zusammengesetzt aus Datenschutzreferentin und Data Protection Officer/DPO) veröffentlicht,
- n) der Betrieb hat die notwendigen Informationen für die Durchführung von informatischen Zahlungen an die Verwaltung (Art. 36 des Leg.-Dekr. 33/2013) publiziert;
- o) der Betrieb hat angefangen die neuen Indikationen bzgl. der Transparenzpflichten der AOV (Agentur für die Verfahren und die Aufsicht im Bereich öffentliche Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge) im Bereich öffentliche Verträge von Arbeiten, Lieferungen und Dienstleistungen aufzunehmen;
- p) es wurde damit begonnen das Dreijahresprogramm für Transparenz und Integrität 2019-2021 hinsichtlich der Genehmigung des Programms innerhalb 31. Jänner 2019 zu überarbeiten und zu aktualisieren;
- q) mit einigen Referenten haben Sitzungen zum Thema Transparenzpflichten stattgefunden;
- r) 2018 wurde eine im Jahr 2017 eingeführte neue Methode der internen Protokollierung implementiert, letztere hat ermöglicht ein semestrales Register der Zugänge zu erarbeiten und zu

- veröffentlichen, welches die Aktenzugänge, Bürgerzugänge und allgemeinen Bürgerzugänge enthält. Dieses Register wird 2019 Gegenstand von Verbesserungen sein;
- s) im Jahr 2018 haben Weiterbildungstreffen stattgefunden, um die praktische Umsetzung der vorgenannten Protokollierung zu erläutern;
 - t) es wurde eine Regelung für die Aktenzugänge ausgearbeitet.

4.2. Erarbeitung und Annahme des Programms

4.2.1 Die von den Führungsorganen in den Leitdokumenten gesetzten strategischen Transparenzziele

Die strategischen Ziele, die sich der Betrieb auch für den Dreijahreszeitraum 2018-2020 gesetzt hat, sind im Wesentlichen die der vorhergehenden Programme und dienen der Umsetzung einer offeneren öffentlichen Verwaltung durch einen besseren Zugang zu allen Daten, zu den Informationen über die Organisation, zum Verwaltungsablauf, zur Ressourcennutzung für die Abwicklung der institutionellen Funktionen sowie für die Erzielung der Ergebnisse. Der Betrieb erachtet, dass diese Ziele die Dienste für die Bürger verbessern, aber auch die Kontrollmöglichkeiten der Stakeholder (Interessenträger) in Bezug auf das Handeln des Betriebes, erhöhen werden.

Mit diesem Programm setzt sich der Betrieb die folgenden strategischen Ziele:

- ✓ den Bürgern die effektive Kenntnis der vom Betrieb angebotenen Dienste zu sichern (Merkmale und Arten der Erbringung);
- ✓ das Vertrauensverhältnis zu den Bürgern stärken;
- ✓ die Beziehung zu den Bürgern vereinfachen, durch das Verbessern der Anhörprozesse;
- ✓ eine direkte Beziehung zwischen dem Betrieb und den Bürgern fördern;
- ✓ die Daten zugänglicher und nutzbarer machen;
- ✓ mit den eingeleiteten Transparenzmaßnahmen die Rechtmäßigkeit der betrieblichen Handlungen gewährleisten und Rechenschaft über die Korrektheit und Wirksamkeit der angenommenen Akte/Maßnahmen ablegen;
- ✓ eine „verbreitete“ Kontrolle der Tätigkeit des Betriebes ermöglichen;
- ✓ den Sinn der Zugehörigkeit und die Motivation der Bediensteten durch die Einrichtung eines guten Kommunikationssystems zwischen allen Personen des Betriebes stärken.

4.2.2 Bewertung des Grads der Erreichung der zugeteilten Ziele

Alle Führungskräfte des Betriebes werden nach den ihnen zugeteilten Zielen bewertet. Die Bewertung ist ein Verfahren zum Monitoring und Erheben des Grads der Erreichung der zu Jahresbeginn von jeder Führungskraft mit dem eigenem Bewerter verhandelten Ziele.

Der Bewertungsprozess gliedert sich in folgenden Phasen:

- Verhandlung der Ziele zu Jahresbeginn zwischen dem Bewerteten und dem Bewerter;
- eventuelle Revision der zugeteilten Ziele im Falle von Umständen, die eine neue Zielsetzung oder die Planung von neuen Ziele erforderlich machen;
- Bewertung im Dialog zwischen dem Bewerteten und dem Bewerter - mit Zuweisung eines Prozentsatzes, an den der Leistungslohn gebunden ist.

Man verweist auf Absatz 2.3. der sich auf das zukünftige interne Kontrollsystem des Südtiroler Sanitätsbetriebes bezieht.

4.2.3 Art der Einbindung der Stakeholder und Ergebnisse dieser Einbindung

Der Betrieb fördert die Einbindung der Stakeholder und sammelt Feedbacks (Kommentare/Anregungen) über die Nützlichkeit und Vollständigkeit der veröffentlichten Daten sowie über die etwaigen Beanstandungen und eingegangenen Anregungen im Hinblick auf einen ständigen Prozess der Aktualisierung, Verbesserung und Überwachung der Wirksamkeit des Programms und zur Gewährleistung des Grundsatzes der Nutzbarkeit der veröffentlichten Daten und Informationen. Die Beziehungen zu den

Stakeholdern kennzeichnen sich durch Transparenz und loyale Zusammenarbeit. Sie werden vorwiegend von der Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen gepflegt.

Durch die Ermittlung der internen und externen Stakeholder können die verschiedenen Interessen angemessen repräsentiert und es können bewusste Entscheidungen getroffen werden. Die vom Betrieb ermittelten wichtigsten Stakeholder sind:

- Bürger;
- Patienten/Nutzer/Familienangehörige;
- Bedienstete;
- Gewerkschaftsorganisationen;
- Betriebsräte;
- Verbände;
- Unternehmen/Lieferanten;
- Medien;
- Autonome Provinz Bozen;
- Berufsverbände des Gesundheitswesens;
- Hausärzte und Kinderärzte freier Wahl;
- konventionierte Einrichtungen.

Die zur Einbindung der Stakeholder ergriffenen Maßnahmen sind:

- Organisation und Abwicklung der internen und externen Kommunikation (z. B. Verbreitung und Aktualisierung der Charta der Dienste; Instandhaltung und Aktualisierung der betrieblichen Website und des Intranets; betriebliche E-Mail-Adresse; zertifizierte E-Mail-Adresse (PEC); Organisation von Betriebsevents; Pflege des Betriebsimage; Betriebszeitschriften; Patientenbroschüren usw.);
- Fragebogen zur Sektion "Transparente Verwaltung";
- Bearbeitung der Beschwerden/Anregungen;
- Pflege der Beziehungen zu den Volontariatsverbänden, Patientenverbänden und anderen Vereinigungen;
- Tage der Transparenz;
- Verwaltung der Beziehungen zu den Medien (Pressemitteilungen; Pressekonferenzen usw.).

4.2.4 Erstellung und Annahme

Der Prozess der Erstellung und der Umsetzung des Programms wickelt sich in drei Phasen, die miteinander verbunden sind, ab. Für jede Phase werden die teilnehmenden Strukturen, die jeweiligen Rollen und die Verantwortlichkeiten festgelegt.

Zur Förderung und Koordinierung des Prozesses der Erstellung und Annahme des Programms tragen bei:

1. die Generaldirektion, die den Prozess einleitet und die Tätigkeiten zur Aktualisierung des Programms lenkt;
2. der Antikorruptions- und Transparenzbeauftragte, der für die Aktualisierung des Programms auf der Grundlage der von den einzelnen mit einbezogenen operativen Einrichtungen gelieferten Daten sorgt; seine Aufgabe ist es, an der Ermittlung, Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten und Informationen teilzunehmen, die für die Gewährleistung des transparenten Handelns des Betriebes erforderlich sind.

Gegenständliches Programm legt die Transparenzpflichten fest, die in den Zuständigkeitsbereich des Betriebes fallen; außerdem ermittelt es die einzelnen operativen Einrichtungen des Betriebes, die in verschiedener Eigenschaft in die Veröffentlichung der Daten und Informationen mit einbezogen sind.

Der Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption und Transparenz sowie sämtliche Aktualisierungen werden laut Gesetz vom Generaldirektor auf Vorschlag des Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten

genehmigt und in der eigens dafür vorgesehenen Sektion auf der betrieblichen Website veröffentlicht. Seit der Entscheidung der ANAC Nr. 12 vom 28.10.2015 und Entscheidung Nr. 831 vom 03.08.2016 ist das Transparenzprogramm eine eigene Sektion im Dreijahresplan zur Vorbeugung der Korruption und Transparenz.

4.3. Maßnahmen zur Verbreitung der Transparenz

4.3.1 Kommunikationsmaßnahmen und -mittel zur Verbreitung des Programminhaltes und der veröffentlichten Daten

Die Maßnahmen zur Verbreitung der Transparenz sind im Wesentlichen Tätigkeiten der Förderung und Verbreitung des Programminhaltes und der veröffentlichten Daten.

Die Instrumente/Maßnahmen sind:

- **Website des Betriebes:** sie ist für den Betrieb das wichtigste und unmittelbarste Instrument der Kommunikation nach außen; die Website liefert nützliche Informationen zur Organisation und Verwaltung des Betriebes, zu dessen Einrichtungen, zu den angebotenen Diensten und den jeweiligen Zugangsweisen;
- **MySabes (betriebliches Intranet):** das Intranet ist eines der Instrumente, das der Betrieb für die Kommunikation mit seinen Bediensteten verwendet (z. B. zur Veröffentlichung der Lohnstreifen, zur Bekanntmachung der betrieblichen Initiativen, als Austauschplattform für Arbeitsgruppen-Dokumente usw.);
- **Betriebliche E-Mail-Adresse:** die sogenannte betriebliche E-Mail ist ein effizientes, schnelles und sicheres Mittel, mit dem der Betrieb Rundschreiben, Informationen und Meldungen die das Personal betreffen verbreiten kann;
- **Zertifizierte E-Mail-Adressen (PEC);**
- **Charta der Gesundheitsdienste:** Mittel, das die nötigen Informationen für den Zugang zu den vom Betrieb erbrachten Dienstleistungen enthält und das die Rechte und Pflichten der Bürger darlegt;
- **Patientenbroschüren:** sie liefern nützliche Informationen über den Zugang zu den Einrichtungen des Betriebs und zu den angebotenen Diensten;
- **Betriebszeitschrift (ONE):** periodisch veröffentlicht der Betrieb diese Zeitschrift mit Informationen zur Betriebsorganisation, zu Initiativen und Events;
- **Sonderseite in den örtlichen Tageszeitungen:** periodisch schaltet der Betrieb Spezialseiten zum Gesundheitswesen in den örtlichen Tageszeitungen, um neue Dienste zu fördern oder besondere Initiativen oder Arbeitsgruppenprojekte von gemeinschaftlichem Interesse bekannt zu machen;
- **Fortbildungsplan und Ad-hoc-Schulungen der Bediensteten** zum Thema Transparenz und Integrität;
- **Sitzungen mit den Referenten:** zum Austausch über das Thema Transparenz im Betrieb;
- **„Tage der Transparenz“.**

4.3.2 Organisation und erwartete Ergebnisse der „Tage der Transparenz“

Diese Tage stellen einen der Momente dar, in denen der Grundsatz der Mitbeteiligung und der Transparenz besonders deutlich zum Ausdruck kommt. Sie sind eine Gelegenheit der Gegenüberstellung und des Anhörens und lassen zwei der grundlegenden Transparenzziele verfolgen:

- Beteiligung der Bürger/stakeholder, um die Informationen von konkretem Interesse für die Nutzer/Gemeinschaft zu ermitteln;
- Miteinbeziehung der Bürger/stakeholder in die betriebliche Tätigkeit, um die Qualität der Dienste und die soziale Kontrolle zu verbessern.

Die Tage stellen den richtigen Anlass dar, um das Programm angemessen zu erläutern und um einen Überblick über die Betriebstätigkeit, die Ressourcen, die erbrachten Dienstleistungen, die „Erfolgsmethode“ (sog. Best Practice) und die erlangten Ergebnisse u.ä. zu liefern.

Der Betrieb hat am 2. November 2015 den 1. Tag der Transparenz abgehalten, an dem der Dreijahresplan der Korruptionsvorbeugung 2015-2017, die Sektion „Transparente Verwaltung“ und die Untersektionen von größerem Interesse, internen als auch externen Subjekten des Betriebes vorgestellt wurden. Außerdem wurde die große Herausforderung der Vereinbarkeit der Transparenzbestimmungen und Veröffentlichungspflichten mit der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen dargelegt.

Der Betrieb hat im Jahr 2016, keinen spezifischen Transparenztag veranstaltet, da man beschlossen hat, diese Tagung im Programm der Veranstaltung zum Thema Datenschutz, welche am 30.11.2016 stattgefunden hat, einfließen zu lassen. Die Zusammenfassung dieser Veranstaltung wurde in der Sektion „Transparente Verwaltung“, Untersektion „Andere Inhalte“, Untersektion „Weitere Daten“ veröffentlicht.

Am 04.12.2017 hat der 2. Tag der Transparenz stattgefunden, an dem die Neuigkeiten des Dreijahresplanes der Korruptionsvorbeugung 2018-2020, die Sektion „Transparente Verwaltung“ mit dem Schwerpunkt Bürgerzugang, internen als auch externen Subjekten des Betriebes erläutert wurden. Außerdem wurde über das Thema Datenschutz im Südtiroler Sanitätsbetrieb referiert und der Performance-Plan vorgestellt.

Die Berichte zum 1. und 2. Tag der Transparenz sind in der Sektion „Transparente Verwaltung“, Untersektion „Andere Inhalte“, Untersektion „Weitere Daten“ zugänglich.

4.4. Programmumsetzungsprozess

4.4.1 Ermittlung der für die Erstellung, Übermittlung, Veröffentlichung und Aktualisierung der Daten verantwortlichen Einrichtungen

In der Tabelle, Anlage Nr. 2, auf welche ausdrücklich hingewiesen wird, wie in den vorherigen Programmen, sind die Veröffentlichungspflichten gemäß G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F., Beschluss der Italienischen Antikorruptionsbehörde Nr. 50/2013 und der dazugehörigen Richtlinien beschrieben. Die Tabelle enthält grundsätzlich:

- die Fristen für die Aktualisierung der Daten und Informationen;
- die für die Erstellung, Aktualisierung und Übermittlung der Daten verantwortliche Einrichtung;
- die für die Veröffentlichung verantwortliche Einrichtung.

Die Führungskräfte der verantwortlichen Struktur für die Erstellung, Aktualisierung und Übermittlung der Daten übernehmen außerdem die volle und ausschließliche Verantwortung über die Richtigkeit, Vollständigkeit, Fristmäßigkeit der Übermittlung der Daten, sei es im Falle von direkter Veröffentlichung, sei es im Falle von Übermittlung der Daten an die verantwortliche Struktur für die Veröffentlichung, außer bei ausdrücklicher Delegation, die dem AKTB mitzuteilen ist.

Der AKTB übt die eigenen Koordinierungsfunktionen sowie die entsprechende Überwachung der Tätigkeiten der vorstehenden Führungskräfte der verantwortlichen Strukturen für die Erstellung, Aktualisierung und Übermittlung der Daten, mittels folgender Modalitäten aus:

- Mitteilungen, Informationen und operative Anweisungen, vorrangig durch bzw. mit vereinfachten Modalitäten verbreitet, z.B. Sitzungen mit den Abteilungsdirektoren auf Betriebsebene und Verwaltungskordinatoren sowie elektronischem Schriftverkehr;
- die Zurverfügungstellung der viermonatlichen Überwachung des Programmumsetzungsstandes der Veröffentlichungspflichten zur Ermittlung eventueller fehlender, unvollständiger Daten und Informationen oder für welche Änderungen notwendig sind betreffend die Zugänglichkeit, Verständlichkeit und/oder Format der Veröffentlichung und folglich auch zur konstanten und graduellen Verbesserung der Transparenz der Tätigkeit des Betriebes;
- Organisation und Supervision der spezifischen internen Arbeitsgruppen;
- Zurverfügungstellung von Material und Unterlagen von besonderem Interesse für die Verpflichtungen betreffend die einzelnen Untersektionen (Gutachten, Aufklärungen, FAQ sowie jeder weitere rechtliche, technische und methodologische Unterstützung);

- Darstellung des Ergebnisses des von den Besuchern ausgefüllten Fragebogens zur Bewertung der Sektion „Transparente Verwaltung“;
- jegliche andere als adäquat erachtete Modalität, um die eigenen Koordinierungs- und Überwachungsfunktionen auszuüben.

4.4.2 Referenten für die Transparenz

Der Betrieb und insbesondere der Verantwortliche für die Transparenz und Korruptionsvorbeugung behalten sich das Recht vor, in der Folge die betrieblichen Referenten für die Transparenz zu ernennen, vorwiegend unter den Abteilungsdirektoren auf Betriebsebene.

4.4.3 Organisatorische Maßnahmen zur Gewährleistung der Ordnungsmäßigkeit und Fristmäßigkeit der Informationsflüsse

Der Betrieb ergreift zur Erfüllung der Transparenzvorschriften, wie für die vorhergehenden Jahre, die folgenden Maßnahmen:

- a) Analyse und eindeutige Definition - für jede Veröffentlichungspflicht - des Inhaltes und der Form der Datendarstellung, die nach präzisen Bedingungen der Vollständigkeit, der Klarheit und Nutzbarkeit erfolgen muss;
- b) Neubewertung, für jede Veröffentlichungspflicht, der Möglichkeit, ob die Dokumente, Informationen und Daten direkt von jener Einrichtung veröffentlicht werden sollen, die für die Sektion/ Untersektion verantwortlich und mit der Erstellung und Aktualisierung beauftragt ist, oder ob sie von der Abteilung Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen veröffentlicht werden;
- c) Vereinfachung des Veröffentlichungsprozesses durch die Aktivierung (bei Möglichkeit) von automatischen Veröffentlichungsflüssen;
- d) ständige Anpassung der Sektion „Transparente Verwaltung“ der betrieblichen Website an die geltende Gesetzgebung;
- e) Verschiebung der bereits auf der betrieblichen Website vorhandenen Informationen in die Sektion „Transparente Verwaltung“ nach erfolgter Datenbestandsanalyse;
- f) Ergreifen von Maßnahmen zur Erhebung des Zufriedenheitsgrads der Nutzer in Bezug auf die Zugänglichkeit, Klarheit und Verwendbarkeit der veröffentlichten Daten, um eine ständige Miteinbeziehung der Bürger zu gewährleisten und den Betrieb bei der Gewährleistung der Informationsqualität zu unterstützen;
- g) Planung von Schulungsinitiativen über die Transparenz.

4.4.4 Maßnahmen zur Überwachung und Aufsicht über die Umsetzung der Transparenzpflichten zur Kontrolle der Pflichterfüllung durch den Verantwortlichen für die Transparenz und Korruptionsvorbeugung

Die Überwachung und das Audit über die Programmumsetzung werden von betriebsinternen Beauftragten vorgenommen, um die progressive Durchführung der geplanten Tätigkeiten und die Erreichung der Ziele zu überprüfen.

Die Überwachung erfolgt in der Regel alle vier Monate und betrifft den Programmumsetzungsprozess; dabei werden die Tätigkeiten durchleuchtet, die Abweichungen vom ursprünglichen Programm sowie eventuelle, für die Erreichung der Ziele neu geplante Aktionen angegeben.

4.4.5 Instrumente und Techniken zur Ermittlung der effektiven Datennutzung in der Sektion „Transparente Verwaltung“ durch die Nutzer

Zur Ermittlung des Interesses der Bürger an den auf der betrieblichen Webseite veröffentlichten Daten hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Jahr 2014 mittels Google Analytics die technischen Funktionen aktiviert, um die Zugriffe in der Sektion „Transparente Verwaltung“ und die einzelnen Untersektionen zu überwachen. Die Ergebnisse der Zugriffe auf die Seiten von größtem Interesse („Top Ten“) werden jährlich veröffentlicht und detailliert aufgelistet: Seitenaufrufe, eindeutige Seitenaufrufe, Absprungrate, Prozentanteil der Ausstiege.

Der Betrieb hat auf der betrieblichen Website einen Fragebogen für die Besucher der Sektion veröffentlicht, um Elemente zur effektiven Nutzung der veröffentlichten Daten, zur Zufriedenheit mit den Informationen sowie zur Klarheit des Informationsinhaltes zu sammeln. Dies, damit der Betrieb die nötigen Verbesserungen anbringen kann.

4.4.6 Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang

Vorausgeschickt, dass man unter:

- „dokumentalen Aktenzugang“ den Aktenzugang gemäß V Titel des Gesetzes Nr. 241/1990 i.g.F. versteht;
- „Bürgerzugang“ den Aktenzugang laut Art. 5, Abs. 1 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. versteht, welcher sich auf die Dokumente bezieht, welche laut gesetzlichen Vorgaben der Publikationspflicht unterliegen;
- „allgemeinen Bürgerzugang“ den Aktenzugang laut Art. 5, Abs. 2 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. versteht.

Dies alles vorausgeschickt wird nachstehenden auf den Bürgerzugang und allgemeinen Bürgerzugang eingegangen:

Bürgerzugang

Der Bürgerzugang ist laut Art. 5, Abs. 1 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. ein Recht, welches von jeder Bürgerin/jedem Bürger ausgeübt werden kann, um Informationen und Daten, welche von der öffentlichen Verwaltung nicht gemäß dem oben genannten gesetzestretenden Dekret veröffentlicht worden sind, zu beantragen. Die Anfrage ist kostenlos und kann ohne Angabe einer Begründung ausgeübt werden, indem das Antragsformular an den Verantwortlichen für die Transparenz und die Korruptionsvorbeugung übermittelt wird.

Der Verantwortliche für die Transparenz und die Korruptionsvorbeugung wird die Anfrage an den/die zuständigen Verantwortliche/n weiterleiten und den/die Antragsteller/in darüber informieren. Der Verantwortliche wird innerhalb von 30 (dreißig) Tagen das Dokument, die Information oder die angefragten Daten publizieren und den/die Antragsteller/in über die Veröffentlichung informieren mit Angabe des entsprechenden Links.

Bei verspäteten Veröffentlichungen oder nicht erfolgter Mitteilung, kann sich der/die Antragsteller/in an den Inhaber der Ersatzbefugnis gemäß Art. 5, Abs. 4 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F. wenden. Die Adressen für die Einreichung des Antrags auf Bürgerzugang sind in der Sektion „Transparente Verwaltung“, Untersektion „Andere Inhalte - Bürgerzugang“ angegeben.

Allgemeiner Bürgerzugang

Gemäß G.v.D. Nr. 33/2013, abgeändert durch das G.v.D. Nr. 97/2016, ist die Transparenz als vollständige Zugänglichkeit der in der öffentlichen Verwaltung befindlichen Daten und Dokumente zu verstehen. Diese Daten und Dokumente unterliegen dem sog. allgemeinen Bürgerzugang, einschließlich jener die gemäß der geltenden Gesetzgebung der zwingend vorgeschriebenen Veröffentlichung unterliegen.

Der allgemeine Bürgerzugang ist grundsätzlich zum Recht für alle geworden, Zugriff auf die in der öffentlichen Verwaltung befindlichen Daten und Dokumente zu erlangen, unter Wahrung des Schutzes bezüglich der rechtlich relevanten Interessen.

Jeder kann das Ansuchen ohne Begründung am allgemeinen Bürgerzugang einreichen und muss die angeforderten Angaben der Daten, Informationen oder Dokumente genau angeben. Der Antrag kann an die Verwaltung entweder in Papierform oder telematisch eingereicht werden.

Gemäß Art. 5 bis), Abs. 1 und 2 des G.v.D. Nr. 33/2013 i.g.F., ist der allgemeine Bürgerzugang nicht möglich, wenn eine konkrete Beeinträchtigung des Schutzes der öffentlichen Interessen besteht, in Bezug auf:

- a) die öffentliche Sicherheit und die öffentliche Ordnung;
- b) die nationale Sicherheit;

- c) die Verteidigung und die militärischen Angelegenheiten;
- d) die internationalen Beziehungen;
- e) die Politik und die finanzielle und wirtschaftliche Stabilität des Staates;
- f) die Anstellung der Ermittlungen über Verbrechen und ihre Verfolgung;
- g) die ordnungsmäßige Durchführung von Inspektionstätigkeiten.

Der allgemeine Bürgerzugang ist auch ausgeschlossen, wenn eine konkrete Beeinträchtigung des Schutzes einer der folgenden privaten Interessen besteht:

- a) der Schutz der personenbezogenen Daten gemäß geltenden Bestimmungen in diesem Geltungsbereich;
- b) die Freiheit und Geheimhaltung der Korrespondenz;
- c) die Wirtschafts- und Handelsinteressen einer natürlichen oder juristischen Person, einschließlich des geistigen Eigentums, Urheberrechte und Geschäftsgeheimnisse

Das Ansuchen für den allgemeinen Bürgerzugang kann theoretisch an folgende Ämter gerichtet werden:

- a) Amt wo sich die Daten, die Informationen oder die Dokumente befinden;
- b) Amt für Bürgeranliegen;
- c) an den Verantwortlichen der Prävention der Korruption und der Transparenz, im Falle, dass sich das Ansuchen auf Daten, Informationen oder Dokumente bezieht, die der Veröffentlichungspflicht gemäß G.v.D. Nr. 33/2013 unterliegen;
- d) ein weiteres, von der Verwaltung angegebenes Amt, aufrufbar in der Webseite, unter der Sektion "Transparente Verwaltung": Verantwortlicher für den Bürgerzugang.

Der Zugang kann aus ausdrücklichen Gründen zum Schutz der öffentlichen und privaten Interessen verweigert werden.

Für den Fall, dass die Verwaltung Drittbetroffene des Verfahrens ausfindig macht, ist sie verpflichtet, diesen die Mitteilung des eingereichten Antrages des Zuganges zukommen zu lassen. Die Drittbetroffenen können innerhalb von 10 (zehn) Tagen ihre begründete Gegenstellungnahme einreichen.

Das Verfahren muss mit einer ausdrücklichen und begründeten Maßnahme innerhalb von 30 (dreißig) Tagen nach der Einreichung abgeschlossen werden.

Im Falle einer vollständigen oder teilweisen Verweigerung des Zugangs oder falls der/die Antragsteller/in innerhalb von 30 (dreißig) Tagen keine Antwort erhält, kann der/die Antragsteller/in ein Ansuchen um Überprüfung beim Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten vorlegen. Auch die Drittbetroffenen des Verfahrens, im Falle einer Ablehnung des Zuganges, können das Ansuchen beim Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten einreichen.

Gegen die Entscheidung oder, im Falle eines Überprüfungsantrages, gegen der Entscheidung des Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten, kann der Antragsteller Rekurs beim Verwaltungsgericht der Region einreichen.

Die Informationen und Adressen für die Einreichung des Antrags auf allgemeinen Bürgerzugang sind in der Sektion „Transparente Verwaltung“, Untersektion „Andere Inhalte - Bürgerzugang“ angegeben.

Dies vorausgeschickt, hat der Betrieb bereits im Jahr 2016 die neuen Regeln der Aktenzugänge eingeführt, und die Applikation der eigenen Webseite aktualisiert. Im Jahr 2017 hingegen hat sich der Betrieb an den Angaben laut Rundschreiben Nr. 2/2017 des Ministeriums der Vereinfachung und Öffentlichen Verwaltung orientiert und folglich das Register der allgemeinen Bürgerzugänge laut Gesetz eingeführt. Das genannte Register wurde auf der betrieblichen Transparenzseite in der Sektion „Transparente Verwaltung“, Untersektion „Andere Inhalte - Bürgerzugang“ veröffentlicht.

Der Sanitätsbetrieb hat wie im Vorjahr programmiert ein System für die Sammlung und Registrierung der dokumentalen Aktenzugänge, Bürgerzugänge und allgemeinen Bürgerzugänge eingeführt. Im Jahr 2018 konnte dann konkret eine neue Methode der internen Protokollierung implementiert werden, welche es erlaubte ein semestrales Register der Zugänge, also der dokumentalen Aktenzugänge, Bürgerzugänge und allgemeinen Bürgerzugänge zu erstellen und zu veröffentlichen. Das besagte Register wird 2019 Gegenstand von Verbesserungen sein.

4.5. Zusätzliche Daten

Der Betrieb hat in der Sektion „Transparente Verwaltung“, Untersektion „Andere Inhalte - Weitere Daten“ die Übersichtstabelle der Zugriffe auf die Seiten der Sektion „Transparente Verwaltung“ und die Berichte über die Tage der Transparenz und den Tag zum Thema Datenschutz veröffentlicht.

Ferner hat der Sanitätsbetrieb in einigen Sektionen zusätzliche Daten zur Verfügung gestellt z.B. Inhaber von Führungsaufträgen in Spitzenpositionen und Verwaltungstätigkeiten und Verfahren.

Der Betrieb behält sich die Möglichkeit vor, weitere Daten zu ermitteln und zu veröffentlichen.

5. Kontrolle der Maßnahmenimplementierung

Der Plan legt das folgende System für die Überwachung der Implementierung der Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen fest: aufgrund der erfolgten Modellierung der Entscheidungsprozesse in den Pflichtbereichen, sowie der im selben Zuge erhobenen Risikoanalyse wurde die Auflistung der bereits vorhandenen Kontrastmaßnahmen sowie die Planung weiterer Maßnahmen zur Bekämpfung der Korruption fortgeführt (es wird auf die Anlage I verwiesen, in welcher in den Tabellen die Indikatoren, die Fristen, die Verantwortlichen und die Überprüfung der Durchführung angegeben sind). Die Umsetzung der programmierten Antikorruptionsmaßnahmen, welche im Jahr 2018 erhoben worden sind, wurden gemäß der Programmierung von Seiten der Referenten unter Vorbehalt der organisatorischen und gesetzlichen Neuerungen überprüft.

6. Risikomanagement

Das Risikomanagement umfasst alle vom AKTB koordinierten Tätigkeiten für die Minderung und Kontrolle der Risiken.

Das Risikomanagement erfolgt durch eine korrekte Planung; das Hauptinstrument dazu ist der Dreijahresplan.

Der gesamte Risikomanagementprozess erfordert die Einleitung von Beratungsmechanismen mit den Führungskräften aller Zuständigkeitsbereiche. Für die Ermittlung, Analyse und Risikogewichtung wird die Möglichkeit überprüft, eigene und spezifische Arbeitsgruppen einzurichten, um einen realistischen und produktiven Vergleich zu gewährleisten.

2015 und 2016 wurde die Modellierung der Entscheidungsprozesse und die Risikoanalyse in den sog. Pflichtbereichen und den o.g. Bereichen vorgenommen. Nach den Phasen der Prozessmodellierung und der Risikobeurteilung für jeden Prozess zielt die Arbeit der Verwaltung in dieser Phase auch auf die konkrete Risikobehandlung ab (mittels eines Informationssystems, durch die Implementierung der Bekämpfungsmaßnahmen, durch die Miteinbeziehung der Führungskräfte, Arbeitsgruppen, Verbände und Gewerkschaften, etc.). 2017 wurden die gesamten Entscheidungsprozesse überprüft. Im Jahr 2018 wurden neue Prozesse und Subprozesse modelliert und alle bereits erhobenen Entscheidungsprozesse geprüft.

7. Aktualisierung des Plans

Der vorliegende Plan ist ein dynamisches Programmierungsdokument das jährlich:

- a) bei Einführung von Bestimmungen, die zusätzliche Pflichterfüllungen auferlegen;
- b) bei Einführung von Bestimmungen, die die institutionellen Zwecke der Verwaltung ändern;
- c) beim Auftreten neuer Risiken, die bei der Erarbeitung des Plans nicht vorhanden waren;
- d) bei Einführung von neuen Leitlinien oder Richtlinien durch die Italienische Antikorruptionsbehörde;

aktualisiert wird.