

DREIJAHRESPLAN ZUR KORRUPTIONSPRÄVENTION UND TRANSPARENZ 2020-2022

INHALT

Verwendete Akronyme	4
VORWORT	5
a) Rechtsvorschriften	5
b) Der Begriff Korruption	6
c) Grundinstrumente zur Korruptionsprävention	6
d) Der DPKPT	6
Einführung: Organisation und Rolle des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen	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 Sanitätsbetriebes	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	46
3.1. Pflichtmaßnahmen	46
3.2. Zusätzliche Maßnahmen	52
4. Dreijahresprogramm für die Transparenz und Integrität	53
4.1. Die wichtigsten Neuheiten	53
4.2. Erarbeitung und Annahme des Programms	54
4.2.1 Die von den Führungsorganen in den Leitdokumenten gesetzten strategischen Transparenzziele	54
4.2.2 Bewertung des Grads der Erreichung der zugeteilten Ziele	54
4.2.3 Art der Einbindung der Stakeholder und Ergebnisse dieser Einbindung	55
4.2.4 Erstellung und Annahme	55
4.3. Maßnahmen zur Verbreitung der Transparenz	56
4.3.1 Kommunikationsmaßnahmen und -mittel zur Verbreitung des Programminhaltes und der veröffentlichten Daten	56
4.3.2 Organisation und erwartete Ergebnisse der „Tage der Transparenz“	57
4.4. Programmumsetzungsprozess	57
4.4.1 Ermittlung der für die Erstellung, Übermittlung, Veröffentlichung und Aktualisierung der Daten verantwortlichen Einrichtungen	57
4.4.2 Referenten für die Transparenz	58
4.4.3 Organisatorische Maßnahmen zur Gewährleistung der Ordnungsmäßigkeit und Fristmäßigkeit der Informationsflüsse	58
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	58
4.4.5 Instrumente und Techniken zur Ermittlung der effektiven Datennutzung in der Sektion „Transparente Verwaltung“ durch die Nutzer	58
4.4.6 Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang	59
Bürgerzugang	59
Allgemeiner Bürgerzugang	59
4.5. Zusätzliche Daten	61
5. Kontrolle der Maßnahmenimplementierung	62
6. Risikomanagement	63
7. Aktualisierung des Plans	64

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)
C.I.V.I.T	Unabhängige Kommission für die Bewertung der Transparenz und Integrität der ÖV
O.I.V.	Unabhängiges Bewertungsorgan (Organismo Indipendente di Valutazione)
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
G.v.D.	Gesetzesvertretendes Dekret
G.D.	Gesetzesdekret
BPM	Business Process Management
GB	Gesundheitsbezirk
SB	Sanitätsbetrieb

VORWORT¹

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 Unterteilbarkeit 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.

Der nationale Antikorruptionsplan (PNA) 2019, mit Beschluss ANAC 1064 vom 13. November 2019 genehmigt, richtet seine Aufmerksamkeit auf den allgemeinen Teil des Planes, indem er alle bisher vorgelegten Informationen überprüft und in einem einzigen Leitfaden konsolidiert und sie in die im Laufe der Zeit entwickelten Leitlinien integriert, vorbehaltlich spezifischer Rechtsakte.

¹ In Übereinstimmung mit den Leitlinien des Europäischen Parlaments zur Geschlechtsneutralität in der Sprache wird festgelegt, wie die Verwendung von männlichem Bezug auf Personen und Berufe als neutral zu verstehen ist.

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 – Allgemeine Bestimmungen - 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 2020-2022 enthält die Modellierungen und Überprüfungen der Entscheidungsprozesse die während des Jahres 2019 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. für den GB Bozen - Zentralkrankenhaus Bozen;
2. für den GB Meran - Schwerpunktkrankenhaus Meran und Grundversorgungs Krankenhaus Schlanders;
3. für den GB Brixen – Schwerpunktkrankenhaus Brixen und Grundversorgungs Krankenhaus Sterzing;
4. für dem GB Bruneck - Schwerpunktkrankenhaus Bruneck und Grundversorgungs Krankenhaus 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.

In Folge, mit Beschluss der Landesregierung vom 29. November 2016 Nr. 1331 wurde der Landesregierungsplan 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 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 Budget</i>	<i>Strategie Planung Steuerung</i>	<i>Geschäftsführung Umsetzung</i>

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb delegiert die klar definierte territoriale Leistungserbringung an alle 4 Gesundheitsbezirke.

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 (siehe: Beschluss n. 717 vom 20. Dezember 2018)

Wie aus dem Performance Plan des Betriebes 2019-2021 hervorgeht, beschreibt die Betriebsordnung die Organisation und die Funktionsweise (Funktionsorganigramm) des Südtiroler Sanitätsbetriebes; es definiert das strategische Umfeld des Unternehmens, sein Funktionsmodell und die Aspekte der Betriebsführung.

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.

Im Hinblick auf den IT-Masterplan wurde der aktuelle IT-Masterplan (IT-Masterplan 2016-2018) im Jahr 2019 weiter umgesetzt und die Erstellung des neuen IT-Masterplans 2020-2022, bearbeitet und in Kürze abgeschlossen.

Darüber hinaus, auch dank der operativen Unterstützung der SAIM (Beteiligte Gesellschaft), die die IT-Abteilung bei ihrer Arbeit unterstützt, führt diese zahlreiche Aktivitäten durch, unter anderem

- ✓ 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;

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 2017 wurde das Handbuch für Prozessmanagement im Betrieb eingeführt, dieses gibt einen Überblick über das einheitliche Prozessmanagement im Südtiroler Sanitätsbetrieb und soll den Modellierern, Analysten, Prozessownern und -managern eine Hilfe in der Umsetzung ihrer Rollen im Prozess und der Prozessmodellierung sein.

Im Jahr 2018 und 2019 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);
- ✓ Handhabung der Zusatzversorgung (Gesundheitspflege und Diätprodukte): Der Prozess wurde freigegeben und der Verbesserungsplan wird umgesetzt (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;
- ✓ für Labordiagnostische Anfrage: „Anfrage für Blutkomponenten“ – der Prozess und der entsprechende Verbesserungsplan wurden freigegeben und sind in Umsetzungsphase;
- ✓ Handhabung der Zugänge in die Notaufnahme der Krankenhäuser: der Prozess und der entsprechende Verbesserungsplan wurden freigegeben;

- ✓ anästhesiologische Handhabung des Patienten in der präoperativen Phase: die IT-Applikation für die präanästhesiologische Visite ist noch in Ausarbeitungsphase. Ein Standard für „Einnahme der Begleittherapie vor elektiven chirurgischen Eingriffen“ liegt vor; ein Standard für „Perioperativer Umgang mit Antikoagulanzen und Thrombozytenaggregationshemmer“ ist in Bearbeitung;
- ✓ Screeningprozesse: die ersten Treffen für „Screening zur Früherkennung der kongenitalen Formen der Sehbeeinträchtigungen“, „Screening von Stoffwechselkrankheiten“ und für „kardiovaskulär-Screening“ haben stattgefunden. Die Modellierung der Prozesse ist in Bearbeitung;
- ✓ Patientenidentifizierungsprozess: die Überarbeitung der Betriebsprozedur ist im Gange;
- ✓ Peri-operatives Management (prä-intra und post Op): die ersten Treffen der Arbeitsgruppe haben stattgefunden.

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;
- ✓ am 23.10. und 26.10.2018 haben zwei Weiterbildungsveranstaltungen mit dem Titel: „Wozu Prozessmanagement?“, Zielgruppe: alle interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, stattgefunden;
Die Ziele waren:
 - Bekanntmachen von Prozessmanagement – Vorteile und Nutzen der Methodik;
 - Kennenlernen der Anwendung von Prozessmanagement im Südtiroler Sanitätsbetrieb;
 - Aufzeigen des derzeitigen Einsatzgebietes und der Einsatzmöglichkeiten von Prozessmanagement im Südtiroler Sanitätsbetrieb.

Der Arbeitsplan „Process Management 2020“ sieht 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 (z.B. poststationäres Management, Patiententransport innerhalb des Krankenhauses usw.).

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:
 - Critical Incident Reporting System (CIRS):
CIRS ist im Südtiroler Sanitätsbetrieb nach einer einjährigen Planungsphase mit einem Pilotprojekt im Jahr 2018 mit der Aktivierung von 11 Meldekreisen aktiviert worden. Mit der Aktivierung weiterer 11 Meldekreise im Jahr 2020 wird dann der gesamte Sanitätsbetrieb im Meldesystem erfasst sein. In der „roll-out“-Phase auf alle anderen Bereiche in den Jahren 2019 und 2020 geht es um die nachhaltige Etablierung und Stabilisierung des CIRS;
 - Aktionsplan für prioritäre Risikobereiche:
Die Kommunikation in Schnittstellenbereichen, die Teamarbeit sowie weitere patientensicherheitsrelevante Aspekte der Kommunikation werden im Rahmen der Fortbildungen des Patientensicherheits-Core Curriculums vertieft.
Zudem bilden Kommunikation und Teamarbeit einen zentralen Aspekt, welcher im Rahmen des Fortbildungsangebots des neugegründeten Patientensicherheitszentrums innerhalb der simulations-basierten Team-Trainings zu den wichtigsten Ausbildungszielen zählt.
 - Sicherheitskultur fördern und entwickeln;
 - die Krisenkommunikation;
 - Arzneimitteltherapiesicherheit:
Seit 2016 ist eine multiprofessionelle, permanente, betriebliche Arbeitsgruppe tätig, welche Empfehlungen im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit ausarbeitet und dem Gesundheitspersonal des Südtiroler Sanitätsbetriebes zur Verfügung stellt. Außerdem werden unterschiedliche Aktionen zur Förderung und Verbesserung der Sicherheit der Patienten und Patientinnen sowie der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unternommen.
Im Jahr 2019 wird die Fortbildungsreihe zur Steigerung der Medikationssicherheit in den 4 Gesundheitsbezirken für das Gesundheitspersonal weiterhin angeboten.

Man merkt an, dass zum Thema Qualität und Patientensicherheit am 22.03.2019 von 08:30 Uhr bis 18:00 Uhr eine Weiterbildungsveranstaltung im Krankenhaus Bozen – Kongressaal abgehalten worden ist mit dem Bildungsziel den Führungskräften die eigene Rolle und Verantwortung bezüglich der Patientensicherheit bewusst zu machen und zu verbessern.

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 Unterteilbarkeit 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.

Der NAKP (PNA) 2019 hat sich erneut ausführlich mit dem AKTB befasst (dem er - auch - einen ad hoc Anhang widmet), wobei insbesondere die Kriterien für seine Auswahl sowohl in objektiver als auch in subjektiver Hinsicht angegeben wurden, wobei seine Autorität, Befugnisse und Zuständigkeiten sowie die erforderliche operative Unterstützung angegeben wurden.

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 2019 wurden dreizehn Disziplinarverfahren der vergangenen Jahren abgeschlossen;

Im Jahr 2019 wurden dreizehn neue Disziplinarverfahren eingeleitet, von denen wurden sieben schon abgeschlossen.

Unter den eingeleiteten Verfahren des Jahres 2019, ist anzumerken, dass ein Disziplinarverfahren gegen Verhaltensweisen eingeleitet wurde, die die Staatsanwaltschaft in dem in Artikel 314 des Strafgesetzbuches genannten Fall als subsumierbar erachtet hat (das Disziplinarverfahren ist nun ausgesetzt, da der Ausgang des Strafverfahrens abgewartet wird).

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.

Bis 2019 war Dr. Alessandro Amaduzzi Verantwortlicher RASA ab 16.12.2019 ist die Nachfolge von Dr. Paolo Filippi angetreten.

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 2019 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;
- ✓ Betriebsdienst für Arbeits- und Sportmedizin

einer Risikoanalyse unterzogen worden.

In den Jahren 2018 und 2019 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.

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 Bezirksämter, die dem Bezirksdirektor oder dem Verwaltungskoordinator 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 und 2019 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.

Im ersten Semester des Jahres 2019 hat der AKTB eine Stichprobenkontrolle mittels eines spezifischen Fragebogens über die Effizienz der Vorbeugungsmaßnahmen der Risikobereiche der Abteilungen Wirtschaft und Finanzen und wohnortnahe Versorgung durchgeführt.

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 Anhanges 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).

Der Prozess dieser Selbstbewertung hat zu einer vollständigen Modellierung der korruptionsgefährdeten Tätigkeiten geführt (Anhang I).

Die Modellierung und Überprüfung der Entscheidungsprozesse wurde von Seiten der Direktoren der unter Punkt 2 genannten Bereiche bis November 2019 abgeschlossen. Daraufhin wurde eine Risikoanalyse in Bezug auf jeden einzelnen Entscheidungsprozess aufgrund der bereits bestehenden und beschriebenen Kontrastmaßnahmen ermittelt.

Aufgrund der Höhe des ermittelten Risikos wurden weitere Maßnahmen programmiert.

Im Jahr 2019 wurden wiederum auch die Führungskräfte im Sanitätsbereich wie z.B. vom Dienst für Abhängigkeitserkrankungen, Arbeitsmedizin und Sportmedizin 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.

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 Verwaltungskoordinatoren 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 Verwaltungskoordinatoren mittels E-Mail zur Kenntnis gebracht und auf der institutionellen Homepage veröffentlicht.

2.3. Allgemeine und spezifische Risikobereiche

Der Sanitätsbetrieb hat im Jahr 2019 neuerlich die Revision der im Jahr 2018

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
- ✓ Intra-moenia"- Tätigkeit

- ✓ Bereich Arzneimittel, Behelfe und andere Technologien, klinische Studien und Verträge mit Sponsoren
- ✓ Tätigkeiten aufgrund des Ablebens im Krankenhaus
- ✓ Eingänge, Spesen, Vermögen
- ✓ Betrieblicher Dienst für Sportmedizin
- ✓ Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin
- ✓ Dienst für Abhängigkeitserkrankungen
- ✓ Fuhrpark
- ✓ Zuweisung von Wohnplätzen und Unterbringung in der Kindertagesstätte

Im Laufe des Jahres 2019 wurden alle Modellierungen der vorherigen Jahre und alle erhobenen Prozesse überprüft. Außerdem wurden zusätzliche Prozeduren und Subprozesse analysiert.

Für das Jahr 2020 sind die Modellierung und Überprüfung von zusätzlichen Entscheidungsprozessen und Subverfahren vorgesehen und die Vertiefung der weiteren bereits begutachteten Verfahren.

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 ausgebaut.

Derzeit im Rahmen des PAC-Projekts (percorso attuativo di certificabilità) umgesetzt.

Mit Beschluss Nr. 717 vom 20.12.2018 wurde das neue Organigramm der Verwaltungs- und technisch berufsbezogenen Leitung genehmigt, das eine Einheit „Internal Audit“ vorsieht.

Es ist vorgesehen, dass das neue Organigramm innerhalb von drei Jahren implementiert wird.

Das neue Organigramm sieht die Einführung einer operativen Einheit "Internal Audit" vor.

2019 wurde die räumliche und personelle Ausstattung dieser Einheit durchgeführt.

Im Laufe des Jahres 2019 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 wurden 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 Haushaltsvoranschlages und der Bilanzabschlüsse;

Weiterhin, im Laufe des Jahres 2019 sowie im PAC vorgesehen, wurde die Regelung des Internal Audit bearbeitet.

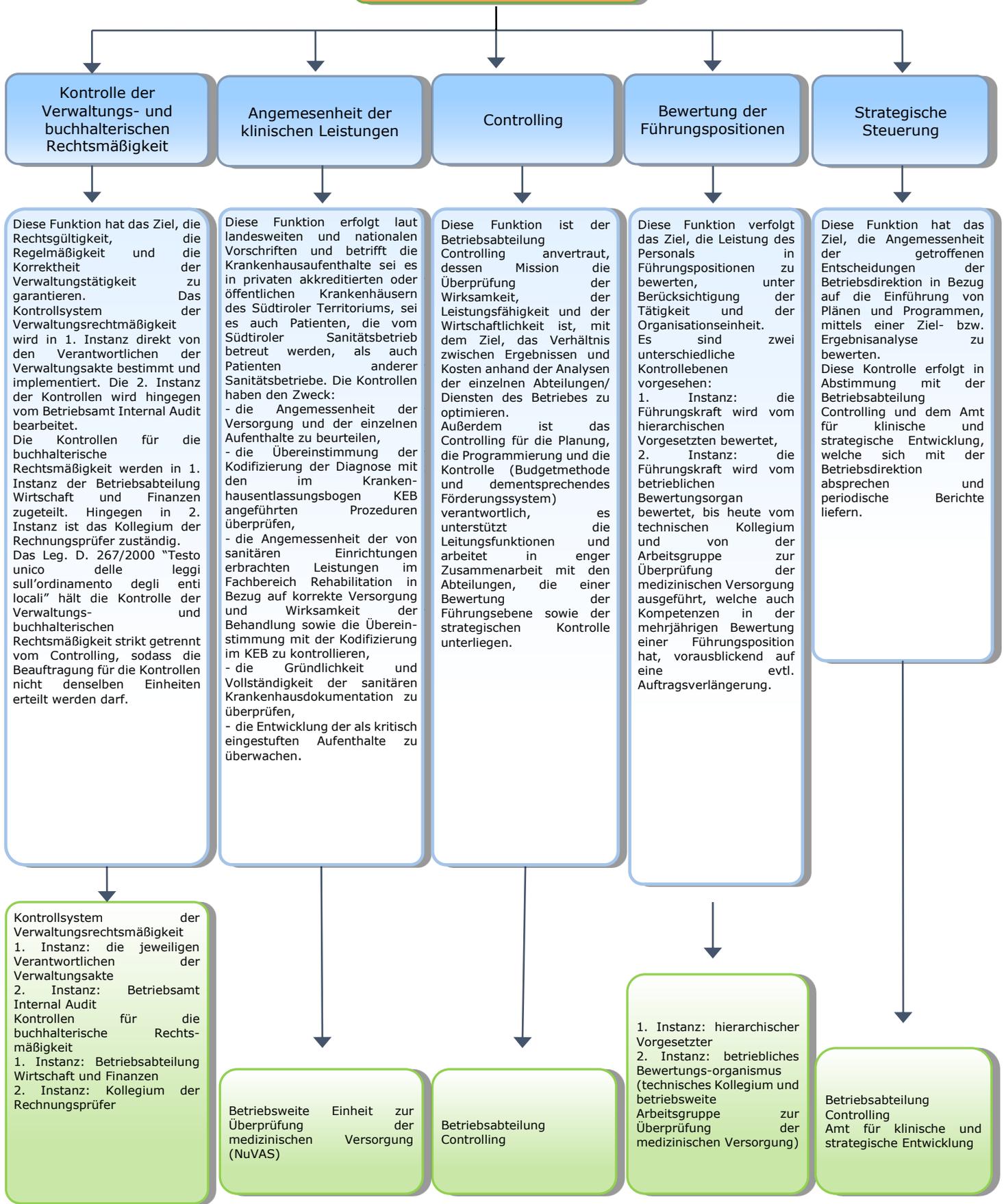
So wie im PAC vorgesehen, wurden im Laufe des Jahres 2019 vonseiten der Beratungsfirma Ernst&Young die Überprüfungen über die effektive Anwendung der erstellten Prozeduren durchgeführt und es wurden Teilrevisionen für einzelne Bilanzposten vorgenommen.

Das Projekt PAC hat innerhalb 2019 die Realisierung eines Modells für Programmierung und Kontrolle und die Ausarbeitung eines Buchhaltungshandbuchs vorgesehen.

Wie aus dem Performance Plan 2019-2021 hervorgeht, begann das Projekt zur Zertifizierbarkeit der Bilanzen im Mai 2017 mit Unterstützung des Unternehmens, welches bei der Ausschreibung für die Begleitung, Beratung und Schulung während der Durchführung als Gewinner hervorging. Mit Beschluss der L.R. Nr. 213 vom 23.2.2016 wurde der Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit ("PAC") genehmigt, welcher mit Beschluss der L.R. Nr. 914 vom 11.9.2018 aktualisiert wurde.

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.

Im Jahr 2019 ist der Weiterbildungszyklus bzgl. Arbeitssicherheit sowohl online als auch mit frontal Unterricht fortgesetzt worden.

Folglich hat der Sanitätsbetrieb 2018 und 2019 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).

2018 und 2019 hat der Betrieb die Modellierung der Prozeduren für den Erlass von medizinischen Eignungen des Betrieblichen Dienstes für Arbeitsmedizin und des Dienstes für Sportmedizin fortgeführt. Im Spezifischen wurden 2018 die drei Hauptentscheidungsprozesse des Dienstes für Sportmedizin analysiert. Die Definition der Prozesse, die Risikobewertung und die Gegenmaßnahmen sind den Anhang I eingeflossen.

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 entflammenden 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 entflammende 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.

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.

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 (die Details sind auf der institutionellen Homepage veröffentlicht worden: „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.

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.

Diese Tätigkeit wird daher direkt vom Betrieblichen Dienst für Arbeitsmedizin auf der Grundlage der Anträge der drei Arten von Arbeitgebern, denen die Dienstleistung erbracht wird, verwaltet:

- Gesundheitsunternehmen (d.h. die Bezirke des Gesundheitsbetriebes)
- Provinzabteilungen
- private Kleinunternehmer (weniger als 10 Mitarbeiter, mit Konvention)

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, Hauptsitz (Marienklinik) und die Ambulatorien von Meran, Schlanders, Malls, Brixen Sterzing, Bruneck und Gröden/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 Therapiezentrums 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 dieser 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 setzen sich auch für die Vereinheitlichung von gewissen Prozeduren ein, wie z.B. jene der Rauchtätigkeit.

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. soziosanitären 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.

In den Jahren 2018 und 2019 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

Im Laufe des Jahres 2019 ist die Direktion der Haftanstalt mit Sitz in Bozen gewechselt worden, daher ist eine neue Phase der Reorganisation eingeleitet worden. Aus den genannten Gründen wird der gegenständliche Prozess im Jahr 2020 vertieft werden.

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

Es scheint angemessen, darauf hinzuweisen, dass angesichts der Landesgesetzgebung, das Ziel der Rechtsabteilung die bevorstehende Überarbeitung der Betriebsordnung für die Erstattung von Rechts- und Sachverständigenkosten ist.

Der Text wird zweisprachig verfasst, und die entsprechenden Formulare für den Erstattungsantrag werden ebenfalls erstellt und dieser Verordnung beigefügt.

Für die Analyse der Entscheidungsprozesse und der bestehenden Präventionsmaßnahmen wird auf die Bestimmungen des Anhangs I verwiesen.

Wartelisten

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 856 vom 23. Mai 2011 wurde der erste Landesplan für die Eindämmung der Wartezeiten in Südtirol genehmigt. (widerrufen durch den Beschluss Nr. 915 vom 5. November 2019, mit dem ein neuer Landesplan zu diesem Zweck eingeführt wurde).

Dieser soll einen angemessenen Zugang der Dienste des Landesgesundheitsdienstes gewährleisten, für denen die maximalen Vormerkzeiten festgelegt sind und in denen Tätigkeiten und Instrumente, für eine optimale und effiziente Eindämmung der Wartezeiten definiert sind. In diesem Zusammenhang wurden neue Kriterien, für eine bessere Verwaltung und eine bessere Überwachung der Wartezeiten eingeführt, das RAO-Modell wurde auch in unserer Provinz als Hauptinstrument für die klinische Verwaltung der Anfrage

zugeordnet, auf welche man Bezug nehmen soll, um eine korrekte und angemessene Zuordnung der Prioritätsklassen, anhand der diagnostischen Fragestellung, zu gewährleisten. Derzeit sind 12 RAO-Protokolle (genehmigt durch Beschluss LR Nr. 1078 vom 16.10.2018) für folgende ambulante fachärztliche Bereiche in Kraft: Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Radiologie, Gastroenterologie, physische Rehabilitation, Neurologie, Kardiologie, Orthopädie, Diabetologie, Rheumatologie und Urologie. Die RAO-Protokolle für die Bereiche Endokrinologie und Pneumologie werden zurzeit definiert. Um die Anwendung zu vereinfachen, wurden die RAO-Kriterien in der vom Sanitätsbetrieb verwendeten Verschreibungssoftware „informatisiert“.

Um den Bürgern die höchste Qualität der Dienstleistungen anzubieten, hat der Sanitätsbetrieb, gemäß Staat-Regionen Abkommen vom 29.04.2010, eine Reorganisation der einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS) in Übereinstimmung mit den Nationalen Leitlinien „CUP“ vorgenommen.

Das neue Organisationsmodell, verabschiedet mit dem Betriebsbeschluss Nr. 667 vom 04.12.2018, welches innerhalb 2021 in Kraft treten wird und sieht die Vereinigung der derzeitigen 6 Bezirks-ELVS, zu einem einzigen landesweiten ELVS vor; außerdem besteht eine klare Trennung der Front-Office-Aktivitäten von den Backoffice-Funktionen und des Call Center. Insbesondere wurde an die ELVS, mit obengenanntem Beschluss, die Verantwortung für die gesamten Vormerkungen des betrieblichen Dienstes erteilt; diese gliedert sich wie folgt:

- ✓ ein einheitliches betriebliches Call Center mit zwei Verwaltungssitzen (Bozen und Vahrn) sowie
- ✓ vier Backoffice-Teams, die in den vier Gesundheitsbezirken tätig sind und für die Wartung und die Verwaltung der Terminkalender verantwortlich sind.

Derzeit verwaltet die ELVS die Vormerkungen der Erstvisiten für die Fachbereiche Dermatologie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kardiologie, Ophthalmologie-Augenheilkunde, Physische Rehabilitation, Allgemeine Chirurgie, Neurologie, Pneumologie, Infektionskrankheiten, Dexa, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie und Orthopädie sowie die Durchführung von Koloskopien, konventionellen RX, CT, Ultraschall und Magnetresonanztomographien. Es ist geplant die Leistungspalette, wie nachfolgend beschrieben, durch die einheitliche Landesvormerkungsstelle sei es von öffentlichen sowie von privaten vertragsgebundenen Körperschaften zu erweitern:

- ✓ Erstzugang in den verschiedenen Fachbereichen, innerhalb Ende 2019
- ✓ die überwachten Instrumentendiagnostik, innerhalb 2020

Die Leistungen folgender Bereiche bleiben ausgeschossen: Rechtsmedizin, Psychiatrie, Psychologie, Arbeitsmedizin, Sportmedizin, Labor, Strahlentherapie und klinische Genetik, da es bisher nicht als angemessen erachtet wurde, die Vormerkung über die ELVS vorzunehmen. Die Verwaltung von den Vormerkungen im Präventionsbereich (Impfungen, Reiseberatungen, Mammographie-Screening) sowie von Führerscheinuntersuchungen und anderen Bescheinigungen werden ebenfalls über die ELVS mit der Einbeziehung externer Dienstleister verwaltet.

Um ein integriertes Netz von Vormerkungsdienstleistungen und um die Überwachung der Buchungsabläufe zu gewährleisten, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Digitalisierung aller Vormerkungskalender auf der einheitlichen Plattform des Betriebes, d.h. auf dem EDV-System für Verwaltungskalender (CUPWEB), sowohl für öffentliche als auch für private vertragsgebundenen Körperschaften, gestartet. Auf diese Weise verfügen die Mitarbeiter/innen über eine Betriebsübersicht der überwachten Dienstleistungen und infolgedessen wird dem Bürger/innen bei der Vormerkung die erste Verfügbarkeit auf Landesebene angeboten.

Bis zu einer effektiven Verstärkung der ELVS, bei der alle Dienste zentral und transparent verwaltet werden, kann die/der Bürger/in derzeit über 3 verschiedene Vormerkungsmethoden Zugang zu den Leistungen haben:

- ✓ Landesvormerkstelle ELVS: die/der Bürger/in kann sich an jeder lokalen EVS der 4 Gesundheitsbezirke wenden und erhält den Termin in allen Einrichtungen des Landes, in denen die Leistung angeboten wird. Was die Wartezeiten und die Versorgungseinrichtungen betrifft, wird jede Vormerkstelle dem Bürger die gleiche Antwort geben.
- ✓ EVS des einzelnen Gesundheitsbezirkes: das ambulante Angebot wird auf Bezirksebene verwaltet und gebucht und vom lokalen EVS (auf Bezirksebene) gebucht.

- ✓ Einzelne Abteilungen und Dienste: in einigen verbleibenden lokalen Gegebenheiten (periphere Krankenhäuser) wird das ambulante Angebot vom Pflegepersonal und/oder Sekretariatspersonal der einzelnen Abteilungen/Dienste verwaltet.

Die ELVS hat Richtlinien für die Verwaltung der Vormerkungen erarbeitet. Die Mitarbeiter die für die Vormerkungen zuständigen sind, sind verpflichtet, jederzeit korrekte Angaben über Wartezeiten und mögliche Alternativen anzugeben.

Während der Buchungsphase, um die verschiedenen Wartelisten besser zu organisieren und für mehr Klarheit und Transparenz gegenüber dem Bürger, sind die institutionellen Aktivitäten und intramoenia-freiberuflichen Aktivitäten getrennt: es gibt unterschiedliche Telefonnummern für die Vormerkung im institutionellen Bereich und im FBT Bereich. Die Mitarbeiter der ELVS sind verpflichtet, stets korrekt über Wartezeiten und mögliche Alternativen zu informieren.

Darüber hinaus wird infolge der Ausarbeitung des Nationalen Plans zur Eindämmung der Wartezeiten 2019-2021, der neue Landesplan von der Landesregierung genehmigt werden, wobei die Einsatzbereiche (Anfrage und Angebot von Dienstleistungen, angemessene Verschreibung und Verwaltung, Abschluss des Zyklus der Verschreibung-Vormerkung-Versorgung-Befund, Überwachung der Wartezeiten) bestätigt und folgenden Eckpunkte zur Optimierung der Eindämmung der Wartezeiten verarbeitet werden:

- ✓ Abschluss des Reorganisationsprozesses der Vormerkungsdienste
- ✓ Informatisierung des Zyklus: Verschreibung-Vormerkung-Versorgung-Befund
- ✓ Förderung von Initiativen zur Verbesserung der Angemessenheit der Verschreibung und der Verwaltung, auch durch die Festlegung von klaren und eindeutigen Regeln (Definition Erstzugang zum Kontrollbesuch, systematische Anwendung von Prioritätsklassen auch nach dem RAO-Modell, Vollständigkeit der Verschreibung....)
- ✓ die Transparenz der Überwachung der Wartezeiten und der Verwaltung der Wartelisten.

Sobald der Landesplan für die Eindämmung der Wartezeiten genehmigt sein wird, wird der betriebliche Durchführungsplan erstellt werden.

Auf der Website des Betriebes können Sie die Vormerkzeiten der Versorgungseinrichtungen, sowie die Informationen über die Zugangsweise zu den Vormerkungen, befragen. (<https://www.sabes.it/de/vormerkzeiten.asp>)

Am 19.10.2019 hat eine Weiterbildungsveranstaltung für alle Bediensteten des ELVS zu den Themen Datenschutz, Korruptionsprävention, Transparenz, Integrität und Legalität stattgefunden. Unter Einhaltung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit wurde der Kurs von den Inhaberinnen der betrieblichen Stabstellen Datenschutz und Transparenz und Integrität abgehalten.

Freiberufliche Tätigkeit

Die Freiberufliche Tätigkeit (in Folgenden FBT) wird in den Leitlinien der ANAC berücksichtigt, insbesondere in Bezug auf die Verbindungen mit dem Wartelistenverwaltungssystem und in Bezug auf die Transparenz der Vormerkungen und die Festlegung von Leistungsprioritätsstufen.

Diese wird in der Tat als ein Bereich identifiziert, in dem die Gefahr opportunistischen Verhaltens besteht, das privilegierte Positionen und/oder unangemessene Gewinne zum Nachteil der Bürger begünstigen kann, mit möglichen Auswirkungen aus wirtschaftlicher Sicht und der Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität.

Daher hat der Betrieb in Übereinstimmung mit den ANAC-Richtlinien seine Interventionen im Risikomanagement auf den Bezug ausgerichtet:

- a) die Genehmigungsphase;
- b) die eigentliche Durchführungsphase der Tätigkeit;
- c) die damit verbundenen Interferenzen in die institutionelle Tätigkeit.

Daher wird hier eine Zusammenfassung der bereits bestehenden Richtlinien, der durchgeführten Maßnahmen und der geplanten Aktivitäten in den oben genannten Bereichen gegeben.

a) Genehmigungsphase für die Durchführung der FBT

In Bezug auf die Phase der Zulassung zur Durchführung von FBT werden mögliche Risikoereignisse identifiziert:

- Ausgabe von falschen Angaben, die zur Erlangung der Genehmigung gemacht wurden;
- Vermutung einer unzureichenden Überprüfung der im Rahmen der FBT durchgeführten Tätigkeit;

Mögliche Gegenmaßnahmen sind

- eine präventive und periodische Überprüfung des Vorhandenseins der für die Durchführung der FBT notwendigen Anforderungen (auf Betriebsebene durch den Beschluss Nr. 273/2008 und die Richtlinien vom 05.11.2009 und vom 20.01.2010 geregelt);
- eine Verhandlung über den Umfang der Aktivitäten der FBT in Bezug auf die institutionellen Ziele und die nachfolgenden Überprüfungen;
- eine Bestandsaufnahme und Überprüfung der Flächen, die für die Durchführung der FBT unter denjenigen, die das Immobilienvermögen des Betriebes betreffen, genutzt werden können.

Aufgrund der oben genannten Hinweise sind folgende Kontrollen in Bezug auf die Genehmigungsphase - auf der Grundlage der Betriebsrichtlinien - vorgesehen:

- Prüfung des Vorhandenseins der notwendigen Voraussetzungen für die Durchführung der FBT;
- Aushandlung des Volumens der FBT unter Bezugnahme auf die institutionellen Ziele der Reduzierung der Wartelisten;

Diese Faktoren sind in der Tat eng miteinander verbunden.

Die allgemeine Genehmigung (jährlich, halbjährlich oder weiter reduziert, je nach Bereich), die von der Betriebsleitung nach einer Bewertung der Wartezeiten für jede Disziplin, wie im vorigen Absatz berichtet, erteilt wird (siehe "Wartelisten").

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass sowohl der mit Beschluss Nr. 273/2008 genehmigte Betriebsplan als auch die Betriebsrichtlinien vom 05.11.2009 und 20.01.2010 Möglichkeiten und Grenzen der zu genehmigenden Tätigkeiten und Dienstleistungen in Bezug auf den Besitz und deklarierten Voraussetzungen regeln.

Weitere Schritte werden von den auf Bezirksebene anwesenden Büros verfolgt, die periodisch das Vorhandensein der vertraglichen Voraussetzungen für die Ausübung der FBT für den Antragsteller/Bevollmächtigten überprüfen.

In diesem Punkt wird darauf hingewiesen, dass das Risiko der Falschdeklaration gering ist, da akademische Qualifikationen und eventuelle Spezialisierungen Urkunden der Gesundheitsbetriebe (im Personalverteilungsbüro) sind.

Was schließlich die ausgedehnte FBT betrifft, die in den ANAC-Richtlinien als ein Umstand hervorgehoben wird, der die Gefahr von Korruptionsphänomenen birgt, so ist zu beachten, dass diese bisher im Südtiroler Sanitätsbetrieb nicht zugelassen ist und diese Möglichkeit nicht vorgesehen ist.

b) Effektive Durchführung der Tätigkeit und der damit verbundenen Kontrollen

Mit Bezug auf die eigentliche Ausübung der FBT können riskante Ereignisse auftreten:

- falsche Angabe der Modalitäten und Zeiten für den Zugang zu den Dienstleistungen im institutionellen System, um die Tätigkeit in der FBT zu begünstigen;
- falsche oder unterlassene Angaben über die Überschreitung der genehmigten Anzahl oder die Verletzung der in der Genehmigung vorgesehenen Art der Tätigkeit;
- die während der Arbeitszeit freiberuflich tätig sind;
- eine günstigere Behandlung von Patienten, die im Rahmen der FBT behandelt werden.

In Bezug auf den ersten Punkt und die getroffenen und verabschiedeten Maßnahmen verweisen wir auf die Beschreibung im vorigen Abschnitt "Wartelisten" und die Verwaltung der Vormerkungen.

Zu den anderen oben genannten Punkten ist zu bemerken, dass die aktuellen Kollektivverträgen, der Betriebsplan für FBT (angenommen mit der EntschlieÙung Nr. 273/2008) und die nachfolgenden internen Anwendungsrichtlinien - bereits erwähnt - ausdrücklich vorsehen, dass die FBT immer außerhalb der

Arbeitszeit, mittels Stempelung mit einem spezifischen Code durchgeführt werden muss. Dieser Code ermöglicht es, alle in der FBT ausgeführten Leistungen im Detail zu identifizieren und eventuelle Unstimmigkeiten oder Verstöße gegen die erteilten Genehmigungen und/oder die oben genannten Richtlinien zu überprüfen.

Weiters wird festgelegt, dass - entsprechend den geltenden Vorschriften - eine Kommission zur Überprüfung der freien Berufe eingerichtet wurde, die als Kontrollorgan mindestens alle sechs Monate stattfindet und:

- überprüft die Einhaltung der bei der Aushandlung des Verwaltungshaushalts eingegangenen Verpflichtungen in Bezug auf den Umfang der im Rahmen des institutionellen Systems versicherten Tätigkeiten und der im Rahmen der FBT durchgeführten Leistungen;
- überprüft die Leistung der Wartelisten und gibt Stellungnahmen an die Geschäftsführung der Gesellschaft unter Bezugnahme auf die Allgemeingenehmigungen ab;
- zeigt alle Konfliktsituationen zwischen der Tätigkeit in der FBT und den institutionellen Zielen und Aktivitäten auf;
- überprüft das Gleichgewicht zwischen der institutionellen Tätigkeit und den Leistungen in der FBT unter besonderer Berücksichtigung der erbrachten Leistungen (sowohl bei den ersten Besuchen als auch bei den Kontrollbesuchen).

Es sei auch darauf hingewiesen, dass der Landesrat mit dem Beschluss Nr. 1069/2008 gemäß GP Nr. 10/95, Art.1ter, die Richtlinien aufgestellt hat, nach denen der Sanitätsbetrieb die Aufgabe hat, das Verhältnis zwischen den institutionellen Tätigkeiten und den im Rahmen der FBT durchgeführten Aktivitäten ständig zu überwachen, zusammen mit der Verpflichtung, der Provinz jährlich über den Einfluss der im Rahmen der FBT durchgeführten Aktivitäten auf den Verlauf der Wartelisten zu berichten.

Zweck dieser Überwachung ist es, das Gleichgewicht zwischen den beiden Arten von Tätigkeiten und ihre ordnungsgemäße Durchführung zu überprüfen.

Weiterhin gibt es auf vertraglicher Ebene Situationen, die mit der Ausübung der im Rahmen der FBT ausgeübten Tätigkeit unvereinbar sind und die nachstehend aufgeführt werden:

- Abwesenheit wegen Krankheit;
- Abwesenheit wegen eines Unfalls;
- Abwesenheit aus familiären Gründen;
- Abwesenheit für den obligatorischen oder fakultativen Mutterschaftsurlaub;
- Abwesenheit wegen Elternurlaub;
- Bereitschaftsdienst;
- Wachdienst.

Diese Fälle wurden erschöpfend angegeben, um eine Beeinträchtigung der im Rahmen der institutionellen Vereinbarungen durchgeführten Tätigkeit zu vermeiden. Die zuständigen Stellen auf Bezirksebene führen daher diesbezüglich spezifische Kontrollen durch.

Insbesondere, wiederum in Bezug auf die Kontrollen, erfordert die Tätigkeit innerhalb des Betriebes, wie bereits erwähnt, verschiedene Arten der Überprüfung derselben (Buchungsmethoden, Art der gebuchten Besuche und anderen Dienstleistungen, erwartete und tatsächlich erbrachte Mengen, Einhaltung der für die Durchführung der FBT vorgesehenen Zeitpläne, Überschneidungen zwischen institutionellen und FBT, Raumnutzung, Nutzung von Geräten, Dokumentenmanagement, Zugang zu Datenbanken und Archivierung der klinischen Dokumentation, Organisation, Aktivitätsmanagement, Personaleinsatzplanung, Patientenzugang, Abrechnungs- und Zahlungsmodalitäten, Übereinstimmung der Agenden mit der üblichen Programmierung).

Die oben genannten Prozesse stellen potentielle Korruptionsrisiken dar, daher werden bei der Durchführung der oben genannten Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen des Prozesses vorgesehenen Kontrollverfahren angewandt und die gleichen Aktivitäten verfolgt.

Darüber hinaus ist die Verwaltung der Einziehung der Einnahmen aus der Tätigkeit bei der FBT im Hinblick auf den Verfahrensprozess der Tätigkeit insgesamt potenziell korruptionsgefährdet.

Zu diesem Zweck sehen die Methoden der Einnahmenerhebung die Vorauszahlung der gebuchten Leistung direkt an die Kasse, die Erstellung spezifischer, von der Fachkraft und dem Patienten unterzeichneter Formulare mit Angabe der erbrachten Leistungen sowie des Auszahlungsdatums und des entsprechenden Tarifs vor.

Die Einziehung des Erlöses ist auch durch Übersendung einer Rechnung an den Wohnsitz des Nutzers vorgesehen, wenn der Kassendienst nicht funktionsfähig ist.

Zur Verstärkung der Korruptionsbekämpfung wird auch ein Projekt zur Einführung automatisierter Zahlungsmethoden für Dienstleistungen untersucht.

In Bezug auf den Umfang der Tätigkeit ist weiter zu prüfen, dass die oben genannten Kontrollen es ermöglichen, etwaige Unstimmigkeiten in Bezug auf die Genehmigungen unverzüglich zu überprüfen.

Es wird darauf hingewiesen, dass - gemäß den Bestimmungen der Vereinbarung der Ständigen Konferenz für die Beziehungen zwischen dem Staat, den Regionen und den Autonomen Provinzen Bozen/Trient vom 18. November 2010 - die Gesamtzahl der freiberuflichen Tätigkeit, die beim Gesundheitsbetrieb erbracht werden kann, deutlich unter der auf nationaler Ebene möglichen liegt und keine höhere Stundenzahl vorsieht.

Konkret wird mit Bezug auf das Jahr 2019 angegeben, dass 187 Ärzte im Rahmen der FBT zur Erbringung von Dienstleistungen zugelassen sind, von insgesamt 1131 Ärzten in der Stammrollen; die für die FBT zugelassenen Stunden betragen 461,5 Stunden pro Woche, was 23998 Stunden pro Jahr entspricht; diese Gesamtzahl der Stunden wurde tatsächlich zu 43 % genutzt (insgesamt 10354 Stunden). Darüber hinaus ist als Ergebnis der durchgeführten Kontrollen festzustellen, dass die aus der Nachprüfung der Stempelungen resultierenden Stunden 3,3 % der im Rahmen der institutionellen Vereinbarungen geleisteten Stunden entsprechen.

c) Risiko der Beeinträchtigung institutioneller Aktivitäten

Um eine Beeinträchtigung der institutionellen Tätigkeit zu vermeiden - und für eine effiziente Verteilung der personellen und strukturellen Ressourcen - sind die Ambulanzen für die Tätigkeit in der FBT in unterschiedlichen Zeitfenstern organisiert.

Darüber hinaus ist die Anzahl der Stunden pro Woche, die dem Facharzt genehmigt werden kann, derzeit auf maximal 3 begrenzt (4, wenn die Buchungsbücher für die im Rahmen der institutionellen Vereinbarungen vorgesehene Tätigkeit gesättigt sind). Daher sind die Möglichkeiten einer Vermischung der beiden Aktivitäten recht weit entfernt, und die Bezirksverwaltungen führen in jedem Fall diesbezügliche Kontrollen durch.

Darüber hinaus wird die Reservierung von Dienstleistungen im Rahmen der FBT, wie im vorigen Absatz über Wartelisten ausführlich beschrieben, von der Reservierung von Tätigkeiten im Rahmen des institutionellen Systems getrennt, und die Nutzer müssen alle Informationen über die Wartezeiten und die angewandten Tarife erhalten.

Die Wartezeiten für die fachärztliche Ambulanz werden monatlich überwacht und -periodisch- auf der Website des Betriebes veröffentlicht, wo auch die Namen der Fachärzte, die FBT ausüben, die entsprechenden Zeiten, die Orte, an denen die Leistung erbracht wird, und die angewandten Tarife zu finden sind.

Als weiterer Kontrast zu dem fraglichen Problem ist zu beachten, dass die betrieblichen Regelungen - in Übereinstimmung mit den vorstehenden Ausführungen - wesentlich strenger sind als die nationalen Regelungen (die Anzahlbegrenzung ist ein allgemeiner Hinweis darauf, dass die FBT nicht -quantitativ- über die im institutionellen Bereich bestimmt, hinausgeht).

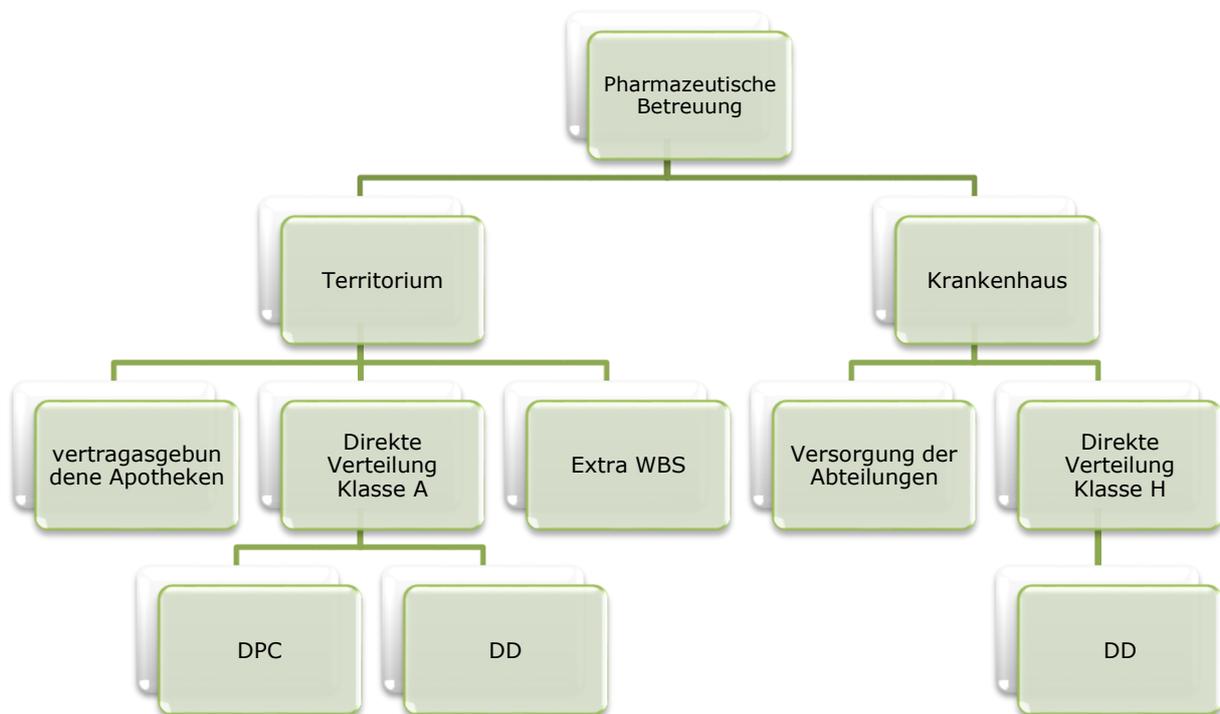
Darüber hinaus ist die Tätigkeit in der FBT nur außerhalb der Arbeitszeiten und generell am Ende der Öffnungszeiten der Ambulatorien erlaubt.

Zusammenfassend ist auf der Grundlage der geltenden Vorschriften zur Vermeidung von korrupten Hypothesen oder jedenfalls von Miswirtschaft eine weitgehende Trennung der Wege von Patienten, die die Einrichtungen für Leistungen im Rahmen des FBT und diejenigen, die stattdessen für Leistungen im Rahmen des institutionellen Bereiches Zugang haben, vorgesehen.

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 Krankensebene. Zur territorialen pharmazeutischen Betreuung gehören die Verteilung der Medikamente über vertragsgebundene 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 Krankensebene.

Vertragsgebunden: Über öffentliche und private Apotheken, die dem LGD angeschlossen sind, werden Medikamente verteilt, wodurch der Zugang der Bürger zu unentbehrlichen Medikamenten oder zu Medikamenten für chronische Krankheiten sichergestellt wird.

Direkter Vertrieb von Klasse-A-Arzneimitteln: unterteilt in DPC (Vertrieb im Namen und im Auftrag des Gesundheitsunternehmens) und DD (direkter Vertrieb durch öffentliche Struktur).

- Unter DPC versteht man die Lieferung von Medikamenten, die im PHT (Handbuch für die Kontinuität der Versorgung in den Krankenhäusern und Territorium) enthalten sind, das per Dekret des Direktors der Gesundheitsabteilung der Provinz in dieses Handbuch aufgenommen wurde und im Namen und Auftrag der Gesundheitsbehörde verteilt wird.

Diese Medikamente werden über öffentliche und private Apotheken mit speziellen Vereinbarungen an die Patienten verteilt.

Die DPC ist im Sinne der Korruptionsprävention als riskante Tätigkeit einzustufen, da diese Medikamente vom Gesundheitsbetrieb im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung beschafft werden. Die

Dienstleistung wird durch öffentliche und privat-konventionierten Apotheken gegen Zahlung einer vereinbarten Gebühr erbracht.

- Unter DD versteht man die Verteilung von Medikamenten, die vom LGD nach einem gewöhnlichen Krankenhausaufenthalt oder einem Facharztbesuch bezahlt werden. In solchen Fällen können sich die Patienten an die Ausgabestelle für Medikamente in den Krankenhäusern von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck wenden und die vom Facharzt verschriebenen Medikamente abholen; auch Medikamente, die der Gesundheitsbetrieb gemäß der (oben genannten) Liste im PHT direkt verteilen muss, werden auf diesem Weg ausgegeben. Dieser Vertriebsweg ist für den Leistungserbringer im Gesundheitsbetrieb am günstigsten, da die Medikamente über ein öffentliches Verfahren eingekauft werden (weitere Informationen zu den Antikorruptionsmaßnahmen in diesem Bereich finden Sie in Anhang I unter Einkäufe).

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 Krankenhausebene und im Territorium werden laufend mittels Reports 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.

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. 1344 vom 11.12.2018 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 Krankenhausebene 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 (Somatotropin, Follitropin alfa) zu beobachten und zu steigern.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1033 vom Jahr 2018 wurde die Nutzung der Biosimilars im Südtiroler Sanitätsbetrieb geregelt. Dieser Beschluss sieht vor, dass wenn der Kliniker ein Produkt

verschreiben möchte, welches nicht das erste in der Rangordnung ist, letzterer dem zuständigen Sanitätskoordinator des jeweiligen GB eine schriftliche Begründung zukommen lassen muss, welche für jeden Patienten die klinischen Gründe die die Verabreichung des Medikamentes, welches nicht das erste in der Rangordnung darstellt, begründet enthält. Diese Maßnahme führt zu einer beträchtlichen wirtschaftlichen Einsparung.

Am 20.11.2019 hat der Betrieb eine Tagung zu Biologika und Biosimilars in Bozen organisiert, da der Austausch zwischen Krankenhausapothekern, Fachärzten, Apothekern und Ärzten für Allgemeinmedizin die Gelegenheit bietet die Thematik zu vertiefen und gemeinsame Strategien zu entwickeln.

Vielmehr wurde es als sinnvoll erachtet, den Dialog zwischen Krankenhausapothekern, verschreibenden Fachärzten, Apothekern und Allgemeinmedizinern zu fördern, eine Grundvoraussetzung für den Austausch einheitlicher Strategien zur Vereinheitlichung der Verschreibungsorientierung.

Schließlich wird im Hinblick auf die Angemessenheit der Verschreibungspraxis (gemäß dem Corporate Performance Plan 2019-2021) festgelegt, dass das Unternehmen die Angemessenheit der Ausgabe von Verschreibungs- und Behandlungsformularen, die von der AIFA zum Zwecke der Erstattung bestimmter Arzneimittel zur Verfügung gestellt werden, überwacht und kontrolliert

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.

Für den Einkauf von Medizinprodukten von erheblichem wirtschaftlichem Wert wird festgelegt, wie dieser Prozess im Jahr 2020 abgebildet werden soll, um eine einheitliche Anwendung der Auswahlkriterien in den verschiedenen Ausschreibungen zu gewährleisten und korrupte Phänomene einzudämmen, da die Zuständigkeit für solche Einkäufe zwischen dem Einkauf und dem pharmazeutischen Dienst aufgeteilt ist.

In diesem Zusammenhang wurde bereits ein Projekt zur Standardisierung des Einkaufs von Laborgeräten und medizinischen Geräten auf Unternehmensebene gestartet. Es basiert auf der Definition eines Handbuchs derselben Geräte, das als Referenz für die Planung von Anschaffungen verwendet werden.

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 Krankenhauses 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 neuen 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 Fälle 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.

Seit 2013 gibt es auch ein "Therapeutisches Handbuch für Altersheime", mit dem Ziel, eine angemessene und einheitliche pharmazeutische Versorgung der Gäste in den Pflegeheimen und stationären Zentren der Provinz Bozen zu gewährleisten.

Mit dem Beschluss Nr. 009 vom 16.01.2019 hat der Sanitätsbetrieb gemeinsam die Ernennung der Mitglieder der Pharmazeutischen Kommission der Gesellschaft geregelt und deren Vorschriften genehmigt.

Der Sanitätsbetrieb hat außerdem die für die Mitglieder der Kommission Unvereinbarkeitserklärungen vorgesehenen, um Erklärungen des öffentlichen Interesses nach dem von der AGENAS festzulegen (wobei diese jedoch an die Realität des Unternehmens angepasst und daher zweisprachig sind). Somit wurde zu diesem Zweck ein spezieller Schriftwechsel über die Modalitäten der Erfassung und des anschließenden Hochladens der Daten in die spezielle Softwareapplikation eingeleitet, die von AGENAS bisher nur in italienischer Sprache akzeptiert wird, so dass die Angelegenheit noch untersucht wird. Bis zur Nutzung der Webanwendung hat der Sanitätsbetrieb im Jahr 2018 in jedem Fall die Erklärungen des öffentlichen Interesses der einzelnen Mitglieder der oben genannten Kommission vorbereitet und eingereicht.

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.

Die Verschreibung von Medikamenten erfolgt Südtirol weit größtenteils in digitaler Form. Im Bereich der Medikamentenversorgung über die territorialen Apotheken werden circa 80% aller Medikamente digital von den Ärzten verschrieben und von den Apotheken eingelöst. Von der dematerialisierten Verschreibung ausgenommen sind nur jene Medikamente, die gemäß staatlichen Bestimmungen vorerst weiterhin auf Papierrezept verschrieben werden. Die dematerialisierte Verschreibung hat zu einer Verbesserung und Vereinfachung der Abläufe und der Kontrollen geführt.

Auf der institutionellen Homepage des Betriebes wurden alle Informationen zum Thema „*elektronische Verschreibung*“ veröffentlicht (siehe: <https://www.sabes.it/de/elektronische-verschreibung.asp>).

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.

Aufgrund der notwendigen normativen Anpassungen u.a. an die neuen WBS (wesentliche Betreuungsstandards) der Kriterien für die Verabreichung von Heilbehelfen für Diabetes-Patienten und der restlichen Heilbehelfe durch die Landesverwaltung muss der Informatisierungsprozess neu programmiert werden und kann daher frühestens 2020 umgesetzt werden.

Im Bereich der Produkte für die Zöliakie ist die Informatisierung und damit die Verbesserung, Beschleunigung und Vereinfachung der Abläufe über eine Wiederverwendung im Laufe der Jahre 2020/21 eines bereits in einer anderen italienischen Region angewandten Programmes geplant..

Ab September 2019 werden die Inkontinenzgeräte, die in den Seniorenresidenzen auf dem Gebiet der Provinz Bozen verteilt werden, von Sanitätsbetrieb auf der Grundlage eines einzigen Vergabevertrages zur Verfügung gestellt, anstatt über die örtlichen Apotheken geliefert zu werden (siehe Website des Sanitätsbetriebes unter "Transparente Verwaltung" - "Verträge für den Kauf von Waren und Dienstleistungen über einen Betrag von mehr als 1.000.000 Euro" - "Prot.-Nr. 0109472-ME 2019"), um das Verfahren und die Kontrolle der korrekten vertraglich vorgesehenen Leistungen zu standardisieren und zu vereinfachen.

Lagerverwaltung

Die Verwaltung des Pharmazeutischen Lagers des Sanitätsbetriebes ist durch ein Firmenverfahren geregelt, das die Ankunft und Lagerung der Artikel regelt.

Der Sanitätsbetrieb hat ein Projekt für 2016 vorbereitet:

- die Ausarbeitung eines Masterplans innerhalb des Jahres;
- ein Dreijahresplan zur Regelung der Verwaltung der Lagerhäuser;

Der Masterplan (Beschluss Nr. 82/2016 mit dem Titel: "Genehmigung des strategischen Informations- und Kommunikationstechnologieplans des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen für den Dreijahreszeitraum 2016-2018") sieht zusammenfassend Folgendes vor:

- die Entwicklung der Organisation, d.h. die Definition der Verantwortlichen in den verschiedenen Bereichen, mit dem Ziel, mehr Transparenz im Sanitätsbetriebes zu schaffen und die Bezugspersonen für jede Strukturebene (Gesundheitsbetrieb, Krankenhäuser, Bezirke und Sprengel) zu definieren;
- die Harmonisierung der bereits bestehenden Prozesse sowie die Ermittlung einheitlicher Kontrollindikatoren in den Bereichen Bedarf, Einkauf und Vertrieb mit dem Ziel, die Ausgangssituation zu vereinheitlichen;
- Prozessinnovation durch ein Dossier, um die Effizienz und Zuverlässigkeit der Materialwirtschaft zu erhöhen.

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

Die Vision des Projektes (Schlagwörter)



Aus dem Bericht des Performance-Plan 2017 - 2019 geht hervor, dass das Projekt zur Zusammenlegung der Lager in den Sanitärbereichen von Bozen und Meran im April 2017 bis zur Ankunft eines Logistikmanagers eingestellt wurde. Um den Zeitplan zu beschleunigen, wurden inzwischen die Räumlichkeiten für die Lagerung festgelegt und ein Plan für ein Firmenarchiv erstellt (in Auer: ein Lager für Sanitärartikel, einschließlich halbautomatischer Lagerung von Medikamenten). Darüber hinaus wurde im Leistungsplan 2017 - 2019 vorgesehen, dass ein großer Teil der Arbeiten zur Harmonisierung der medizinischen Versorgung bereits durchgeführt wurde (obwohl aus den oben genannten Gründen noch zu entscheiden ist).

Es sei auch darauf hingewiesen, dass die IT-Abteilung mit Unterstützung der Gesellschaft SAIM im Jahr 2017 Analysearbeiten zur Harmonisierung und Digitalisierung der Prozesse zur Verwaltung der Hilfe für postakute und behinderte Patienten (mit Ausnahme des Gesundheitsbezirks Meran) durchgeführt hat.

Schließlich ist hinzuzufügen, dass mit der Vorbereitung und Umsetzung der im PAC programmierten Verfahren ein neues Verfahren für die Lagerverwaltung vorbereitet wurde

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.

Vor 2017 wurde die Entsorgung abgelaufener Medikamente und Rückstände in jedem einzelnen Bezirk ausgeschrieben, um das Risiko korrupter Phänomene zu verhindern - oder zumindest zu reduzieren - und auf der Grundlage des Wirtschaftlichkeitsprinzips, plante der Gesundheitsbetrieb 2017 eine einheitliche Ausschreibung auf Betriebsebene für die Beschaffung dieser Dienstleistung (wie bereits für die Entsorgung gefährlicher, infektionsgefährdeter medizinischer Abfälle geschehen).

Dasselbe galt für die Entsorgung von Laborflüssigkeiten: eine einzige Ausschreibung auf Betriebsebene, die 2018 vergeben wurde (ab August 2018 für zwei Jahre mit der Möglichkeit einer Verlängerung um weitere 4 Monate).

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. Es wurden im Rahmen des Projektes Order Entry nachfolgende Prozesse modelliert und freigegeben, mit den dazugehörigen Verbesserungsplänen: Eine spezifische Intervention zu diesem Thema ist geplant und wird im Jahr 2020 umgesetzt.).

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

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.

Eines der Ziele des neuen IT-Masterplans 2020-2022, der derzeit von der IT-Abteilung erarbeitet wird, ist die Überarbeitung eines konkreten Projekts zur Umsetzung der Arzneimittelrückverfolgbarkeit im gesamten Krankenhausnetz des Betriebes.

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.

Elektronische Krankenakte

Der Betrieb beabsichtigt, das Projekt der Realisierung und Einführung des neuen Gesundheitsinformationssystems, das auf den von SAIM entwickelten Softwaremodulen basiert, in den vier Bezirken fortzusetzen und abzuschließen.

Der Projektvorschlag sieht insbesondere die Entwicklung von Aktivitäten vor, die sich auf zwei Hauptlinien beziehen.

Die erste Leitlinie widmet sich der Erbringung von ambulanten fachärztlichen Assistenzleistungen für so genannte "externe" oder "ambulante" Patienten, für die ein Softwaremodul für die ambulante Krankenakte zur operativen Steuerung des Pflegeprozesses entwickelt wurde.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Ärzte und Pflegepersonal durch die Nutzung der neuen ambulanten Krankenakten in der Lage sein werden:

- die Liste der Patienten mit regulärer Buchung und Abnahme einsehen;
- Zugriff auf dieselben Untersuchungen und diagnostisch-therapeutischen Dienste, die über ein Ablagetool verfügen, das die gesamte klinische Dokumentation (die so genannte "klinische Anamnese") des untersuchten Patienten enthält;
- Medikamente und Dienstleistungen zu verschreiben, ärztliche Bescheinigungen über Krankheit (INPS) oder Unfall (INAIL) auszustellen und weiterzuleiten,
- Berichte zu erstellen.

Schließlich, wenn sie es für sinnvoll halten, kann der Arzt die Möglichkeit der Buchung für den Patienten reservieren

-durch die oben genannten Systemkontrollen und/oder in einen Operationsweg einführen.

Der zweite Direktor widmet sich der Versorgung von "internen" oder "stationären" Patienten im Krankenhaus. Die neue Software ermöglicht daher die Verwaltung der Erste-Hilfe-Aktivitäten, von der Triage bis zur Entlassung, durch die gleiche Abteilung des EH, sowohl wenn auf den Eingriff ein Krankenhausaufenthalt oder eine Entlassung folgt. Für die Verwaltung des dann eingewiesenen Patienten wird die computergestützte Verwaltung des gesamten Krankenhausaufenthaltes von der Aufnahme in die Warteliste über die diagnostische Auswertung bis hin zur anschließenden Aufnahme in die Abteilung bis zu seiner Entlassung gewährleistet.

Über die betreffende Software wird es auch möglich sein, die Ergebnisse von Laboruntersuchungen, Radiologie und Fachberatung abzufragen und zu konsultieren, das klinische Tagebuch (für den medizinischen und pflegerischen Teil) zu erstellen und die Phasen der Verschreibung, Vorbereitung und Verabreichung der Arzneimitteltherapie zu verwalten.

Alle während des Krankenhausaufenthaltes gesammelten Informationen können dann in der Entlassungsphase des Patienten zum Ausfüllen des Entlassungsschreibens und des Entlassungsformulars verwendet werden.

In Anbetracht der Komplexität und der Ausdehnung der am Projekt beteiligten Organisationsbereiche und der Notwendigkeit, die Standardisierung der Wege und die Definition homogener Betriebsabläufe und -formen sicherzustellen, hält es die strategische Leitung des Betriebes für notwendig, die operative Leitung des Projekts einem multidisziplinären Team anzuvertrauen, das von der Leitung der IT-Abteilung koordiniert wird.

Verträge mit Sponsoren, Schenkungen und andere unentgeltliche Zuwendungen:

Insbesondere die Beziehungen zwischen Personal, externen Unternehmen und Sponsoren sind dem Risiko von Interessenkonflikten ausgesetzt.

Nach der Stellungnahme der Nationalen Bioethikkommission vom 18.06.2006 besteht ein Interessenkonflikt im Gesundheitswesen, wenn der Arzt ein Medikament nicht deshalb auswählt, weil es für die Pathologie eines Patienten besser geeignet ist, d.h. um das Gesundheitsinteresse des Patienten zu

schützen, sondern weil es von einem anderen Interesse beeinflusst wird, nämlich dem der pharmazeutischen Industrie, ein Produkt, in das sie ihre Ressourcen investiert hat, zu verbessern. Das größte Risiko betrifft den Fall derjenigen, die Fortbildungsmaßnahmen für den CME durchführen (Referenten) oder diejenigen, die CME-Veranstaltungen organisieren (Anbieter) und geschäftliche Beziehungen zu einem Pharmaunternehmen haben oder hatten, das ein Interesse an der Leitung von Fortbildungsmaßnahmen aus kommerziellen Gründen hat.

Es wird präzisiert, dass gemäß Gesetzesverordnung Nr. 502/92, Gesetzesverordnung Nr. 216/2006 und der Vereinbarung zwischen Staat und Regionen im Falle einer Veranstaltung, die von einem Sponsor hergestellte oder vermarktete Arzneimittel betrifft, die Genehmigung der AIFA erforderlich ist und durch den Ethikkodex der Farmindustria geregelt wird.

Um das Risiko zu reduzieren und die Einhaltung der Kriterien der Transparenz, Effektivität und Effizienz zu gewährleisten, hat der Sanitätsbetrieb einen Vorschlag für eine Betriebsordnung für Sponsoring und Spenden vorbereitet (demnächst als Beschluss angenommen zu werden), um ein klares und einheitliches Verfahren einzuführen, das für alle Bezirke gilt.

Neben der Einführung von Vorschriften zur Verringerung des Risikos von Interessenkonflikten (siehe Anhang I) sieht der betreffende Vorschlag die Festlegung einer Garantiekommision vor, um die Möglichkeit der Herstellung einer direkten Beziehung zwischen dem einzelnen Arbeitnehmer und dem Dritten (Sponsor oder Spender) zu vermeiden.

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.

Es wird darauf hingewiesen, dass in Bezug auf die Gesetzesverordnung Nr. 52/2019 über klinische Studien - mit der Änderungen an der Gesetzesverordnung Nr. 200/2007 vorgenommen wurden - noch nichts unternommen wurde, da die Ausführungserlasse noch nicht veröffentlicht wurden (die Veröffentlichung war für Oktober 2019 vorgesehen).

Ableben im Krankenhaus

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wendet die geltenden Vorschriften für die Durchführung von Tätigkeiten im Zusammenhang mit Todesfällen im Krankenhaus an.

Man beachtet:

- ✓ 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 diffusive"
- ✓ 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 auf Wunsch 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 risikoreiche Ereignisse in diesem Bereich sind die Vermittlungen der Bediensteten mit den Bestattungsunternehmen.

Daher hat der Sanitätsbetrieb die Veröffentlichung von Listen mit den Kontakten zu Bestattungsunternehmen in der Umgebung des betreffenden Krankenhauses eingestellt.

Um diese Aufgabe zu erfüllen, werden in den einzelnen Einrichtungen des Krankenhauses öffentliche gedruckte Telefonbücher (Weiße Seiten) und/oder Internetzugang zur Verfügung gestellt, so dass jeder wählen kann, an welches Bestattungsunternehmen er sich ohne Einmischung der Bediensteten des Sanitätsbetriebes wenden möchte.

Eingänge, Spesen und Vermögen

In diesem Bereich werden nachfolgend die wichtigsten Funktionen der Abteilung Wirtschaft-Finanzen - direkt oder über deren Büros - aufgeführt.

Zurzeit gibt es 5 Büros, die wie folgt aufgeteilt und organisiert sind. Es ist zu beachten, dass nach dem neuen, mit Beschluss Nr. 717 vom 20.12.2018 genehmigten Organigramm (noch nicht umgesetzt), unter Beachtung des Grundsatzes der Verwaltungseffizienz, organisatorisch-strukturelle Änderungen eingeführt werden. Daher wurden in Übereinstimmung mit den ANAC-Bestimmungen über die Rotation zum Zwecke der Korruptionsbekämpfung einige Funktionen zusammengelegt und von 5 auf nur 3 Ämter reduziert, was zu einer Änderung der Aufgaben des einzelnen Mitarbeiters der Sanitätsbetriebes führte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Abteilung derzeit direkt verantwortlich ist für: die Erstellung der periodischen Wirtschafts- und Finanzplanungsunterlagen (einschließlich des Jahresbudgets) und die Erstellung der Jahresabschlüsse, der Quartals- und der jährlichen Gewinn- und Verlustrechnungen; die Einhaltung der gesetzlichen und steuerlichen Vorschriften (einschließlich der jährlichen Mehrwertsteuer-

und Einkommensteuererklärung, die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge und der Einkommensteuer).

In Bezug auf die einzelnen Ämter, die Teil der oben genannten Abteilung sind:

-Buchhaltung und Bilanz (GB BZ-Bozen: Mitarbeit bei der Erstellung der Finanzunterlagen; Verwaltung der Kunden- und Lieferantenbuchhaltung; Restausgabe der Rechnungen des GB BB; Inkasso der elektronischen Zahlungen auf Bezirksebene (PagoPa, Freccia- und Markierungsbuletins); Inkasso der sonstigen Zahlungen des GB BZ; Auszahlung der Gehälter, der Hausärzte, der Apotheken, der Lieferanten im pharmazeutischen Bereich usw. auf Betriebsebene; monatliche Zahlung der Mehrwertsteuer, verschiedene gesetzliche und steuerliche Anforderungen (z.B. Esterometro).

-Rechnungsbüro (GB BZ-Bozen: Ausstellung von Rechnungen für Gesundheitsleistungen des GB BZ; Betriebsweite Ausstellung von Rechnungen für Pap-Tests, administrative Sanktionen; außergerichtliche Einziehung der oben genannten Forderungen;

- Wirtschafts- und Finanzbüro Meran: Verwaltung der Buchhaltung von Kunden und Lieferanten; Ausstellung von Rechnungen durch die Si Meran; Aktivitäten im Inkasso- und Zahlungsbereich; außergerichtliche Eintreibung von Bezirksforderungen; INTRA-EU-Mehrwertsteuer

- Wirtschafts- und Finanzbüro Brixen: Verwaltung der Buchhaltung von Kunden und Lieferanten; Ausstellung von Rechnungen; Inkasso- und Zahlungstätigkeiten; außergerichtliche Einziehung von Bezirksforderungen.

Wirtschafts-Finanzbüro Bruneck: Verwaltung der Buchhaltung von Kunden und Lieferanten; Ausstellung von Rechnungen, Inkasso- und Zahlungstätigkeit; außergerichtliche Einziehung von Bezirksforderungen.

Für die Prozessabbildung wird auf Anhang I verwiesen.

Kleinwohnungen

Im Gesundheitsbezirk Bozen wird die Zuweisung der Kleinwohnungen für das Sanitätspersonal gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 1859 vom 22.11.2010 mit folgendem Betreff „Geförderter Wohnbau – Artikel 22/bis des Landesgesetzes vom 17. Dezember 1998, Nr. 13, in geltender Fassung – Festlegung der Kriterien für die Zuweisung der Kleinwohnungen für das Sanitätspersonal des Sanitätsbetriebes Bozen – Widerruf und Ersetzung der mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1344 vom 26. April 2005 genehmigten Kriterien“, verwaltet.

Der Beschluss sieht die Eintragung seitens des Sanitätsbetriebes Bozen, jetzt Gesundheitsbezirk Bozen, der Bewerber in eine chronologische Rangordnung laut Datum der Gesuchs Einreichung vor. Der ehemalige Sanitätsbetrieb Bozen hat mit Beschluss Nr. 2005-1797 vom 29.08.2005 die Vorzugskriterien entsprechend der einzelnen Berufsbilder für die Erstellung einer Rangordnung des berechtigten Personals des Sanitätsbetriebes Bozen auf die Zuweisung seitens des Institutes für den sozialen Wohnbau des Landes Südtirols einer der 150 Kleinwohnungen, welche sich in der Drususallee Nr. 150-154 befinden, genehmigt.

Durch Art. 1, Absatz 1, des L.G. vom 20. Dezember 2017, Nr. 22, erhält der Artikel 22/bis, Absatz 1/bis des Landesgesetzes vom 17. Dezember 1998, Nr. 13, in geltender Fassung, folgende Fassung:

„Im Rahmen der Verfügbarkeit innerhalb der Wohnheime können einige Kleinwohnungen auch an Körperschaften ohne Gewinnabsichten, die im Gesundheits- und Sozialbereich tätig sind, für die Bedürfnisse von Personen, die Patienten für die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes betreuen müssen, oder an Patienten selbst, beschränkt auf die Dauer des Behandlungszeitraums, zur Verfügung gestellt werden. Die Kriterien für die Zuweisung dieser Kleinwohnungen werden von der Landesregierung festgelegt.“

Mit Entscheidung des Direktors des Gesundheitsbezirks Bozen Nr. 2019-D2-000781 vom 30.04.2019 wurden die Kriterien, die mit oben angeführten Beschluss Nr. 1797/2005 festgelegt wurden, abgeändert. Dies vor allem, da aufgrund des anhaltenden Mangels an Krankenpflegepersonal und Ärzten, die Landesregierung neue Regeln für die Aufnahme von Personal auf befristete Zeit vorgesehen hat und es deshalb für notwendig erachtet wurde, die Vorzugskriterien abzuändern indem das Personal mit befristetem Auftrag gegenüber jenem mit unbefristetem Arbeitsverhältnis begünstigt wird.

Informationen betreffend die Kleinwohnungen sind auf der institutionellen Seite des Sanitätsbetriebes (www.sabes.it) und folgendem Link veröffentlicht:

http://www.sabes.it/de/Formulare.asp?&someforms_action=4&someforms_article_id=47512

Von den anderen Gesundheitsbezirken weist nur der Gesundheitsbezirk Bruneck Personalunterkünfte zu.
Für die Risikoanalyse verweist man auf Anlage I.

Kinderhorte

Seit 01.07.2017 hat die Verwaltungsleitung des Krankenhauses die Führung des Kinderhortes des Gesundheitsbezirks Bozen übernommen.

Die Kinderhorte für die Kinder der Bediensteten werden jeweils in den vier Gesundheitsbezirken von Bozen, Meran, Brixen und Bruneck gemäß einem neuen einheitlichen Reglement verwaltet, welches die Voraussetzungen und Zugangskriterien bestimmt. Dieses Reglement ist mit Beschluss Nr. 349 vom 04.06.2019 genehmigt worden und ist im September 2019 in Kraft getreten.

Die einzelnen Gesundheitsbezirke können zusätzlich ergänzende Regelungen festlegen, um den eigenen Bedürfnissen nachzukommen. Die genannten Regelungen werden regulär veröffentlicht.

Für die Zulassung zum Kinderhort wird zweimal im Jahr eine Rangordnung aufgrund von bestimmten Kriterien mit entsprechenden Punkten erstellt.

Informationen betreffend den Kinderhort im Gesundheitsbezirk Bozen sind auf der institutionellen Seite des Sanitätsbetriebes www.sabes.it unter folgendem Link abrufbar:

https://www.asdaa.it/de/Formulare.asp?&someforms_action=4&someforms_article_id=47508.

Außerdem wird die Organisation der Kindersommerbetreuung für die Kinder der Bediensteten von Mitte Juni bis Ende August verwaltet. Die entsprechenden Informationen sind im Intranet zugänglich.

VergabeprozEDUREN, betrieblicher Fuhrpark (Verwaltung und Wartung)

Der Kauf der Betriebsautos wird von der Abteilung Technik und Vermögen verwaltet; die Wartung und die Verwaltung durch genehmigte Bedienstete ist an den einzelnen Bezirke zugewiesen.

Im Hinblick auf die Einbeziehung weiterer Anti-Korruptionsmaßnahmen ist geplant, dass die Verwaltung des Fuhrparks wie bereits beim Kauf einer einzigen Abteilung zu übertragen.

Der Gesetzgeber suggeriert den Vergabestellen die Anzahl der Ankaufstellen zu reduzieren. Der neue Kodex der Verträge, G.v.D. 18. April 2016 Nr. 50, 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);
- ✓ Kompetenz;
- ✓ Digitalisierung der Prozesse;
- ✓ Austausch der Informationen;
- ✓ Beteiligung der sanitären Strukturen;
- ✓ Dialog mit den Anbietern/Wirtschaftsteilnehmern.

Personalabteilung

In der Anlage I dieses Plans wurden einige Entscheidungsprozesse in der Verwaltung der Personalressourcen revidiert/überarbeitet, (bei der Beschreibung der Risiken als auch bei der Angabe der damit verbundenen Präventionsmaßnahmen) 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.

Zum wichtigen Thema der Rotation siehe Kapitel 3 "Maßnahmen zur Korruptionsprävention".

Bereich Einkäufe

In Übereinstimmung mit Art.1, c.17 des Gesetzes Nr. 190/2012, im Hinblick auf das Vergabegesetz, das Gesetzesdekret Nr. 50/2016 und die zahlreichen ANAC-Richtlinien, die die Einführung von Maßnahmen zur Eindämmung, Verhinderung und Unterdrückung korrupter Phänomene, in einem der am stärksten gefährdeten Bereiche - dem Einkaufssektor - fordern, wurden mit Beschluss Nr. 2019-A-000722 vom 29.10.2019 der Integritätspakt eingeführt: ein Satz von Verhaltensregeln, die nicht nur - wie bereits erwähnt - darauf abzielen, Korruption zu verhindern/zu unterdrücken, sondern auch die Verhaltensethik all derjenigen zu verbessern, die auf unterschiedliche Weise in die Verfahren zur Vergabe von Gütern, Dienstleistungen und Arbeiten involviert sind (von Wettbewerbern bis hin zum Personal des Unternehmens).

Diese Pakte sehen neben den Verhaltensverpflichtungen zum Schutz der Rechtmäßigkeit und Transparenz ein System von Sanktionen vor, die von den öffentlichen Auftraggebern im Falle eines Verstoßes gegen die im Rechtsakt selbst enthaltenen Bestimmungen anzuwenden sind, wobei der Tenor dieser Sanktionen je nach Schwere des Verstoßes unterschiedlich ist (Ausschluss während der Teilnahme an der Ausschreibung im Falle der Nichtunterzeichnung/Nichtannahme des Paktes, den Widerruf des Zuschlags mit der konsequenten Anwendung der ergänzenden Maßnahmen (Zahlung der Kautions und Mitteilung an die ANAC) bis zur Beendigung eines eventuell geschlossenen Vertrages, wenn festgestellt wird, dass die vereinbarten Klauseln verletzt wurden).

Auch in Bezug auf die Beschaffungen wurde Anhang I mit Bezug auf die Beschreibung der Risiken und der damit verbundenen Vorbeugungsmaßnahmen umgesetzt, auch angesichts der Tatsache, dass die Frage der Beschaffungen im Gesundheitssektor Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit der ANAC, des Gesundheitsministeriums und der Agenas ist. Der NAP 2016 sieht in diesem Zusammenhang eine Reihe verbindlicher Hinweise vor, um die Korruptionsprävention in diesem Zusammenhang zu stärken. Eine der eingeführten Präventivmaßnahmen zur Korruptionsbekämpfung ist die Vereinheitlichung der Ausschreibungen, d.h. die Ausschreibung von Lieferungen, Arbeiten und Dienstleistungen auf Betriebsebene und nicht Bezirksebene

Beispielsweise wird neben der Ausschreibung, die die Lieferung von Kontinenzhilfen im Sinne der Bestimmung Nr. 426 vom 24. Juli 2019 des Gesundheitsbezirks Meran (eine Antikorruptionsmaßnahme, die auch zu erheblichen Kosteneinsparungen geführt hat, gemäß dem die Verwaltungstätigkeit durchdringenden Wirtschaftlichkeitsprinzip) vereinheitlicht hat, festgelegt, dass der Gesundheitsbezirk Bruneck gemeinsam mit dem Gesundheitsbezirk Meran eine Ausschreibung für die Wartung von Feuerlöschern durchgeführt hat.

Weitere Informationen zu diesem Punkt finden Sie im nächsten Kapitel.

3. Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen

3.1. Pflichtmaßnahmen

Im Rahmen eines von der Europäischen Union finanzierten Projekts, das darauf abzielt, eine Reihe von Indikatoren zu definieren, mit denen das Korruptionsrisiko in der öffentlichen Verwaltung ermittelt werden kann, hat die ANAC den Bericht "Korruption in Italien 2016-2019" veröffentlicht, der auf einer Untersuchung der von der Justizbehörde in den letzten drei Jahren erlassenen Maßnahmen basiert.

Für weitere Einzelheiten siehe den Bericht "Korruption in Italien 2016-2019" - http://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Comunicazione/News/_news?id=d92b7f9c0a778042565ef9095ee63e8d

Es wird angegeben, wie im Jahr 2017 ein Fall registriert wurde, der Gegenstand eines Disziplinarverfahrens wegen einer möglichen Bestechung war. Im Jahr 2018 gab es jedoch vier Fälle von möglicher Bestechung und Korruption, die sofort Gegenstand eines Disziplinarverfahrens waren. In zwei Fällen haben die betroffenen Mitarbeiter freiwillig gekündigt. Im schwerwiegendsten Fall, bei dem ein Geldumschlag übergeben wurde (Video, das von der „Guardia di Finanza“ veröffentlicht wurde), wurde der Mitarbeiter auf der Stelle entlassen. Der vierte Mitarbeiter, der in die oben genannten Korruptionshypothesen verwickelt ist, wurde stattdessen in einen anderen Bereich versetzt und wartet auf ein Strafverfahren.

Der Gesundheitsbetrieb fühlt sich verpflichtet, sich die von der ANAC ausgesprochenen Empfehlungen zu eigen zu machen und die Last der Förderung einer Kultur der Legalität und Integrität in allen Zuständigkeitsbereichen zu übernehmen, indem sie eine bessere Kenntnis des korrupten Phänomens und der Maßnahmen zu seiner Bekämpfung fördert, um das Gemeinwohl besser zu schützen.

In Bezug auf die Rechtsquellen und Vorschriften, die die Tätigkeit und die Organisation des Sanitätsbetriebs regeln, wird präzisiert, dass es sich um eine instrumentelle Einrichtung der Provinz handelt, die mit öffentlicher Rechtspersönlichkeit und Verwaltungsautonomie ausgestattet ist (LP n. 3/2017).

Die Provinz Bozen hat auf der Grundlage des Autonomiestatuts (D.P.R. 31. August 1972 Nr. 670) die primäre Regelungskompetenz für bestimmte Angelegenheiten, darunter die Landesgesetzgebung, das Personal, die öffentlichen Bauarbeiten, die öffentlichen Aufträge sowie die Hygiene und das Gesundheitswesen (einschließlich der Krankenhausversorgung). Einige der in diesem Plan als korruptionsgefährdet definierten Aktivitäten fallen in diese Bereiche, weshalb für bestimmte Angelegenheiten einige grundlegende Vorschriften der Provinz gelten. In Bezug auf die Struktur ist der Sanitätsbetrieb einzigartig, aber aus Gründen der Verwaltungseffizienz ist er in vier Gesundheitsbezirke (auf der Grundlage der territorialen Bezirke) unterteilt, die den Städten Bozen, Meran, Brixen und Bruneck gehören, wobei jede von ihnen in der Art und Weise und gemäß der Gesellschaftsurkunde technisch-organisatorisch und wirtschaftlich-finanziell autonom ist.

Das Gesetz 190/12 sieht die folgenden verbindlichen Maßnahmen vor (die unabhängig vom konkreten Grad der in den einzelnen Entscheidungsbereichen festgestellten Risiken anzuwenden sind):

-Informationspflicht gegenüber der für die Korruptionsprävention und Transparenz zuständigen Person:

Um das Risiko aus möglichen Korruptionsvorgängen zu kontrollieren, kann der AKTB jederzeit von den Betriebsstrukturen Informationen und Daten zu bestimmten Maßnahmen und Aktivitäten und zu allen wesentlichen Fakten anfordern. Darüber hinaus müssen die Leiter des Sanitätsbetriebes sowie die ärztlichen Direktoren mit der Position des Leiters komplexer Strukturen dem AKTB jährlich alle wichtigen Informationen (z.B. die Einführung weiterer Kontrastmittel, die Erhöhung des Risikos etc.) mitteilen.

In Bezug auf die Informationspflichten wird festgelegt, dass:

1. Mitarbeiter, die von internen oder externen Parteien Berichte über Korruption oder allgemein über die Rechtswidrigkeit erhalten, müssen den AKTB unverzüglich informieren;
2. Die Überwachung der Veröffentlichungspflichten erfolgt alle vier Monate;
3. alle Führungskräfte sind verpflichtet, jede Anomalie, die eine Nichtumsetzung dieses Plans darstellt, unverzüglich zu melden und die erforderlichen Maßnahmen zu ihrer Behebung zu ergreifen oder, falls sie nicht in ihre Managementkompetenz fällt, die erforderlichen Maßnahmen vorzuschlagen;
4. die Ansprechpartner (Leiter der Unternehmensbereiche) müssen dem AKTB über die wirksame Umsetzung und den Stand der Umsetzung der Maßnahmen zur Verhinderung der Korruptionsgefahr

in ihrem Bereich informieren und dabei auch auf neue Maßnahmen hinweisen, die zur Verstärkung der Präventivmaßnahmen erforderlich sind;

5. jede Handlung, jeder Erlass oder jede Regelung des Betriebes, die, auch indirekt, die Frage der Verhinderung von Korruption und der Erhöhung der Legalität betrifft, muss vorher vom AKTB gebilligt werden.

Es wird präzisiert, wie wichtig die Einführung des Whistleblowing-Instituts war, um korrupte Phänomene einzudämmen.

Über dieses Modell gingen 2019 5 Berichte ein.

-Überwachung der Beziehungen zwischen dem Sanitätsbetrieb und den Subjekten, mit denen sie Verträge abschließt:

In diesem Bereich sind mehrere Kontrastmittel im Einsatz, wie z.B.:

- a) Betriebsvorschriften zur Regelung des Erwerbs von Bau-, Liefer- und Dienstleistungen mit Unterschwellenbeträgen;
- b) Richtlinien für die Mitglieder der Vergabekommissionen;
- c) Erklärung, dass keine Gründe für eine Unvereinbarkeit, Interessenkonflikte und Stimmhaltungspflichten in Bezug auf die an der Ausschreibung für die Mitglieder dieser Ausschüsse teilnehmenden Gesellschaften vorliegen;
- d) Neuformulierung - Jahr 2017 - des gesamten Abschnitts der institutionellen Website "Transparente Verwaltung". : Ausschreibungen und Verträge;
- e) die Aktualisierung der Veröffentlichungen gemäß der Gesetzesverordnung Nr. 50/2016 i.g.F. und dem Rundschreiben APC (Agentur für Verfahren und Überwachung der öffentlichen Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträge) Nr. 3/2016 d.d. 29.12.2016 über die Erfüllung der Veröffentlichungs- und Transparenzpflichtungen im Zusammenhang mit öffentlichen Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträgen;
- f) Festlegung zusätzlicher spezifischer Transparenzpflichtungen (siehe den Punkt in Kapitel 4 dieses Plans "Dreijähriges Transparenz- und Integritätsprogramm");

-Rotation der Zuweisungen:

Im Jahr 2016 wurde diese Maßnahme von den Kontakten und dem AKTB mit größerer Schärfe angegangen (obwohl es das Problem der notwendigen Spezialisierung der eingesetzten Humanressourcen gibt, die sowohl auf der Ebene der Verwaltung als auch des Verwaltungsdirektion begrenzt sind).

Unter Beachtung der Grundsätze der Wirksamkeit, Kostenwirksamkeit und Schnelligkeit des Verwaltungshandelns gemäß Art. 1, Absatz 1 des L.P. Nr. 17/1993 wird die Maßnahme in den Bereichen, in denen eine fachliche Qualifikation erforderlich ist, die eine langjährige Erfahrung "auf dem Gebiet" und eine spezifische Ausbildung voraussetzt, noch nicht angewandt; in diesen Bereichen wird die Rotation durch die Aufteilung der Arbeitstätigkeit in Teams ersetzt.

Wenn möglich, wird die Rotation automatisch angewendet. So ist z.B. in den Prüfungskollegien die Rotation der Mitglieder gewährleistet.

Das Thema wurde am 17.11.2016 mit den Direktoren der Abteilungen ausführlich diskutiert und schließlich in der Sitzung vom 29.11.2016 einer spezifischen Bewertung unterzogen, in der vereinbart wurde, eine schrittweise Mehrjahresplanung vorzuschlagen, die auch die im Laufe der Jahre bereits ergriffenen Maßnahmen berücksichtigt.

Es ist hinzuzufügen, dass in Anhang I des Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz 2016-2018 weitere Maßnahmen zur Verhinderung des Korruptionsrisikos im Ausschreibungssektor vorgesehen sind. Im Bereich Ausschreibung wurden 2017 zwei neue Amtsleitlinien verabschiedet, eine für das Ausschreibungsamt im Gesundheitsbetrieb und eine für das Arzneimittelbeschaffungsamt.

Mit Beschluss des G.P. Nr. 1226 vom 15.11.2016 wurde die Ordnungsmäßigkeitskontrolle durch die Rechnungsprüfungsstelle der Provinzialagentur für Verfahren und Überwachung von öffentlichen Bau-, Dienstleistungs- und Lieferaufträgen eingeführt.

In den Jahren 2017 und 2018 überprüfte die AOV Agentur - auf Stichprobenbasis - mehrere Betriebsverfahren.

Es wird auch erwogen, für die wirtschaftlich relevantesten Verfahren die Unterzeichnung der technischen Leistungsbedingungen und Bewertungskriterien durch die Sanitätsdirektion/Pflegedirektion bzw. Ärztedirektion/Pflegedienstleitung Hilfe einzuführen, weshalb es wünschenswert ist, eine Struktur zu schaffen, die den RUP bei der Ausarbeitung der technischen Leistungsbedingungen und Bewertungskriterien unterstützt.

Der Gesundheitsbezirk Brixen hat einen externen Berater für den Heliport Bozen und Brixen vergeben.

Wo immer möglich, hat sich die Technische Abteilung an die Konventionen des Consip oder der Landeskonventionen eingehalten: z.B. Verbindungsdienste - Datennetz, Strom, Festnetz- und Mobiltelefonie.

Außerdem wird festgelegt, dass das MEPA-System für Lieferungen unter 40.000,00 Euro verwendet wird.

Das Ausschreibungsverfahren für den Bezirk Meran wird von der Ausschreibungsbüros Bozen und Meran mit Sitz im Bezirk Bozen durchgeführt. Die Ausschreibungs- und Verwaltungsstelle Bruneck und Brixen mit Sitz in Bruneck ist für die Formulare und Verfahren der Ausschreibungen für den Raum Bruneck und Brixen zuständig und gleicht so eine mögliche fehlende Rotation mit der Beteiligung von Mitarbeitern verschiedener Bezirke aus.

Schließlich wurde ein interner Aufgabenaustausch zwischen den verschiedenen Mitarbeitern in den Pflegedienstleitungen vorgeschlagen. Im Bereich der Pflegedienstleitung sind folgende Maßnahmen in Kraft:

- Information und Schulung des Personals zur Korruptionsbekämpfung;
- Verbot für die Bediensteten, die eigenen Familienangehörigen bei Hausbesuchen zu unterstützen;
- Regelungen für die Verwaltung von Schichten, für die Planung von Urlaub, für den Ersatz von Personal bei Abwesenheit;
- Verbot für die Bediensteten Geschenke anzunehmen;
- Überwachung der Anwendung der oben genannten Punkte durch die Koordinatoren;
- Überwachung der Koordinatoren durch die Führungskräfte (z.B. Kontrolle der Arbeitszeiten, der Ausbildung und der Urlaubsplanung)

Es wird auch präzisiert, dass es 2017 eine "De-facto-Rotation" gab, die auf das Ausscheiden einiger Führungskräfte, die Versetzung anderer und den Wechsel der Führung im IT-Bereich zurückzuführen ist, dessen Direktor nicht im Amt bestätigt wurde.

Im Jahr 2018 war dieses Thema erneut Gegenstand von Sitzungen der Betriebsdirektion und es zeigte sich, dass es in allen Bereichen eine natürliche Rotation der Mitarbeiter gibt.

In jedem Fall ist die Personalzuweisung verpflichtet, Maßnahmen zur Funktionsrotation einzuführen.

Im Jahr 2019 bekräftigte der AKTB in den Sitzungen, dass die Personalrotation eine im Gesetz Nr. 190/2012 (Art. 1, Absatz 4, Buchstabe e), Absatz 5, Buchstabe b), Absatz 10, Buchstabe b) ausdrücklich vorgesehene Maßnahme zur Verhinderung von Korruption und somit von grundlegender Bedeutung ist.

Der AKTB hat mitgeteilt, dass die ANAC mit dem Beschluss Nr. 215 vom 26.03.2019 Hinweise zur Anwendung der "außerordentlichen Rotation" (Art. 16, c. 1 quater, Lgs.D. 165/2001) gegeben hat, die vom Sanitätsbetrieb regelmäßig angewendet wird.

Zusammenfassend haben die Analysen zur Rotation im Jahr 2019 gezeigt, dass:

- ✓ In den Jahren 2018 und 2019 wurde die Generaldirektion des Betriebes abgelöst;
- ✓ in den Jahren 2018 und 2019 in der Abteilung Technik und Vermögen wurden eingestellt:
 - für den Bezirk Bruneck wurden ein Ingenieur und ein Architekt eingestellt
 - für den Bezirk Meran und den Bezirk Brixen je ein Ingenieur;
- ✓ Im Jahr 2019 führte die Prüfungsstelle auf Landesebene Prüfungen durch;
- ✓ in den Jahren 2018 und 2019 variierten einige Führungskräfte;
- ✓ Am 16.12.2019 nahm ein neuer Direktor der Abteilung Einkäufe sein Amt auf;

- ✓ Einige Wettbewerbe und Ausschreibungen des Bezirks Bozen wurden von anderen Bezirken durchgeführt;
- ✓ im technischen Bereich wurden gemeinsame Ausschreibungen von mehreren Bezirken durchgeführt oder ein Bezirk führte Ausschreibungen für einen anderen Bezirk durch z.B.:
 - a) Die Ausschreibung für die Lieferung von medizinischen Gasen und die Wartung der entsprechenden Anlagen auf Betriebsebene wurde unter der Leitung des Bezirks Bozen durchgeführt;
 - b) Für die Entsorgung abgelaufener Medikamente wurde eine Betriebsausschreibung vom Bezirk Bruneck durchgeführt;
 - c) Für die Entsorgung von medizinischen Abfällen wurde eine Betriebsausschreibung vom Bezirk Bozen durchgeführt, (mit der Leitung des RUP vom Bezirk Bruneck;
- ✓ - Auch für den technischen Bereich sind Vereinbarungen unterzeichnet worden:
 - SGM: Wartung von Telefonzentralen;
 - SPC2: Konnektivität und Datenübertragung,
 - Telefon TF5;
- ✓ Im weiteren Verlauf der Jahre haben einige Mitarbeiter durch Wettbewerbe eine höhere Ebene erreicht und damit neue Aufgaben übernommen;
- ✓ Zahlreiche Mitarbeiter führen neue und zusätzliche Tätigkeiten in der eigenen Struktur durch;
- ✓ Für die Einstellung neuer Mitarbeiter werden systematisch Betriebswettbewerbe durchgeführt;
 - Ethik- und Legalitätsschulungen für das gesamte Personal, insbesondere für die Führungskräfte und das Personal, das für die Risikobereiche und dem AKTB zuständig ist.

Seit 2015 ist das gesamte Verwaltung verpflichtet, mindestens eine jährliche Weiterbildung zum Thema Korruptionsprävention, Transparenz, Unvereinbarkeit und Unanfechtbarkeit zu besuchen.

Diese Verpflichtung wurde bei der Ausarbeitung der Ziele für 2016 vorgesehen. Da die Anti-Korruptionsschulungen als kontinuierlich und spezifisch zu verstehen sind, werden für das Jahr 2020 die im Betriebsplan geplanten Schulungen mit der Aus- und Weiterbildung fortgesetzt.

Das Ausbildungsprogramm sollte folgende Punkte verbreiten und vertiefen:

- a) Rechtsvorschriften über die Verhütung von Korruption;
- b) die Anforderungen desselben;
- c) die Rolle des DPKPT;
- d) die Pflichten der Führungskräfte und Mitarbeiter;
- e) die Zuständigkeiten des Sektors;
- f) Whistleblowing;
- g) den Verhaltenskodex;
- h) Transparenz- und Veröffentlichungspflichten;
- i) "potenzielle" Interessenkonflikte und Verpflichtungen zur Stimmenthaltung;
- j) Verstöße gegen die öffentliche Verwaltung;
- k) sektorspezifische Fragen;
- l) sektorspezifische Neuerungen.

Die Schulung zielt darauf ab, die Mitarbeiter über das System von Politiken, Programmen und Instrumenten zu informieren, die zur Bewältigung des komplexen Themas der Förderung von Ethik und Legalität und der Verhinderung korrupter Phänomene eingesetzt werden.

Die Schulung muss dem Grad der Vorbereitung, der Qualifikation und der Funktion des Mitarbeiters als aktives Subjekt der Korruptionsprävention entsprechen.

Für den Dreijahreszeitraum 2018-2020 sind Grund- und Aufbaukurse zu den oben genannten Themen geplant. Mit Beschluss Nr. 2017-A-000568 vom 29.12.2017 hat der Gesundheitsbetrieb den Ausbildungsplan 2018 genehmigt.

Zwischen April und Dezember 2018 fanden elf Schulungen zu den Themen Korruptionsprävention, Rechenschaftspflicht, Transparenz und Legalität statt, die alle Sektoren und das gesamte Personal des Gesundheitsbetriebes einbezog. Bei diesen Gelegenheiten wurde versucht, die traditionellen Themen zusammen mit den neuesten Innovationen zu vertiefen.

Im Hinblick auf die Neuerungen der EU-Verordnung Nr. 679/2016 (GDPR) hat der Sanitätsbetrieb vier Grundkurse zu den Themen Korruptionsbekämpfung, Transparenz und Datenschutz organisiert.

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

Der Schulungszyklus wurde zwischen März und Oktober 2019 fortgesetzt, wobei alle Mitarbeiter der einzelnen Bezirke einbezogen wurden.

Bis Januar 2020 wird der Beschluss mit dem Ausbildungszyklus für dasselbe Jahr verabschiedet: Es werden zweisprachige Kurse entwickelt, die auf jeden Bezugsbereich (Medizin, Krankenpflege, Gesundheitstechniker, Verwaltung usw.) zugeschnitten sind.

In Zukunft wird der Sanitätsbetrieb auch die Entwicklung eines Online-Schulungskurses in Betracht ziehen, um eine noch größere Anzahl von Teilnehmern zu erreichen.

- Kodex der Dienst und Verhaltenspflichten:

Als wesentliches Element dieses Plans ist dieser Kodex eine der wichtigsten Maßnahmen zur Umsetzung von Strategien zur Korruptionsprävention auf dezentraler Ebene, wie von der N.A.P. angegeben.

Der Betriebskodex wurde mit Beschluss Nr. 117 vom 01.07.2014 verabschiedet. Es wird jedem Mitarbeiter bei der Einstellung ausgehändigt und seine Verbreitung erfolgt durch Veröffentlichung auf der Website der Einrichtung zusammen mit Papierexemplaren, die an den Aushängen in den verschiedenen Bezirke ausgehängt werden.

Der Kodex der Dienst- und Verhaltenspflichten enthält Bestimmungen, die die Prävention von Korruption fördern. Der Kodex legt für alle Mitarbeiter eine spezifische Verpflichtung zur Einhaltung dieses Plans fest, wobei jeder Verstoß gegen diesen Plan in der disziplinarischen Verantwortung berücksichtigt wird.

Es wird präzisiert, dass ein neuer Kodex erarbeitet wurde, in den die Disziplin zur Nutzung von Social-Media aufgenommen wurde. Dieser Kodex wird bis 2020 verabschiedet.

Bei Interessenskonflikten und Meldung potenzieller Interessenskonflikte an Ihren Vorgesetzten / Verantwortlichen, der für Korruptionsbekämpfung und Transparenz verantwortlich ist, unter Androhung der disziplinarischen Verantwortung:

Artikel 1 Absatz 41 des Gesetzes 190/2012 führte mit Artikel 6 bis den Interessenkonflikt im Gesetz 241/1990 über Verwaltungsverfahren ein.

Auf der Grundlage dieser Bestimmung führen die Direktoren, Geschäftsführer, RUP, Durchführungsdirektoren und Mitarbeiter der zuständigen Stellen Inspektionen und Kontrollen durch und nehmen Bewertungen an. Alle Mitarbeiter und Berater, müssen sich im Falle eines Interessenkonflikts enthalten und ihrem hierarchischen Vorgesetzten jede Konfliktsituation, auch potentielle, melden.

In diesem Zusammenhang ist auf die Artikel 8 und 9 des oben genannten Verhaltenskodexes zu verweisen, in denen die spezifischen Verpflichtungen, denen die Bediensteten unterliegen, festgelegt sind.

- Vorsehen von Fällen von Unvereinbarkeit:

Im Rahmen des Gesundheitsbetriebes ist es verboten, leitende Positionen zu vergeben und an Wettbewerben oder Wettbewerbskommissionen teilzunehmen, die wegen eines Verbrechens gegen die öffentliche Verwaltung strafrechtlich verurteilt wurden (auch im Falle einer nicht rechtskräftigen Verurteilung); es ist auch verboten, für private Einrichtungen in Verbindung mit zuvor in der öffentlichen Verwaltung ausgeübten Tätigkeiten zu arbeiten. (sog. "Pantouflage") und das Verbot, Aufträge an Personen zu vergeben, die von privatrechtlichen Einrichtungen kommen, die vom Gesundheitsbetrieb finanziert werden, oder an Personen, die Mitglieder politischer Gremien waren.

-Schutz der Mitarbeiter, die Verstöße melden (sog. "Whistleblower") gemäß Art. 54-bis des Gesetzesdekrets 165/2001: 2014 wurde ein Meldeformular auf der Grundlage der von der ANAC gegebenen Hinweise erstellt und verabschiedet.

Diese ist auf der Website der Institution in der Seite "Transparente Verwaltung", Unterabschnitt "Sonstige Inhalte", unter der Seite "Korruption" veröffentlicht und wurde allen Mitarbeitern durch das Rundschreiben Nr. 3 vom 23.07.2014 zur Kenntnis gebracht. Dieses Meldeverfahren gewährleistet den Schutz der Anonymität, das Diskriminierungsverbot und das Recht, die Anzeige der Straftat aus dem allgemeinen Auskunftsrecht herauszunehmen. Im Jahr 2017 wurde das Formular reformiert (nach dem von der ANAC überarbeiteten Modell) und enthält nun anonyme oder nominelle Meldeverfahren.

Die Einführung eines computergestützten Meldesystems, das geeignet ist, die Vertraulichkeit der Identität des Meldenden - später - zu garantieren, ist Ziel 2020 der IT-Abteilung, unter Beachtung der ANAC-Richtlinien und des besonderen Prinzips der Zweisprachigkeit, das in der Provinz Bozen gilt.

Die Einführung: der Erklärung des öffentlichen Interesses von externen Fachleuten, der Erklärung der finanziellen Interessen, der Erklärung der Teilnahme von Fachleuten durch Einladung zu Veranstaltungen, die von Dritten organisiert werden, der Erklärung der Teilnahme von Fachleuten an der Organisation von Veranstaltungen, die von Dritten gesponsert werden, und des Formulars für die Meldung von erhaltenen Geschenken - eingeführt im Jahr 2017 für die Arbeit der Geschäftsethik-Kommission und im Jahr 2018 für die Tätigkeiten der Betrieblichen Pharmazeutischen Kommission und der Kommission für Heilbehelfen.

- Abschluss von Verträgen:

Es ist den Mitarbeitern des Sanitätsbetriebes ausdrücklich untersagt, beim Abschluss der Verträge sowie bei deren Ausführung auf die Vermittlung Dritter zurückzugreifen und durch Vermittlung irgendeinen Vorteil zu geben oder zu versprechen oder zu bezahlen.

Wenn dem Bediensteten durch dieses Verhalten ein (wirtschaftlicher oder sonstiger) Vorteil erwächst, muss er - im Namen des Betriebes - davon absehen, Vertrags-, Liefer-, Dienstleistungs-, Finanzierungs- oder Versicherungsverträge mit Unternehmen abzuschließen, mit denen der Arbeitnehmer in den letzten zwei Jahren private Verträge abgeschlossen oder Leistungen erhalten hat, mit Ausnahme der gemäß Art. 1342 des Zivilgesetzbuches abgeschlossenen Verträge und der Verträge von geringem Wert, die im folgenden Absatz aufgeführt sind. In diesem Fall muss sich der Bedienstete von der Teilnahme an den Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Annahme und Ausführung des öffentlichen Auftrags enthalten und einen schriftlichen Bericht an den Vorgesetzten verfassen.

Darüber hinaus muss jeder Mitarbeiter, der mündliche oder schriftliche Beschwerden von natürlichen oder juristischen Personen erhält, die an Verhandlungsverfahren teilnehmen, an denen das Gesundheitsunternehmen beteiligt ist, seinen Vorgesetzten informieren.

- Im Jahr 2016 wurde der erste Plan für den Geschäftsverlauf 2017-2019 genehmigt, der ein System zur Messung der Führungskräfte auch auf der Grundlage von Zielen hinsichtlich der Korruptionsprävention und der Einhaltung der Legalität vorsieht. Der Performance Plan 2018-2020 wurde im Jahr 2017 genehmigt. Im Jahr 2019 wurden der Leistungsplan 2019 - 2021 und der Allgemeinen Dreijahresplan 2019 - 2021 (Beschluss Nr. 493/2019) genehmigt. Diese Pläne werden im transparenten Verwaltungsbereich der Betriebswebsite veröffentlicht;

- der Leistungsplanbericht 2017 - 2019 (Beschluss Nr. 126/2019) und der Leistungsplanbericht 2018 - 2020 (Beschluss Nr. 495/2019) wurden ebenfalls im Jahr 2019 genehmigt. Diese Dokumente wurden regelmäßig im Bereich der transparenten Verwaltung auf der Website des Betriebes veröffentlicht;

- in Bezug auf die Durchführung von Tätigkeiten nach der Beschäftigung (sog. Pantouflage):

- a) die Aufnahme der Klausel in die Arbeitsverträge, die es den Bediensteten, die in den letzten drei Jahren des Dienstes im Namen des Betriebes Autoritäts- oder Verhandlungsbefugnisse ausgeübt haben, untersagt, in den drei Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit den Empfängern der von der öffentlichen Verwaltung durch dieselben Befugnisse ausgeübten Tätigkeit zu arbeiten oder berufliche Tätigkeiten auszuüben;
- b) die Ausgabe eines Vermerks zum Zeitpunkt der Kündigung an die Bediensteten, die in den letzten drei Jahren eine Autoritäts- oder Verhandlungsbefugnis ausgeübt haben, in dem sie über die Verpflichtung informiert werden, in den drei Jahren nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses keine Arbeit oder berufliche Tätigkeit mit Privatpersonen auszuüben, die Empfänger der mit ihrem Arbeitgeber getroffenen Maßnahmen oder geschlossenen Verträge sind;

-Jahresbericht:

Gemäß Art. 1, Absatz 14 des Gesetzes 190/2012 wird der AKTB innerhalb der festgelegten Frist den Bericht mit dem Jahresbericht über die von diesem DPKPT festgelegten Maßnahmen unter Verwendung des

Vordrucks.

3.2. Zusätzliche Maßnahmen

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 2019 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) im Jahr 2019 hat der Sanitätsbetrieb die halbjährliche Kontrolle der Daten gemäß Art. 23, Absatz 1 des Gesetzesdekrets Nr. 33/2013 und Art. 1, Absatz 16 des Gesetzes Nr. 190/2012 in Bezug auf die Veröffentlichungspflicht abgeschlossen;
- c) der Informationsfluss innerhalb der Gesellschaft ist erhöht worden;
- d) der Prozess der Erkundung und Analyse der Nutzung der bereits beim Sanitätsbetrieb eingesetzten Datenbanken und Anwendungen wurde fortgesetzt, um jede Möglichkeit der automatischen Generierung von Daten, Informationen und Dokumenten zu erkennen, die durch die Transparenzvorschriften erforderlich sind;
- e) 2019 wurde die Datenbank PerlaPA implementiert;
- f) Es ist die Einführung einer Software geplant (ab 2020), um die Verwaltung der Transparenzverpflichtungen auf EDV umzustellen;
- g) die Veröffentlichungspflichten wurden viermonatlich überwacht, um ihren Status zu überprüfen, und die Ergebnisse dieser Überwachung wurden allen Kontakten und der Direktion übermittelt;
- h) Der Beauftragte für Korruptionsprävention und Transparenz hat die Ansprechpartner regelmäßig an den Zeitrahmen für die Aktualisierung/Archivierung der zu veröffentlichenden Daten sowie an die qualitativen Anforderungen, die diese Daten erfüllen müssen, erinnert;
- i) Der Beauftragte für die Korruptionsprävention und Transparenz hat eine gründliche Überprüfung des Abschnitts " Transparente Verwaltung " Personal " Führungskräfte " Lehrpläne, Erklärungen über das Nichtvorhandensein von Unvereinbarkeits-/Unvereinbarkeitsursachen und andere gesetzlich vorgeschriebene Erklärungen durchgeführt und das Ergebnis der zuständigen Kontaktperson mitgeteilt;
- j) Die Überwachung der Zugangsdaten zum Bereich Transparente Verwaltung für den Zeitraum 1. Januar - 31. Dezember 2019 wurde im Unterabschnitt "Sonstige Inhalte"/"Zusätzliche Daten" veröffentlicht;
- k) Im Jahr 2019 wurden die Veröffentlichungen der Verfahrensarten aktualisiert;
- l) im Jahr 2019 wurden die Veröffentlichungen im Bereich der Organisationspositionen überprüft und aktualisiert;
- m) 2019 wurde das neue Verzeichnis der Gesundheitsdienste des Südtiroler Sanitätsbetriebes veröffentlicht;
- n) Die Informationen der ärztlichen Leitung des Krankenhauses Bozen, des Hygienedienstes des Krankenhauses Bozen, des Sozialdienstes des Krankenhauses Bozen, der Ethikkommission und der medizinischen Bibliothek wurden auf der Website des Unternehmens aktualisiert;
- o) Auf der Website des Betriebes wurden einige Daten des Amtes Kommunikation, Marketing und Bürgeranliegen überarbeitet;
- p) In der Sektion " Transparente Verwaltung " Allgemeine Bestimmungen " Allgemeine Gesetze wurden neue Daten hinzugefügt, einschließlich der ins Deutsche übersetzten staatlichen Vorschriften;
- q) Die Arbeiten zur Aktualisierung des Dreijahresprogramms für Transparenz und Integrität 2020-2022 begonnen haben, um seine Annahme bis zum 31. Januar 2020 zu gewährleisten;
- r) Es haben Sitzungen mit einer Reihe von Kontakten zu den Transparenzverpflichtungen stattgefunden;

- s) Am 04.09.2019 fand ein Treffen mit allen Ansprechpartnern zu den Themen Korruptionsprävention und Transparenzverpflichtungen statt;
- t) Im Jahr 2018 wurde eine neue interne Protokollmethode eingeführt, die es ermöglicht, ein halbjährliches Zugangsregister mit dokumentarischen, und allgemeinen Bürgerzugängen zu erstellen und zu veröffentlichen. Dieses Register wurde im Jahr 2019 weiter verbessert und die Schulung für die praktische Umsetzung dieser Protokollmethode wurde im selben Jahr fortgesetzt;
- u) Im Jahr 2019 führte der AKTB Stichprobenkontrollen der registrierten Zugriffe durch;
- v) Der DSB informierte den Sanitätsbetrieb über den Inhalt des Rundschreibens Nr. 1 des Ministeriums für den öffentlichen Dienst von 2019 über die Umsetzung der Vorschriften für den Zugang der Bürger (so genanntes FOIA), in dem die zu treffenden Maßnahmen angegeben sind;
- w) Mit dem Beschluss Nr. 658 vom 08.10.2019 wurde das neue "Handbuch für die Dokumentenverwaltung des Sanitätsbetriebes" und die Anhänge A "Homogener Organisationsbereich (AOO)", B "Zugangsprofilgenehmigungen" und C "PEC- und PEO-E-Mail-Adressen" genehmigt, dieses Dokument wurde im Abschnitt "Transparente Verwaltung" Allgemeine Bestimmungen veröffentlicht;

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 Ehrenamtliche Verbänden, 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.

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 war 2019 Gegenstand von weiteren Verbesserungen.

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.

Es wird auch angegeben, wie der Betrieb im Sinne der Transparenz zusätzlich zu den Daten, die sie nach dem Gesetzesdekret 33/13 zu veröffentlichen hat, weitere Daten veröffentlicht hat.

Bezüglich der Mitteilung des Präsidenten der ANAC vom 23.07.2019 hat der AKTB es für sinnvoll erachtet die Veröffentlichung der Verträge bezüglich Ankäufe von Gütern und Dienstleistungen über einen geschätzten Betrag von 1 Million Euro, als zusätzliche Daten, unter Anwendung von Art. 7-bis, Abs. 3 des G.v.D. Nr. 33/2013 mittels Verdunklung von evtl. persönlichen vorhandenen Daten beizubehalten, da dies eine gültige Korruptionspräventionsmaßnahme darstellt.

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

5. Kontrolle der Maßnahmenimplementierung

Der Plan sieht folgendes Überwachungssystem für die Umsetzung der Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen vor: Nach der Modellierung der Entscheidungsprozesse der als obligatorisch definierten Risikobereiche und der daraus resultierenden Erkennung von Risiken wurden die bereits angewandten Präventionsmaßnahmen aufgelistet und umgesetzt (Indikatoren, Zeitplan, Zuständigkeiten und Methoden zur Überprüfung der Umsetzung sind in Anhang I aufgeführt).

Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen in den für 2019 abzubildenden Bereichen wurde gemäß den Vorgaben und Plänen der relevanten Stakeholder auch im Hinblick auf organisatorische und regulatorische Änderungen überprüft.

6. Risikomanagement

Dies umfasst die Gesamtheit der vom AKTB koordinierten Aktivitäten zur Eindämmung und Überwachung korruptionsgefährdeter Aktivitäten.

Diese Tätigkeit besteht kurz gesagt in der Erkennung risikoreicher Prozesse, ihrer Modellierung und Überwachung, um das korrupte Phänomen durch seine Beseitigung (oder, wo dies nicht möglich ist, durch seine Eindämmung) zu verhindern. Das Hauptinstrument für die Durchführung dieser Tätigkeit ist dieser Dreijahresplan.

Der gesamte Risikomanagementprozess erfordert die Aktivierung von Mechanismen zur Beratung der Führungskräfte der jeweiligen Verantwortungsbereiche. Für die Identifizierung, Analyse, Gewichtung und Umschreibung von Risiken wird daher die Möglichkeit der Einsetzung spezifischer und spezifischer Arbeitsgruppen geprüft, um einen synergetischen und damit effizienteren Vergleich zu gewährleisten.

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 ANAC ;

aktualisiert wird.