

Bericht

“Perspektiven für das Südtiroler Gesundheitswesens”

Ausgearbeitet von:

Dott. Marino Nicolai
a.o.Univ.-Prof. Dr. Leopold Saltuari
Dr. Gerhard Gruber

September 2005

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-------|
| 1) Einleitung..... | S. 2 |
| 2) Rahmenbedingungen..... | S. 4 |
| 3) Analyse des Gesundheitssystems der Autonomen Provinz Bozen..... | S. 8 |
| 4) Grundsätze für ein zukünftiges Südtiroler Sanitätsmodell..... | S. 15 |
| <u>Das Südtiroler Sanitäts-Modell</u> | S. 17 |
| <u>Territoriale Strukturen und autonomes Management</u> | S. 18 |
| <u>Qualitäts-Transfers und einheitliche Standards</u> | S. 20 |
| <u>Regionale Verantwortung und Einbindung der Sozialpartner</u> | S. 21 |
| 5) Reorganisation..... | S. 23 |
| <u>Prävention</u> | S. 26 |
| <u>Aufsichtsrat</u> | S. 33 |
| <u>Sanitätsrat</u> | S. 35 |
| <u>Generaldirektor</u> | S. 36 |
| <u>Sanitätsdirektor, Pflegedirektor und Verwaltungsdirektor</u> | S. 38 |
| <u>Direktor des Gesundheitsbezirkes</u> | S. 40 |
| <u>Krankenhäuser</u> | S. 41 |
| <u>Bereich Territorium</u> | S. 42 |
| <u>Direktionskollegium</u> | S. 43 |
| <u>Stabsfunktionen</u> | S. 43 |
| 6) Vorschläge zur Optimierung von Qualität und Effizienz..... | S. 44 |
| 6/1 Allgemeine Überlegungen zur Qualität | S. 44 |
| 6/2 Reorganisation der Krankenhäuser..... | S. 47 |
| 7) Einsparungen im Zusammenhang mit der Einrichtung des Südtiroler Sanitätsbetriebs..... | S. 49 |
| <u>Anmerkungen zu den Kosteneinsparungen</u> | S. 52 |
| 8) Zusammenfassung..... | S. 56 |
| Die 10 wichtigsten Erkenntnisse für das Südtiroler Gesundheitswesen..... | S. 56 |
| Anhang..... | S. 59 |
| 9) Weitere Überlegungen..... | S. 60 |

1) Einleitung

Wir wurden am 17. Mai 2005 vom Assessorat für Gesundheitswesen beauftragt das heutige Gesundheitssystem in Südtirol zu analysieren und einen Vorschlag für eine Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitssystems auszuarbeiten.

Die Expertengruppe wurde mit Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Verwaltung, Rechtskunde sowie Volkswirtschaft und Management besetzt.

Im Team mitgearbeitet haben:

Dott. Marino Nicolai, Experte im Bereich der Organisation von Gesundheitsstrukturen. Generaldirektor von 1991 – 2005 in verschiedenen Sanitätsbetrieben, unter anderem der Sanitätseinheit von Massa-Carrara, dem Sanitätsbetrieb in der Autonomen Provinz Trient sowie dem Krankenhausbetrieb der vereinten Krankenhäuser von Triest;

a.o. Univ.-Prof. Dr. Leopold Saltuari, Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Hochzirl und Leiter der Abteilung für Neurologie des Landeskrankenhauses Hochzirl;

Dr. Gerhard Gruber, Geschäftsführer der Privatkliniken Marienlinik (Bozen) und Martinsbrunn (Meran), Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der Krankenhäuser in Europa die in Vinzentinischer Trägerschaft sind.

Der vorliegende Bericht enthält neben den neuesten Entwicklungen in Europa, mit spezifischem Schwerpunkt auf die angrenzenden Regionen, auch ein konkretes Organisationsmodell wie in Zukunft das Gesundheitswesen in Südtirol geführt werden kann.

Eine wesentliche Vorgabe für die Arbeit war eine künftige Betriebsstruktur zu entwickeln, mit welcher Südtirol den neuen Herausforderungen im europäischen „Gesundheitswesen“ gewachsen ist. Dabei standen in erster Linie die Qualitätsdiskussion und der Erhalt eines flächendeckenden, öffentlichen Gesundheitssystems inklusive dem Erhalt der sieben Krankenhäuser, im Vordergrund.

Aufbauend auf diese Vorgabe wurden im Rahmen dieses Berichtes, Leitlinien für die Qualitätssicherung, Effizienzpotentiale und Wirtschaftlichkeit aufgezeigt, wie die künftigen Herausforderungen bewältigt werden können.

2) Rahmenbedingungen

Nach einer ersten Phase, in der die entwickelten Länder fast überall auf der Welt ein für alle zugängliches und am Prinzip der Gleichheit orientiertes Gesundheitswesen aufbauten (bis Ende der 70er-Jahre), und einer zweiten Phase, in der alle Anstrengungen auf die Kontrolle der ständig steigenden Ausgaben ausgerichtet waren (80er-Jahre und Anfang der 90er-Jahre), folgte eine dritte bis heute noch nicht abgeschlossene Phase. Aufgrund der unten genannten Faktoren konzentriert sich nun die geplante Reorganisation des Gesundheitswesens auf die **Verbindung von Qualität und Effizienz**:

- a) **Die Gesundheit wird vom Bürger immer mehr als Grundrecht wahrgenommen**; er erwartet sowohl in technischer Hinsicht als auch hinsichtlich der Qualität der Behandlung bestmögliche Leistungen. Der Bürger verlangt immer schnellere, angemessenere und trotzdem hoch qualitative Leistungen in der Diagnostik, in der Pflege und in der Rehabilitation.
- b) Der außergewöhnlich rasche Fortschritt der Technik (bildgestützte Diagnose, chirurgische Techniken, Anästhesietechniken, Krebsbehandlung usw.) führt zu neuen Ansätzen in der Gesundheitsversorgung und erfordert eine Neugestaltung des Leistungsangebots (z.B. im Verhältnis Krankenhaus-Territorium und in der internen Organisationsstruktur der Krankenhäuser).
- c) **Die demografische Entwicklung, gekennzeichnet durch das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung, und die zunehmenden chronisch-degenerativen Erkrankungen** führen zu einem starken Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und zu einem gesteigerten Ressourcenaufwand im gesamten Sanitätsbereich.

Daher haben fast alle Gesundheitssysteme Mechanismen wie die **Fallkostenpauschale (DRG)**, die der Effizienzsteigerung dienen, sowie das

Prinzip der freien Wahl des Bürgers eingeführt, das sich in Italien bereits allgemein durchgesetzt hat und zur Qualitätsförderung beiträgt. Diese Mechanismen, die auch den **Wettbewerb** zwischen den Gesundheitseinrichtungen fördern, werden ausgeglichen durch den **Grundsatz der Angemessenheit**, demzufolge die Leistungen den tatsächlichen Bedürfnissen des Patienten entsprechen müssen; dies setzt die Entwicklung von Instrumenten zur **Kontrolle der erbrachten Leistungen** voraus, um negative Auswirkungen des Wettbewerbsdrucks zu verhindern.

Im italienischen System erweist sich jedoch insbesondere das **Prinzip der freien Wahl des Bürgers** als ein **starker Wegbereiter für Veränderungen**, da die Bürger mit ihren freien Entscheidungen beträchtlich zur Mobilität beitragen. Der Mobilitätsfluss zwischen den italienischen Regionen belief sich im Jahr 2003 nach Angaben des Ministeriums auf 3.197.772.000 Euro (ca. 6.000 Milliarden Lire); ein Großteil dieser Mobilität ist **ganz offensichtlich auf die bewusste Suche der Bürger nach der bestmöglichen Behandlung zurückzuführen**. Die Größenordnung dieses Phänomens beweist auch, dass der **Wettbewerbsprozess zwischen den regionalen Gesundheitssystemen und den Gesundheitseinrichtungen** – ganz unabhängig von den Bemühungen um eine Regulierung des Systems – ohnehin bereits voll im Gange ist.

Eine ähnliche Situation im Gesundheitswesen findet sich in fast allen europäischen Ländern.

Diese Aussagen müssen noch durch einige Überlegungen zum Gesundheitswesen in der EU ergänzt werden. Auf europäischer Ebene findet derzeit ein Vergleich der Bestimmungen im Bereich des Gesundheitswesens statt, Ziel ist die **Liberalisierung der Freizügigkeit der Patienten**; dieser Trend ist nicht zuletzt auch die Folge einiger entsprechender Urteile des Gerichtshofes.

Infolge dieses Trends zeichnen sich im Gesundheitswesen Kooperations- und Integrationsmöglichkeiten, aber auch ein verstärktes Werben um Patienten ab.

Dies legt die Schlussfolgerung nahe, dass die europäischen Gesundheitssysteme und vor allem die Einrichtungen in den Grenzregionen sich für diese neue Herausforderung rüsten müssen, bei der es hauptsächlich um Qualität geht. Nur so kann der Verlust von Patienten verhindert werden, der in erster Linie **Ausbildungs- und Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen und schließlich auch wirtschaftliche Einbußen zur Folge hätte**. Einige italienische Regionen wie Venetien (das bereits als attraktiver Gesundheitsmarkt gilt) und Friaul-Julisch-Venetien arbeiten bereits am **Aufbau einer Euroregion** mit Kärnten, Slowenien und Istrien. Im Mittelpunkt dieser Bemühungen steht in erster Linie die **Kooperation im Gesundheitswesen**.

Angemessenheit, Qualität und Effizienz (Ausgabenoptimierung statt Ausgabenkürzungen) sind daher die richtigen Stichworte für die **Erneuerung eines Systems, das sich mit den italienischen und europäischen Gesundheitssystemen im Wettbewerb messen können soll**. Denn nur so kann eine etwaige Abwanderung von Patienten auf ein Minimum gesenkt werden; Ziel ist stattdessen der Aufbau von für Patienten **attraktiven Kompetenz- und Excellence-Zentren**, um so Ausbildungs- und Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen und die damit verbundene Kettenreaktion zu verhindern.

Unter **Kompetenzzentrum** versteht man eine auf ein Fachgebiet spezialisierte Einrichtung oder eine interdisziplinäre Organisationsstruktur (z.B. auf Departmentebene), in der ein hohes Maß an beruflicher und organisatorischer Kompetenz für die Diagnose und Behandlung bestimmter Krankheiten gewährleistet wird.

Das Kompetenzzentrum kann eine Einzelstruktur für das gesamte Landesgebiet (z.B. Neurochirurgie, Interventionskardiologie, Strahlentherapie) oder eine Einrichtung für die fachärztliche Koordinierung sein (z.B. medizinische Onkologie, Diätetik und klinische Ernährung, Nephrologie, Sportmedizin, Rheumatologie), so dass unabhängig vom Standort der Leistungserbringung

Gesundheitsleistungen auf höchstem internationalem Niveau erbracht werden können.

Unter **Exzellenzzentrum** versteht man eine Spezialeinrichtung, die höchst komplexe Leistungen erbringt und deren Einzugsgebiet in der Regel auch andere in- und ausländische Regionen (z.B. Hämatologie, künstliche Befruchtung) umfasst.

In verschiedenen italienischen Regionen wurden ebenso wie in anderen europäischen Ländern mehrere Sanitätsbetriebe zu einem einzigen Betrieb zusammengelegt, um die eigene Position auf dem künftigen Gesundheitsmarkt zu stärken. Nur so konnten die zahlenmäßigen Voraussetzungen geschaffen werden, die die Erreichung der Ziele – **Angemessenheit, Qualität und Effizienz** – garantieren.

3) Analyse des Gesundheitssystems der Autonomen Provinz Bozen

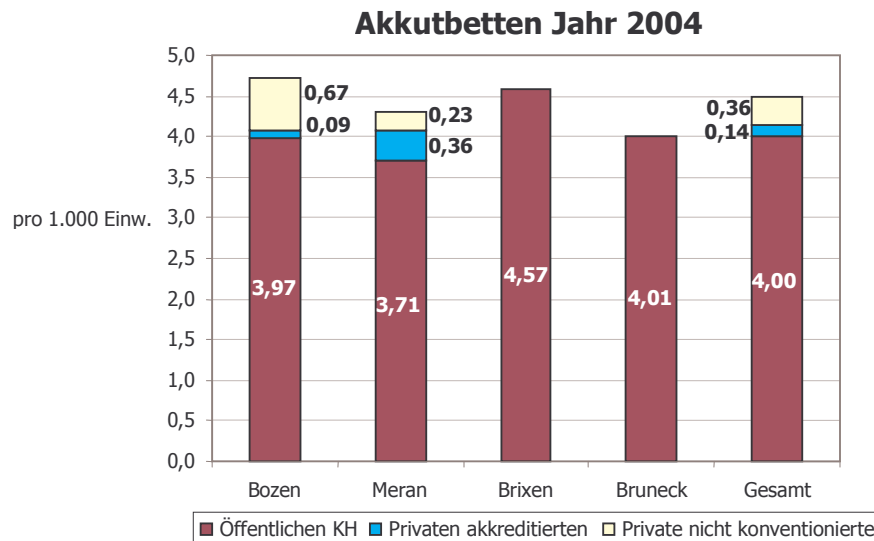
Die Gesundheitsindizes, die den Landesgesundheitsberichten entnommen werden können, zeichnen ein **durchaus erfreuliches Bild des Gesundheitszustands der Bevölkerung** (hohe Lebenserwartung, sehr geringe Kindersterblichkeit, Sterblichkeitswerte infolge von Herz-Kreislaufkrankungen und Tumoren unter dem italienischen Durchschnitt usw.).

Die territoriale Versorgung zeichnet sich durch eine für Italien ungewöhnliche Vielfalt von Diensten aus: Odontostomatologie, kinderärztliche Beratungsstellen, Beratungsstellen für Geburtshilfe, Dienst für Diät und Ernährung, territorialer Krankenpflagedienst, Entwicklung der programmierten und integrierten Hauspflege; flächendeckende Organisation des psychiatrischen Dienstes und der psychologischen Versorgung, eines in vielen Regionen eher kritischen Bereichs.

Auch die **Krankenhausversorgung entspricht vor allem im Bereich der Grundversorgung und des spezialisierten Leistungsangebots insgesamt den Bedürfnissen der Bevölkerung** und weist sowohl **quantitativ als auch qualitativ** eine hervorragende Performance auf, die nicht zuletzt das Ergebnis der ausgezeichneten technischen Ausstattung der Südtiroler Krankenhäuser ist.

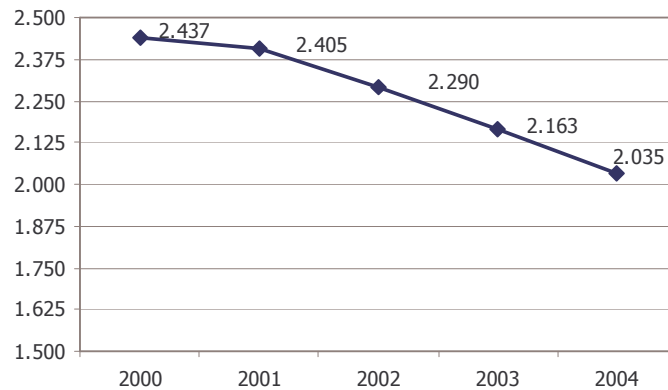
Das Südtiroler Gesundheitswesen hat mit anderen Worten seine Aufgaben in der Vergangenheit erfolgreich erfüllt. Dennoch **muss die Entwicklung vor allem im Hinblick auf das eingangs beschriebene Szenarium beschleunigt werden**, um rasch insgesamt **ein Exzellenzniveau zu erreichen**, das angesichts des künftigen Wettbewerbsdrucks unverzichtbar ist.

In diesem Sinne ist das System - wie aus den verschiedenen Indizes (Hospitalisierung, Ausgaben für den Makrobereich Krankenhausversorgung) hervorgeht, noch zu sehr **krankenhauslastig**.



Denn trotz der Reduzierung der Bettenanzahl für Akutkranke in den letzten Jahren gab es 2004 in diesem Bereich landesweit noch einen **Bettenüberschuss** (4,14 pro 1.000 Einwohner) im Vergleich zu dem Index von 3,5 pro 1.000 Einwohner, der im Abkommen zwischen dem Staat und den Regionen vom März 2005 vorgesehen ist. In den Jahren 2000 bis 2004 wurden in öffentlichen und privaten (vertragsgebundenen) Einrichtungen bereits 402 Betten für Akutkranke abgebaut. Ende 2004 gab es insgesamt 2.035 Betten für Akutkranke für ordentliche Aufenthalte in öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Krankenhäusern.

Entwicklung Akutbetten Jahren 2000-2004

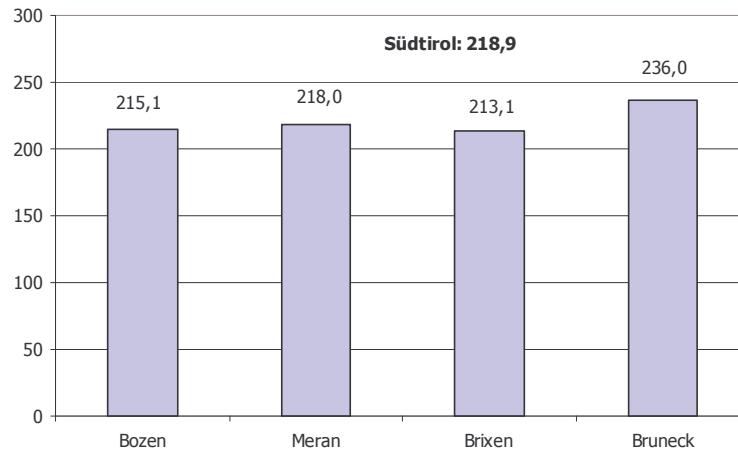


Im selben Zeitraum kamen insgesamt 104 Betten in der Rehabilitation (Kennzahl 56 und 60)¹ hinzu. Im Tagesklinikbereich lag der Anteil der Aufenthalte im Jahr 2004 südtirolweit bei 22,6% und damit weit unter dem gesamtitalienischen Durchschnittswert von 35%. Der Überschuss an Betten für Akutpatienten wird durch den immer noch **relativ** hohen **Hospitalisierungsindex² der Südtiroler Bevölkerung** (218,9 Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Einwohner im Jahr 2004 bestätigt; der vorgeschriebene Wert laut Abkommen Staat-Regionen vom März 2005 liegt bei 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner).

¹ Kennzahl 56: Post-akute Rehabilitation,
Kennzahl 60: Post-akute Langzeitpflege

² Hospitalisierungsindex: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro 1.000 Einwohner

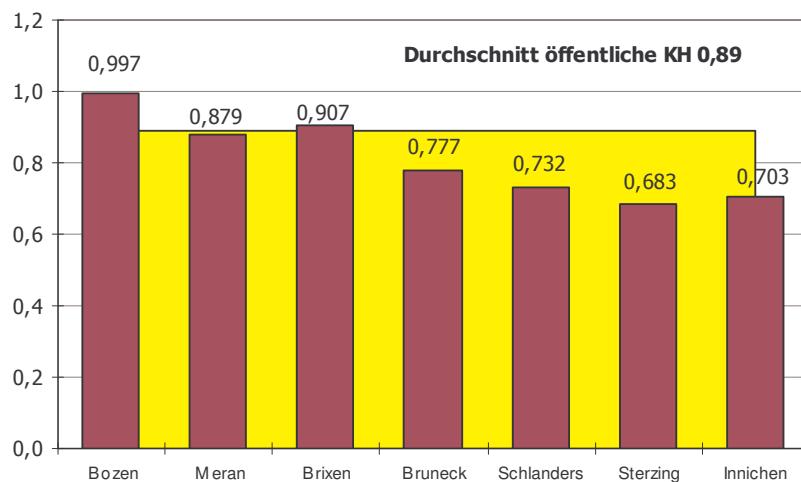
Krankenhausaufnahmen pro 1000 Einwohner Jahr 2004



Andererseits scheint der Begriff **"Krankenhausnetzwerk"** kaum entwickelt zu sein, da die fehlende Konzentration komplexer Krankheitsfälle auf ausgewählte Standorte sich negativ auf den Aufbau von hoch spezialisierten Abteilungen auswirkt (Kompetenz- und Exzellenz-Zentren).

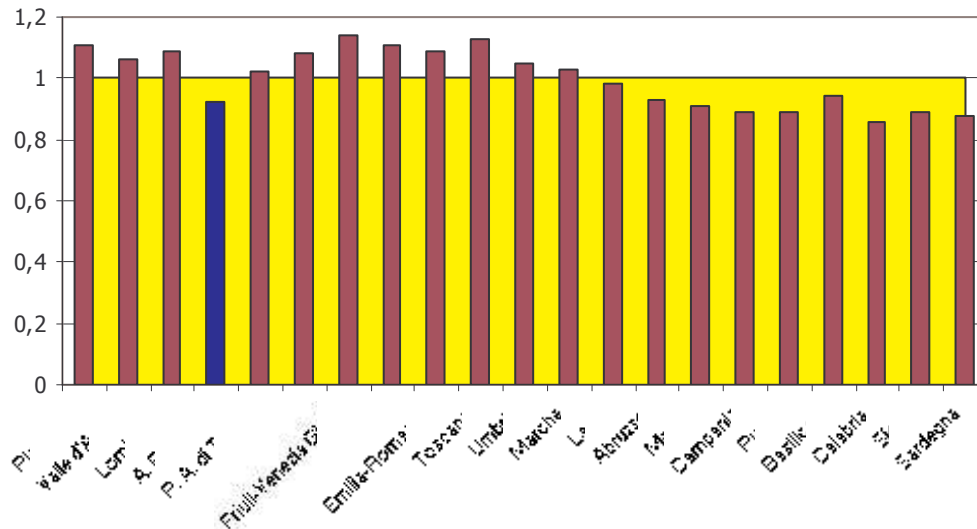
Der durchschnittliche Case-mix³ liegt in Südtirol mit 0,89 signifikant unter dem gesamtitalienischen Durchschnittswert.

Case-mix Index öffentlichen KH Jahr 2004



³ Case-mix: Der Casemix-Index drückt die Komplexität und die Schwere eines Eingriffs im Gesundheitswesen aus. Eingriffe von sehr niedriger Komplexität sind einfache Eingriffe wie z. B. eine Blinddarmoperation ohne Komplikationen; Eingriffe von hoher Komplexität sind schwierige Eingriffe wie z. B. eine Nierentransplantation.

Case-mix Index in den Regionen Italiens Jahr 2003



Quelle: Gesundheitsministerium

Als Folge davon entwickelte sich 2004 eine beträchtliche passive Mobilität mit 7.618 Krankenhausaufenthalten außerhalb von Südtirol, was 7,5% der Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte entspricht; 4,4% wurden in andere Einrichtungen in Italien, 3,1% in Kliniken in Österreich und in anderen EU-Ländern eingewiesen.

Eine Modernisierung des Systems nach **Maßgabe der Richtlinien des im April 2004 von der Landesregierung verabschiedeten Dokuments** scheint daher dringend erforderlich; die Vorgaben dieses Dokuments können mit den sehr aussagefähigen Begriffen **Angemessenheit der Leistungen und Rationalisierung der Ressourcen** trefflich zusammengefasst werden.

Dieser neue Ansatz erfordert zusätzlich noch folgende Maßnahmen:

- a) (vor allem qualitativer) **Ausbau der territorialen Dienste**, die einige aus den Krankenhäusern ausgelagerte Leistungen übernehmen müssen (Hauspflege als Alternative zum Krankenhausaufenthalt, geschützte Entlassung, ambulante Erstbehandlungen);

- b) **Neugestaltung der Krankenhausleistungen** (weniger ordentliche Aufenthalte, mehr Tagesklinik-Aufenthalte, mehr Day-surgery, mehr ambulante medizinische und/oder chirurgische Leistungen);
- c) **Rationalisierung der Krankenhausorganisation** (starke Reduzierung der Bettenzahl für ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutpatienten, Erhöhung der Bettenzahl für Day-hospital/Day surgery, Erhöhung der Bettenzahl für Rehabilitation und Langzeitpflege). In diesem Zusammenhang muss auch das Problem der Errichtung eines Krankenhausnetzwerks in Angriff genommen werden; **dies erfordert die Konzentration bestimmter komplexer Krankheitsfälle auf ausgewählte Standorte, um damit die Entwicklung von Kompetenz- und Exzellenz-Zentren zu ermöglichen.** Die Rationalisierung muss einhergehen mit der **Reorganisation einiger Bereiche** (z.B. Rehabilitation und Onkologie, wo es auf Landesebene an entsprechenden Fachabteilungen fehlt). Außerdem muss die **Zweckmäßigkeit der Einführung von heute noch nicht vorhandenen Fachgebieten** (z.B. plastische Chirurgie, Thoraxchirurgie) bewertet werden; dazu müssten nach Möglichkeit bestehende Strukturen oder andere **hoch spezialisierte Einrichtungen** genutzt werden (z.B. Kardiochirurgie, dadurch würde der gesamte Bereich Kardiologie vervollständigt und könnte so einen wertvollen Impuls erhalten).

Um diese Ziele zu erreichen und ein **Exzellenz-System aufzubauen, muss die starke Fragmentierung des Gesundheitssystems** mit seiner Unterteilung in vier Sanitätsbetriebe **überwunden werden.**

Das derzeitige System ist gekennzeichnet durch eine hohe Anzahl von **Entscheidungszentren**, was sich negativ auf die operative Planung auswirkt. Daher gibt es z.B. in einem Sanitätsbetrieb Wartelisten, während die Kapazitäten in einem anderen Sanitätsbetrieb für dieselbe Angelegenheit nicht ausgelastet sind.

Die derzeitige Aufteilung in vier Sanitätsbetriebe hat zu einer überflüssigen Multiplizierung von Abteilungen für dieselben Verwaltungstätigkeiten geführt: Personalverwaltung, Ökonomat, Abteilung Vermögen, Abteilung Gesundheitsleistungen, Abteilung lokales Gesundheitsinformationssystem, Controlling-Abteilung. Als Folge dieser Aufteilung wurden auch verschiedene Buchhaltungs- und Informatiksysteme entwickelt, außerdem weisen die Controlling-Systeme in den einzelnen Sanitätsbetrieben einen unterschiedlichen Entwicklungsstand auf (z.B. unterschiedliche Interpretation des Kollektivvertrags, nicht vergleichbare Daten, nicht kompatible Berichtssysteme).

Das gilt auch für die Hilfsdienstleistungen im sanitären Bereich, wie beispielsweise Wäschereien, Sterilisationszentrale für Operationswäsche.

Außer auf diese Doppel- und Mehrfacheinrichtungen wird auch auf die organisatorischen und strukturellen Kapazitäten in Bereichen verwiesen, in denen die einzelnen Betriebe es vorzogen, sich eigenständig zu organisieren statt die Zusammenarbeit mit den anderen Sanitätsbetrieben zu suchen.

Beispiel Wäscherei:

Die Sanitätsbetriebe Bozen und Meran betreiben ihre eigene Wäscherei und reinigen die gesamte Wäsche intern. Der Sanitätsbetrieb Brixen hat ein Mischsystem bei der Wäsche. Patientenwäsche und Dienstbekleidung werden im Sanitätsbetrieb gewaschen, die Sonderwäsche und OP-Wäsche wird an ein Unternehmen außerhalb der Provinz ausgegeben.

Bruneck hat die gesamte Wäsche an ein Unternehmen nach Vorarlberg ausgegeben.

Wie dieses Beispiel zeigt, ist der Wäschereidienst in den Südtiroler Sanitätsbetrieben sehr unterschiedlich gehandhabt. Diese Vorgangsweise ist sowohl in ökonomischer als auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht nicht opportun, da dies zu enormen Kostenunterschieden und zudem zu geringerem Steueraufkommen und Arbeitsplatzverlusten führt.

4) Grundsätze für ein zukünftiges Südtiroler Sanitätsmodell

Die Analyse des Südtiroler Gesundheitswesens zeigt zusammenfassend, dass wir in Südtirol ein gewachsenes, flächendeckendes und für alle zugängliches Gesundheitssystem mit 7 Krankenhäusern und einer ausgeprägten territorialen Betreuung haben. Auf der anderen Seite weist das heutige in 4 Sanitätsbetriebe gegliederte System viele Parallel- oder Mehrfachstrukturen auf. Damit stehen die strukturellen Voraussetzungen dem Ausbau medizinischer Qualität im Weg und verhindern eine optimale Ressourcennutzung, so dass die Erfordernisse einer modernen, effizienten Unternehmensführung mit einheitlichen Qualitäts- und Managementstandards nicht erfüllt werden.

Die nationale italienische Gesetzgebung legt bestimmte Grundprinzipien fest, nach denen Sanitätsbetriebe organisiert und geführt werden müssen. Es ist notwendig, diese Rechtsgrundlagen kurz aufzuzeigen bevor eine für die Südtiroler Verhältnisse zugeschnittene Organisationsform dargestellt werden kann.

Bei der Konzipierung des Organisationsmodells für den Südtiroler Sanitätsbetrieb wurden natürlich die von den staatlichen Gesetzen vorgeschriebenen Grundprinzipien eingehalten.

Trotz der Unterschiede in der Gestaltung der verschiedenen regionalen Modelle - die seit der Reform im Rahmen des Verfassungsgesetzes Nr. 3/2001, mit dem die Befugnisse der Regionen mit Normalstatut erheblich ausgebaut wurden, besonders stark ausgeprägt sind - müssen für Südtirol die im Landesgesetz Nr. 7 vom 5. März 2001 bereits festgelegten Grundprinzipien eingehalten werden.

Dazu gehört z.B. die Tatsache, **dass die Körperschaft/der Betrieb eigene Rechtspersönlichkeit öffentlichen Rechts** laut Definition in Art.1/bis des gesetzesvertretenden Dekrets Nr.502/92 in geltender Fassung besitzt. Die Rechtssprechung hat im Übrigen nun geklärt (siehe Verfügung des Verwaltungsgerichts Latium III ter, 01.09.2005 Nr. 4772), dass die

Sanitätseinheiten und die Krankenhäuser "instrumentelle Körperschaften" der Region (und natürlich der autonomen Provinzen) sind und dass diese von den Regionen/Provinzen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden.

Obligatorisch vorgeschrieben sind auch die Einsetzung der **Organe Generaldirektor und Aufsichtsrat** sowie die Verabschiedung der Geschäftsordnung usw.

Im Rahmen dieser zwingend vorgeschriebenen Regeln wurde das Organisationsmodell für den Südtiroler Sanitätsbetrieb entwickelt.

Das Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes, spielt hier eine ganz wichtige Rolle. Damit wurden die zentralen Prinzipien der staatlichen Gesetzgebung übernommen und dies wird auch die Basis für das zukünftige Südtiroler Modell darstellen.

Der vorliegende Vorschlag berücksichtigt die oben beschriebenen normativen Grundsätze und trägt den Besonderheiten der Südtiroler Situation hinsichtlich der politischen, kulturellen und geografischen Rahmenbedingungen Rechnung. Nicht irgendein Modell soll das zukünftige Südtiroler Gesundheitswesen prägen, sondern ein auf die Südtiroler Verhältnisse maßgeschneidertes Konzept muss erstellt werden.

In der Diskussionsphase ist mehrfach auch der Gedanke zur Bildung einer Holding aufgetaucht. Klar ist aber, dass eine Holding nicht die heutigen Betriebe ersetzen könnte, da ein Sanitätsbetrieb laut oben beschriebener Rechtsnormen eine instrumentelle Körperschaft der Provinz sein muss. Eine Holding könnte also nur ein zusätzlicher fünfter Betrieb über den heutigen vier Betrieben sein, der insgesamt neben dieser zusätzlichen Struktur auch mehr Bürokratie, längere Wege, mehr Führungsebenen und noch schwerfälligere Entscheidungsprozesse mit sich bringen würde.

Eine Holding ist normalerweise eine Gesellschaft, welche Betriebsbeteiligungen bei sehr heterogenen Unternehmen nach einheitlichen Gesichtspunkten

verwaltet werden. Sie dient zur gemeinsamen Kapitalbeschaffung und zur Wahrnehmung gemeinsamer Interessen. Sie ist, da sie nur sehr mittelbaren Einfluss auf die Gesellschaften hat (Bestellung des Managements), nicht geeignet die operative Tätigkeit der Konzerntöchter nach einheitlichen Kriterien auszurichten.

Im Gesundheitsbereich, wo es um die strategische Führung relativ homogener Realitäten geht, müssen kürzere und kurzfristigere Steuerungsmöglichkeiten geschaffen werden, als dies in einer Holding möglich ist.

Aus diesen Gründen ist die Idee einer Holding grundsätzlich als ungeeignet zu betrachten.

Das Südtiroler Sanitäts-Modell

Das zukünftige Modell muss, um den gestellten Anforderungen gerecht werden zu können, einige zentrale Charakteristiken aufweisen. Schlanke Führungs- und Verwaltungsstrukturen sollen schnelle Entscheidungen und kurze Wege ermöglichen. Qualitative und ökonomische Vernetzung der bestehenden Strukturen können Qualitätssteigerung mit ökonomischen Vorteilen garantieren. Durch die Entlastung der Krankenhäuser und der territorialen Dienste von Verwaltungsaufgaben können die zur Verfügung stehenden Ressourcen noch besser für die Gesundheitsversorgung der Patienten eingesetzt werden.

Das Südtiroler Sanitätsmodell berücksichtigt gleichermaßen die Stärken des bisherigen Systems, erhält weiterhin erfolgsnotwendige autonome Entscheidungs- und Handlungsspielräume in den dezentralen Organisationseinheiten und bündelt zentral die Aufgaben und Kräfte, die ein modernes Sanitätsmanagement kennzeichnen.

Ziele dieser Reform sind:

- den öffentlichen Gesundheitsdienst flächendeckend für die Zukunft zu sichern;
- einheitliche Qualitätsstandards in Medizin und Verwaltung zu schaffen;
- kostenintensive Doppelgleisigkeiten künftig zu vermeiden.

Um die genannten Ziele erreichen zu können werden folgende verbindliche 3 Leit - Prinzipien für das Südtiroler Sanitäts-Modell definiert:

Prinzip 1: **Territoriale Strukturen und autonomes Management**

Prinzip 2: **Qualitäts-Transfer und einheitliche Standards**

Prinzip 3: **Regionale Verantwortung und Einbindung der Sozialpartner**

Territoriale Strukturen und autonomes Management

- schlanke Struktur und Zentralaufgaben im Südtiroler Sanitätsbetrieb
- Verwaltungsstrukturen der dezentralen Strukturen weiter nutzen
- Erhaltung der bestehenden Strukturen bei schlanker Führung
- Konzentration auf medizinische und pflegerische Kernaufgaben und Kompetenzschwerpunkte
- Koordinierte Autonomie vor Ort für flexible und kurze Entscheidungswege
- Berücksichtigung der lokalen wirtschaftlichen Kreisläufe
- Mitwirkung bei Forschungs- und Entwicklungsprojekten

Der einheitliche Südtiroler Sanitätsbetrieb wird künftig dem Land und dem Bürger gegenüber die Letzt-Verantwortung tragen. In einer schlanken Struktur werden neben dem strategischen Management des landesweiten Gesundheitsdienstes und der operativen Koordination der betreffenden

Einrichtungen all jene Aufgaben schrittweise übernommen, die nicht zum Kerngeschäft der territorialen Struktur gehören. Dies sind beispielsweise Investitionsgüter-Einkauf, Regelungen für den autonomen Einkauf vor Ort, Personalverwaltung und –Entwicklung, Zentrales Informationssystem, Qualitätsstandards, Prozessoptimierung, Finanzwesen etc.

Bei der Erfüllung dieser Aufgaben wird der Südtiroler Sanitätsbetrieb auf die vorhandenen Personalressourcen und Strukturen in den heutigen Sanitätsbetrieben zurückgreifen und thematische Schwerpunktzentren einrichten. So könnte z.B. die landesweite Personal-Verwaltung zukünftig von den Mitarbeitern des heutigen Sanitätsbetriebes Bruneck unter Führung des Managements des Südtiroler Sanitätsbetriebes ausgeführt werden.

Diese schrittweise Zusammenführung von Aufgaben unter zentraler Leitung entspricht modernen gemeinsamen Leistungserbringungsprinzipien, gewährleistet die weitgehende Erhaltung der Arbeitsplätze vor Ort und Kontinuität.

Die Stärken des Südtiroler Sanitätswesens liegen in der Tatsache, dass die bestehenden Strukturen den politischen, kulturellen und geografischen Erfordernissen gerecht werden. Mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb werden sie im strategischen Management zusammengefasst und von Verwaltungstätigkeiten freigespielt.

In der operativen Führung wird eine weitgehende Autonomie unter Berücksichtigung der notwendigen gemeinsamen Planung bei gleichzeitiger Flexibilität zur bestmöglichen Bewältigung der täglichen Aufgaben eingerichtet. Die territorialen Einheiten werden innerhalb der Autonomie von einer schlanken Führungsstruktur gemanagt und neben der zentralen medizinischen und

pflegerischen Dienstleistung, medizinische Kompetenzschwerpunkte betreuen und auch Aufgaben in der Personalführung, im Einkauf von Gütern des täglichen Bedarfs, der Umsetzung der Qualitätsstandards u.Ä. übernehmen. Dabei wird vor allem auf die Erhaltung der peripheren Arbeitsplätze und der lokalen wirtschaftlichen Kreisläufe Wert gelegt.

Darüber hinaus werden die territorialen Einheiten unter der Führung des Südtiroler Sanitätsbetriebes im Rahmen von medizinischen Forschungs- und Entwicklungsprojekten wichtige Aufgaben übertragen.

Qualitäts-Transfers und einheitliche Standards

- Landesweite einheitliche Qualitätsstandards
- Qualitäts-Transfers von einem Krankenhaus auf das Gesamtsystem
- Internationaler Wissens- und Erfahrungsaustausch

Eine der wichtigsten Aufgaben ist die Definition und Garantie von landesweit einheitlichen Qualitätsstandards. Hier werden seitens des Südtiroler Sanitätsbetriebes in Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal der territorialen Einheiten gemeinsame Standards hinsichtlich medizinischer Qualität, Pflegequalität, Servicequalität, Betriebsklima und Arbeitsplatzqualität entwickelt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wird vor allem auch erfolgreiche Modelle und Erfahrungen einzelner Einrichtungen für das Gesamtsystem berücksichtigen und den Qualitäts-Transfer koordinieren. Bei der Umsetzung werden die Krankenhäuser und Sprengeldienste vom Südtiroler Sanitätsbetrieb begleitet und unterstützt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb muss die internationale Vergleichbarkeit gewährleisten und sucht die Zusammenarbeit mit Universitäten und Universitätskliniken und wird sich auch an internationalen Forschungsprojekten aktiv beteiligen.

Regionale Verantwortung und Einbindung der Sozialpartner

- Besondere regionale Bedingungen mit besonderer Verantwortung
- Südtiroler Sanitätsbetrieb konsultiert Rat der Gemeinden
- Versorgungssicherheit der lokalen Bevölkerung garantieren

Die Besonderheiten der Südtiroler Situation erfordern auch eine besondere Berücksichtigung der regionalen Verantwortung und Mitbestimmung in der Gesundheitsversorgung. Darum werden die territorialen Körperschaften mitverantwortlich einbezogen.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb konsultiert darum bei grundlegenden Entscheidungen den Rat der Gemeinden, wie z. Bsp. die Ein- und Mehrjahrespläne im Hinblick auf Finanzgebahrung und Programmierung der medizinischen Dienstleistungen, die für die Südtiroler Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden müssen. Dies wird auch durch das Einbeziehen der Sozialpartner auf der Ebene des neuen Südtiroler Sanitätsbetriebes garantiert. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass die repräsentativsten Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände einbezogen werden in die gesellschaftspolitisch wichtige Entscheidung der sanitären Dienstleistungen.

Damit soll im Sinne der Erhaltung der Stärken der gewachsenen Strukturen ein partizipatives Modell von Mitbestimmung und Verantwortung gestärkt und die Versorgungssicherheit der lokalen Bevölkerung garantiert werden.

Mit dem SÜDTIROLER SANTITÄS-MODELL gewährleisten wir, dass:

- **die politischen, kulturellen und geografischen Besonderheiten unseres Landes besonders berücksichtigt werden**
- **die Organisationsstruktur flexibel ist und nach modernen Gesichtspunkten strategisch gemanagt wird**
- **wir der ganzen Bevölkerung - in allen Teilen unseres Landes - eine gleiche, qualitativ sehr gute und flächendeckende Versorgung sichern können**
- **die lokalen wirtschaftlichen Kreisläufe gestärkt werden**
- **dass die aktive Einbindung des Rates der Gemeinden und der Sozialpartner gewährleistet wird.**

5) Reorganisation

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist eine instrumentelle Körperschaft der Autonomen Provinz Bozen. Zu den Organen des Sanitätsbetriebs gehören der Generaldirektor und der Aufsichtsrat.

Der Generaldirektor wird vom Sanitätsdirektor, vom Verwaltungsdirektor und vom Pflegedirektor unterstützt, die gemeinsam die strategischen Entscheidungen für den Sanitätsbetrieb vorbereiten.

Die Aufgaben der obgenannten Führungskräfte werden nachfolgend detailliert erläutert – dasselbe gilt für die Kompetenzen anderer vorgesehener Organisationseinheiten (z.B. Sanitätsrat und Führungskräfte).

Die Betriebsorganisation basiert auf dem **zweifachen Prinzip der Zentralisierung und Dezentralisierung**.

Gemäß dem Prinzip der Dezentralisierung werden unter Berücksichtigung der lokalen Bedürfnisse vier Gesundheitsbezirke eingerichtet, die jeweils dem Einzugsgebiet der derzeitigen Sanitätsbetriebe entsprechen. Jeder Gesundheitsbezirk wird von einem **Direktor des Gesundheitsbezirkes** geleitet. Der Gesundheitsbezirk bildet die Organisationseinheit des Südtiroler Sanitätsbetriebs auf territorialer Ebene. Die Zuweisung der Ressourcen an den Gesundheitsbezirk erfolgt auf der Basis der für die Referenzbevölkerung festgelegten Gesundheitsziele. Über die ihm zugewiesenen Ressourcen kann der Gesundheitsbezirk im Rahmen seiner fachlich-betrieblichen und wirtschaftlich-finanziellen Autonomie frei verfügen. Dem Gesundheitsbezirk unterstehen die im jeweiligen Einzugsgebiet bestehenden Krankenhäuser und Sprengel.

Der Gesundheitsbezirk bestimmt insbesondere das angemessene Niveau des Leistungsangebots, das zur Erfüllung der Bedürfnisse der Bürger erforderlich ist; im Einklang mit der betrieblichen Programmierung vereinbart der Gesundheitsbezirk (im Rahmen des Budgetprozesses) mit dem zuständigen Krankenhaus und mit den anderen öffentlichen und den akkreditierten privaten

Krankenhäusern des "landesweiten Netzwerks" die Qualität und die Anzahl der fachärztlichen und der ambulanten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts (Auftraggeberfunktion).

Das bedeutet, dass die **Funktionen der strategischen Verwaltung**, die (bei gleichzeitiger Aufsicht durch die Landesregierung) dem Generaldirektor übertragen werden und die die Verabschiedung von allgemeinen Tätigkeitsprogrammen und die Überprüfung der Umsetzung dieser Programme beinhalten, auf der Ebene des Sanitätsbetriebs gebündelt werden. Auf zentraler Ebene werden auch die **allgemeinen Richtlinien für ein Clinical Governance System (klinische Leitung)** ausgearbeitet; darin werden unter Mitwirkung und Aufwertung der im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte die Diagnose- und Therapiemethoden festgelegt, die im Hinblick auf die ständige Qualitätsverbesserung mit Überprüfung der Gesundheitsergebnisse (klinisches Audit) jeweils am besten geeignet sind.

Die Clinical Governance kann nämlich als ein System definiert werden, bei dem die Gesundheitsorganisationen die Verantwortung für die ständige Verbesserung der Qualität ihrer Dienste und für die Beibehaltung der hohen Gesundheitsstandards übernehmen; zu diesem Zweck schaffen sie ein Umfeld, in dem sich die klinische Exzellenz entwickeln kann, dadurch dass von allen Beteiligten ein integriertes Maßnahmenpaket angewendet wird, damit das Ärzte- und das Pflegepersonal in die Lage versetzt wird, für seine Arbeit das qualitativ bestmögliche Ergebnis zu erreichen.

Der Sanitätsdirektor des Sanitätsbetriebs sorgt für die organisatorische und hygienisch-medizinische Leitung der Gesundheitsdienste, er wirkt zusammen mit dem Verwaltungs- und dem Pflegedirektor an der strategischen Planung des Sanitätsbetriebs mit und trägt so zur Festlegung der Prioritäten in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei.

Der **Pflegedirektor** sorgt für die Programmierung, Organisation, Verwaltung und Erbringung der Versorgungsleistungen durch das Pflegepersonal, durch das

medizinisch-technische Personal, durch die Beschäftigten in der Rehabilitation und durch das Hilfspersonal.

Die klinische Leitung erfolgt mit der fachlichen Unterstützung des Direktionskollegiums; **auf örtlicher Ebene (Krankenhaus und/oder Gesundheitsbezirk) werden Organisationslösungen entwickelt, die die Mitwirkung der Kliniker an den Organisationsprozessen, also an der Leitung des Krankenhauses und/oder des Territoriums, fördern.** (Dazu werden vor allem für die Organisation der Departments innerhalb des Krankenhauses und auf krankenhausübergreifender Ebene, für die Organisation des **Gesundheitsbezirks und/oder die betriebliche Organisation** sowie für die Organisation der Verbindung zwischen Krankenhaus/Krankenhäusern und den territorialen Krankenhausdiensten innovative Organisationsmodelle angewendet. Im Rahmen des Managements - für das der Generaldirektor verantwortlich ist, der vom Verwaltungs-, vom Sanitäts- und vom Pflegedirektor unterstützt wird - **werden die strategischen Verwaltungsfunktionen gebündelt**, die auf dieser Ebene effizienter ausgeführt werden können; zu diesen Funktionen gehören die Bereiche Personalverwaltung, Rechnungswesen, Controlling, Informationssystem, Einkauf von teuren medizintechnischen Geräten, Wäscherei, und Sterilisation der Operationswäsche fallen in diesen Bereich.

Diese Zentralisierung erfordert nicht notwendigerweise die Verlegung des Sitzes in die Landeshauptstadt. Ein zentraler Dienst kann auch in einem anderen Gesundheitsbezirk als in der Landeshauptstadt angesiedelt werden und kann der Leitung des zuständigen Direktors unterstellt werden. Im Sanitätsbereich ist der Sanitätsdirektor für die Ausarbeitung allgemeiner Richtlinien sowie für das System der klinischen Leitung (Hygiene und Organisation) und für die **Integration der Tätigkeit der Bereiche Prävention, Territorium und Krankenhaus verantwortlich.**

Prävention

Die Prävention gehört zu den vordringlichen Zielen des Landesgesundheitsdienstes.

Angesichts der heutigen sozio-kulturellen Rahmenbedingungen müssen die Präventionsmaßnahmen direkt an den einzelnen Bürger gerichtet sein, die Inhalte der Strategien müssen optimal darlegt werden, damit die funktionale Integration zwischen den Einrichtungen und den Personen gefördert wird, die in irgendeiner Form mit dem Wohlbefinden der Bürger befasst sind.

Die Präventionsarbeit und die Förderung der öffentlichen Gesundheit fallen nicht ausschließlich in die Zuständigkeit einer einzelnen Gesundheitseinrichtung oder Organisationseinheit, sondern betreffen den gesamten Gesundheitsdienst, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und mit unterschiedlichem Verantwortungsgrad. Neben den Diensten, die institutionell mit der Prävention befasst sind (z.B. Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit, für Sportmedizin, für Diätetik und klinische Ernährung, für Arbeitsmedizin, für Tiermedizin) werden auch die Ärzte der Grundversorgung sowie Krankenhäuser, fachärztliche Einrichtungen und die sozio-sanitären Dienste in die Präventionsarbeit einbezogen. Hier handelt es sich daher um fachübergreifende Maßnahmen, an denen auch andere Bereiche – Schule, Landwirtschaft, Industrie, Handel usw. – beteiligt werden.

Im Rahmen der Prävention müssen wir zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterscheiden.

Primäre Prävention: gesundheitliche, soziale, wirtschaftliche und erzieherische Maßnahmen, mit denen der Eintritt eines gesundheitsschädigenden Ereignisses verhindert werden sollen (Vorbeugung gegen Herz-Kreislaufkrankungen durch Bewegung, gesunde Ernährung, Schutz der Nichtraucher usw.)

Sekundäre Prävention: Frühdiagnose (Screening).

Tertiäre Prävention: Rehabilitationsmaßnahmen, die eine Verschlechterung und/oder das Wiederauftreten von schädlichen Ereignissen bei einem Patienten verhindern sollen, der sich zuvor einer Behandlung und/oder Erziehungsmaßnahme unterzogen hat.

Den Gesundheitsbezirken wird - im Rahmen des zugewiesenen Budgets und der Koordinierung der ärztlichen Leiter des Krankenhauses und des Territoriums - in der betrieblichen Führung (technisch-betriebliche und wirtschaftlich-finanzielle Aspekte) eine umfassende Verwaltungsautonomie eingeräumt (z.B. Budgetzuweisung an die abhängigen Einrichtungen, organisatorische Verwaltung des Personals der Krankeneinrichtungen, Einhebung der örtlichen Einnahmen, Festlegung von etwaigen Leistungspaketen, durch die die Mobilität aus den angrenzenden Regionen gefördert werden soll).

Der Einkauf von medizintechnischen Geräten, die den Einzelpreis von 100.000 Euro überschreiten und von anderen Geräten, Materialien und Dienstleistungen, die standardisiert werden können, wird zentral koordiniert vorgenommen (z.B. sanitäres Verbrauchsmaterial, Medikamente, medizinische Geräte, Ausschreibungen für Bauarbeiten, Wartungsverträge, Versicherungsverträge, Hard- und Software usw.). Zur betrieblichen Führung der Krankenhäuser und der Gesundheitsbezirke gehören hingegen die Bestellungen für standardisierte Ausschreibungen sowie die Einkäufe in Regie und die Einkäufe in Notfällen. **Die Gesundheitsbezirke werden mit der Durchführung von Ausschreibungen auf lokaler Ebene (z.B. diverse Verbrauchsartikel, Lebensmittel usw.) beauftragt.**

Die Verfahren für die Personaleinstellung werden standardisiert, wobei die Möglichkeit einer dezentralen Verfahrensabwicklung vorgesehen wird.

Die Generaldirektion beauftragt die Gesundheitsbezirke mit der Ausführung von Verfahren für die Aufnahme von Personal; die

Generaldirektion behält auf jeden Fall die Zuständigkeit für die Ernennung der Verantwortlichen in komplexen Strukturen vor (primari).

Für die Leitung der einzelnen Krankenhäuser und der Gesundheitsbezirke **sind die jeweiligen Direktoren zuständig**, welche die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllen müssen und direkt gegenüber der Generaldirektion für die Erreichung der im Rahmen der Budgetfestlegung vorgesehenen Ziele verantwortlich sind.

Die Krankenhäuser sind ein Teil der Organisationsstruktur des "Gesundheitsbezirkes" und verfügen über eine umfangreiche technische und betriebliche Autonomie. Sie haben die Aufgabe, die Versorgung mit fachärztlichen und ambulanten Leistungen und mit Leistungen im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zu sichern; diese Versorgung erfolgt gemäß den Qualitätsvorgaben, die im Landesgesundheitsplan und in der betrieblichen Planung vorgesehen sind, und in dem Umfang, der in den Produktionsplänen festgelegt ist, die mit der Gesundheitsbezirksdirektion im Rahmen des Budgetprozesses ausgehandelt werden.

Die Krankenhausdirektoren, die in Absprache mit dem **Direktor des Gesundheitsbezirkes** vom Generaldirektor ernannt werden und die die Voraussetzungen für den Zugang zur Funktion eines Direktors für das Fachgebiet "ärztliche Krankenhausleitung" erfüllen müssen, **tragen direkt gegenüber dem Direktor des Gesundheitsbezirkes die Verantwortung** für die Erreichung der im Rahmen der Budgetverhandlungen festgelegten Ziele. Für technisch-funktionale Belange unterstehen die Krankenhausdirektoren dem Sanitätsdirektor des Sanitätsbetriebs, der insgesamt für die klinische Leitung des Betriebs verantwortlich ist, weshalb sie somit für den **reibungslosen Betrieb ihrer Einrichtungen hinsichtlich der Aspekte Hygiene und Organisation verantwortlich sind.**

Die Krankenhausdirektoren tragen im Rahmen der Krankenhausversorgung zur Erreichung der Ziele der Sanitätsdirektion und des Gesundheitsbezirks bei

und sichern die Kontinuität in der von den territorialen Diensten geleisteten Versorgung. Außerdem haben sie Kompetenzen in den Bereichen Management, Organisation, Hygiene/Medizin, Prävention, Rechtsmedizin, Wissenschaft, Ausbildung, Fortbildung, Förderung der Qualität der Gesundheitsdienste und ihres Leistungsangebots, indem sie Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz, Effektivität und der Angemessenheit der Gesundheitsleistungen fördern und koordinieren.

Die Sprengel sind die territoriale Organisationseinheit der "Gesundheitsbezirke"; auf dieser Ebene erfolgt die integrierte Verwaltung der Gesundheits- und Sozialdienste und der sozio-sanitären Dienste. Um die Tätigkeit der Sprengel zu koordinieren und ein einheitliches Leistungsangebot im territorialen Netz sicherzustellen, **wird bei jedem Gesundheitsbezirk eine territoriale Direktion** eingerichtet, die direkt dem Direktor des Gesundheitsbezirkes untersteht.

Technisch-funktional gesehen unterstehen sie dem Sanitätsdirektor des Betriebs und arbeiten eng mit den Krankenhausdirektoren desselben Gesundheitsbezirks sowie mit der Pflegedirektion zusammen

Die Sprengeldirektoren sind für die Erreichung der Ziele und den rationellen Einsatz aller Ressourcen verantwortlich, die im Rahmen der Budgetverhandlungen mit dem Direktor des Gesundheitsbezirkes über die territoriale Direktion zugewiesen werden.

Die Territoriumsdirektoren müssen die Voraussetzungen für den Zugang zur Funktion eines Direktors für das Fachgebiet "Organisation der Gesundheitsdienste für die Grundversorgung" erfüllen.

In jedem Gesundheitsbezirk wird ein **ärztlicher Koordinator des Gesundheitsbezirkes ernannt**, der aus den Reihen der Krankenhausdirektoren und des territorialen Direktors ausgewählt und vom Generaldirektor nach

Anhörung des Direktor des Gesundheitsbezirkes und des Sanitätsdirektors bestimmt wird. Der ärztliche Koordinator des Gesundheitsbezirkes behält die Verantwortung für die Einrichtung, die er leitet.

Die Funktion der Auftragsvergabe ist unter den von der Generaldirektion festgelegten einheitlichen Rahmenbedingungen auf allen Organisationsebenen verbreitet; diese Funktion wird z.B. von den Gesundheitsbezirken gegenüber allen öffentlichen und den von der Landesverwaltung akkreditierten privaten Lieferanten von Gesundheitsleistungen ausgeübt.

Zur Funktion der Auftragsvergabe gehört insbesondere die Festlegung der Qualität und des Umfangs der Leistungen in einem Gesundheitsbezirk, die für eine adäquate und angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als erforderlich angesehen werden.

Im Rahmen der Auftragnehmerfunktion sorgen die für die Leistungserzeugung zuständigen Stellen (öffentliche und private akkreditierte Krankenhäuser) **für die Umsetzung von bedarfsgerechten operativen Programmen**, die auf die klinischen Erfordernisse, auf den Versorgungsbedarf und die wirtschaftliche Nachhaltigkeit abgestimmt sind.

Die Beziehungen zu den Auftragnehmern innerhalb des Sanitätsbetriebs werden im Rahmen des gesamten Budgetprozesses festgelegt.

Die **Unterteilung in Departements** wird – nach Maßgabe der von der Generaldirektion vorgegebenen Richtlinien - das grundlegende Modell für die Führung von Krankenhäusern sein.

Für einheitliche Tätigkeiten (z.B. Labor, Radiologie) können auch **krankenhausübergreifende Departements** vorgesehen werden, die der Optimierung von Qualität und Effizienz dienen.

Die ärztlichen Direktoren der Krankenhäuser und des Territoriums können teilweise auch als Auftraggeber fungieren, d.h. sie bestimmen das Niveau des Leistungsangebots, das zur Erfüllung der Bedürfnisse der Bürger erforderlich ist; zu diesem Zweck handeln sie im Einklang mit der

betrieblichen Programmierung mit dem zuständigen Krankenhaus und mit den anderen öffentlichen und den akkreditierten privaten Krankenhäusern des "landesweiten Netzwerks" die Qualität und den Umfang der fachärztlichen und der ambulanten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts aus.

Außerdem wird das **Direktionskollegium** eingerichtet, das der Generaldirektor als wichtigste Schnittstelle zwischen den verschiedenen Verantwortungsbereichen in Anspruch nimmt.

Nicht unwichtig ist auch der Hinweis, dass das hier vorgeschlagene Organisationsmodell sich natürlich **an den Grundprinzipien der gesamtstaatlichen Gesetze** (gesetzesvertretendes Dekret Nr. 502/92 in geltender Fassung sowie gesetzesvertretendes Dekret Nr. 29/93 in geltender Fassung) orientiert.

Das Organisationskonzept des Sanitätsbetriebs, das zwar auf der Gründung eines Einheitsbetriebs basiert, unterscheidet auf jeden Fall zwischen der Steuerungsfunktion, also den Lenkungs- und Kontrollaufgaben einerseits, für die die Generaldirektion sorgt, und der Leistungserbringung und Ressourcenverwaltung andererseits, die in erster Linie den Krankenhäusern und dem Territorium übertragen werden, wie dies in Art. 4, Abs. 4 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 165/2001 festgelegt wurde (war bereits in Art. 3 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 80/1998 vorgesehen).

Bemerkenswert ist im Übrigen, dass das gesetzesvertretende Dekret Nr. 502/92 in geltender Fassung den Krankenhäusern innerhalb der Sanitätseinheiten (siehe Art.4, Abs. 9) ausdrücklich eine technisch-finanzielle und betriebliche Autonomie sowie eine Verwaltungsautonomie für die Organisation auf territorialer Ebene (siehe Art. 3 sexies) einräumt.

Vor allem **in der Frage der Zentralisierung/Dezentralisierung** wurden beim hier vorgeschlagenen Modell konkrete bewährte Lösungen oder auf jeden Fall aufschlussreiche Erfahrungen anderer Regionen berücksichtigt.

Zu diesen Erfahrungen zählen in erster Linie die Reform der Region Toskana, die "Zonen" eingeführt hat und diese mit der Verwaltung der Tätigkeit im eigenen Einzugsgebiet beauftragt hat, wobei diese Zonen dem Gebiet der ursprünglichen 40 lokalen Sanitätseinheiten entsprechen, die bereits 1995 in zwölf Sanitätsbetriebe umgewandelt wurden, deren Einzugsgebiet meistens mit dem der Provinzen identisch ist.

Erwähnenswert ist auch die Erfahrung des seit 1. April 1995 bestehenden **Einheitssanitätsbetriebs in der Autonomen Provinz Trient**, in dem die zuvor bestehenden 11 Sanitätseinheiten zusammengefasst wurden, wobei den Sprengeln und den zwei großen Krankenhäusern von Trient und Rovereto eine weitreichende Verwaltungsautonomie und eine umfassende Autonomie in wirtschaftlich-finanzieller Hinsicht eingeräumt wurde.

Zu den jüngsten Beispielen gehören die Anstrengungen der **Region Marken**, die mit dem Gesetz Nr. 13 vom 20.6.2003 den Einheitssanitätsbetrieb der Region Marken (Azienda sanitaria unica della regione Marche -A.S.U.R) gegründet hat, in dem die ursprünglich 13 Sanitätseinheiten zusammengefasst wurden; dazu wurden "**territoriale Zonen**" innerhalb des neuen Sanitätsbetriebs ASUR gegründet, die im Rahmen des zugewiesenen Budgets mit weitreichender Verwaltungs- und wirtschaftlich-finanzieller Autonomie ausgestattet wurden (siehe Art. 2, 9 und 10 des Regionalgesetzes). Im Rahmen der "Zonen" wird dem zentralen Krankenhaus, dem funktional alle Krankenhauseinrichtungen des Gebiets zugeordnet werden, jeweils eine umfassende Verwaltungsautonomie eingeräumt.

Die umfassende Verwaltungsautonomie der "territorialen Zonen" (und der zentralen Krankenhäuser in deren Einzugsgebiet) wird im Übrigen auch in der Geschäftsordnung des Sanitätsbetriebs A.S.U.R (siehe ab S. 25) noch einmal bekräftigt, wo eindeutig zwischen der Leitungsfunktion (Generaldirektion) und der Erbringung/Verwaltung der Leistungen (territoriale Zonen) unterschieden wird. **Die Geschäftsordnung sieht z.B. auch die Möglichkeit vor, das**

Beschaffungswesen für Produkte und Dienste, die auf lokaler Ebene von Bedeutung sind dezentral den Zonen zu übertragen.

An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass andere Regionen wie Friaul Julisch Venetien und Molise derzeit Projekte für eine Systemreform prüfen, die – unter Wahrung der örtlichen Besonderheiten - auf denselben Grundsätzen und Argumenten basieren.

Das künftige Organisationsmodell für den Südtiroler Sanitätsbetrieb - das sich unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten an den oben beschriebenen Erfahrungen orientiert und **die zentrale Bündelung von strategischen Entscheidungen und die gleichzeitige Einräumung einer weitgehenden Eigenständigkeit in der betrieblichen Führung der Einrichtungen vorsieht - präsentiert sich nach Ansicht der Autoren als ein geeignetes schlankes Instrument**, das trotz der unvermeidlichen Komplexität der Sanitätsbetriebe **die angestrebte Systemverbesserung mit dem Ziel der Exzellenz ermöglichen sollte.**

In der Folge wird das für den Südtiroler Sanitätsbetrieb vorgeschlagene Organisationsmodell unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der verschiedenen Figuren im Detail beschrieben.

Aufsichtsrat

Der Aufsichtsrat entspricht dem heutigen Rechnungsprüferkollegium laut Art. 13, Landesgesetz Nr. 7 vom 5. März 2001 und behält dieselben Kompetenzen. Er besteht aus drei Mitgliedern, die von der Landesregierung ernannt und unter den Rechnungsprüfern ausgewählt werden, die im Verzeichnis gemäß Artikel 1 des gesetzesvertretenden Dekrets vom 27. Jänner 1992, Nr. 88, eingetragen sind. Die Zusammensetzung des Aufsichtsrats muss dem zahlenmäßigen Verhältnis

der Sprachgruppen in den Gemeinden, die im Einzugsgebiet des Sanitätsbetriebes liegen, angepasst sein, und zwar laut der jeweils jüngsten allgemeinen Volkszählung.

Der Aufsichtsrat bleibt für fünf Jahre im Amt; die Mitglieder können im Amt bestätigt werden. Den Aufsichtsräten steht eine monatliche Bruttovergütung und, falls sie Anrecht darauf haben, die Fahrtkostenvergütung in dem von der Landesregierung festgelegten Ausmaß zu.

Der Vorsitzende wird von den Aufsichtsräten selbst gewählt. Für die Beschlussfähigkeit ist die Anwesenheit von wenigstens zwei Mitgliedern erforderlich. Zur Wahrnehmung der Aufgaben, die in ihre Zuständigkeit fallen, können die Aufsichtsräte sämtliche Verwaltungsakte und Rechnungsunterlagen einsehen und beim Generaldirektor Auskunft über die gesamte Verwaltungstätigkeit einholen.

Der Aufsichtsrat versammelt sich mindestens einmal im Monat am Verwaltungssitz des Sanitätsbetriebes. Die Aufsichtsräte können, auch einzeln, jederzeit Inspektionen und Kontrollen durchführen.

Der Aufsichtsrat überwacht die Einhaltung der Gesetze, überprüft die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und Buchhaltung und die Übereinstimmung des allgemeinen Rechnungsabschlusses mit der Rechnungsführung. Er überprüft den Haushaltsvoranschlag, die entsprechenden Änderungen und den Nachtragshaushalt und fasst einen entsprechenden Bericht ab, in welchem er gegebenenfalls Anmerkungen zu den Haushaltsbereitstellungen anbringt. Der Aufsichtsrat berichtet zudem der Landesregierung zumindest jährlich sowie auf Verlangen derselben über die Ergebnisse der durchgeführten Kontrollen und teilt ihr unverzüglich jene Fälle mit, bei denen begründeter Verdacht auf schwere Unregelmäßigkeiten besteht; es unterbreitet dem Rat der Gemeinden und den Sozialpartnern regelmäßig und jedenfalls zumindest alle sechs Monate einen Bericht über die Tätigkeit des Sanitätsbetriebes.

Sanitätsrat

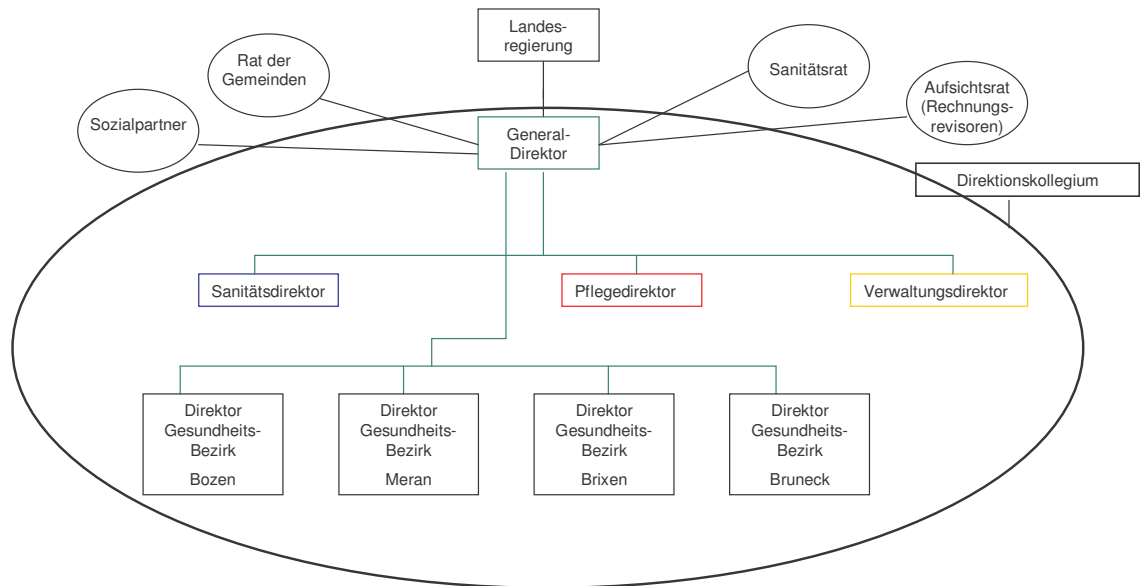
Der Sanitätsrat ist definiert mit Art. 19, Landesgesetz Nr. 7 vom 5. März 2001 und behält dieselben Kompetenzen.

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb wird der Sanitätsrat gewählt, der aus 23 Mitgliedern zusammengesetzt ist, von denen acht unter den Ärzten, die in den Einrichtungen des Sanitätsbetriebes Dienst leisten, und drei unter den freiberuflich tätigen Ärzten ausgewählt werden, wobei einer von ihnen die privaten Gesundheitseinrichtungen vertreten muss. In der Ärzteschaft sind drei Krankenhausärzte (darunter ein ärztlicher Direktor eines Krankenhauses), ein ärztlicher Direktor des Territoriums, ein Arzt für Allgemeinmedizin und ein Tierarzt vertreten. Die übrigen Mitglieder werden unter dem im Sanitätsstellenplan eingestufteten Personal, auch dem nicht akademisch ausgebildeten, ausgewählt, wobei die Vertretung des Krankenpflegepersonals und des medizinisch-technischen Personals gewährleistet wird.

Den Vorsitz führt der Sanitätsdirektor.

Die Landesregierung legt weitere Kriterien für die Zusammensetzung und die Wahlmodalitäten fest, nachdem die Gewerkschaftsorganisationen angehört worden sind.

Der Sanitätsrat ist ein betriebsinternes Organ und bleibt drei Jahre lang im Amt; er hat beratende Funktion in medizinischen Fragen und gibt dem Generaldirektor obligatorische Stellungnahmen über alle medizinischen Aktivitäten in den von der Landesregierung mit Durchführungsverordnung bestimmten Bereichen ab. Die Stellungnahmen sind positiv, wenn sie nicht innerhalb von 15 Tagen nach der Anforderung abgegeben werden. Es steht dem Generaldirektor frei, Gutachten über andere Sachbereiche anzufordern.



Generaldirektor

Vorbehaltlich anders lautender gesetzlicher Bestimmungen besitzt der Generaldirektor die Führungs- und die Vertretungsvollmacht für den Südtiroler Sanitätsbetrieb.

Er ist für die gesamte Verwaltung verantwortlich und ernennt in Absprache mit der Landesregierung die Verantwortlichen der operativen Einrichtungen des Betriebes, deren Aufgaben und Verantwortungsbereiche in der Geschäftsordnung festgelegt werden.

Er überwacht die Tätigkeit des Sanitätsbetriebs und prüft, ob diese dem Landesgesundheitsplan, den von der Landesregierung festgelegten Richtlinien und den Programmen des Sanitätsbetriebs selbst entspricht.

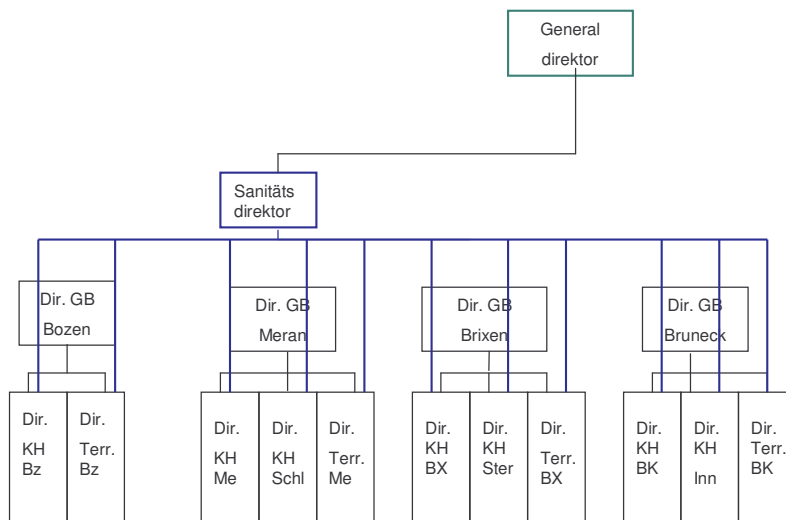
Er bestimmt den Haushaltsvoranschlag und das dazugehörige jährliche Tätigkeitsprogramm sowie den Jahresabschluss samt dem Ergebnisbericht über die erzielten Ziele und die etwaigen Abweichungen von den Leitlinien und

Zielsetzungen, die im Landesgesundheitsplan und in den von der Landesregierung verabschiedeten Richtlinien vorgeschrieben werden, und legt diese Dokumente zur Genehmigung der Landesregierung vor.

Er legt nach Maßgabe der von der Landesregierung vorgesehenen Prinzipien und Kriterien die in Art. 3, Abs. 1 bis des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 502/92 in geltender Fassung vorgesehene privatrechtliche Geschäftsordnung fest.

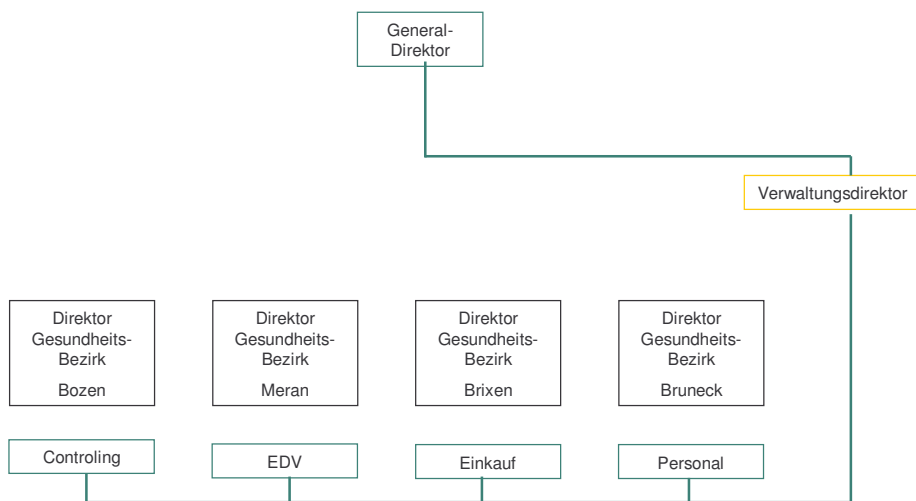
Er weist den operativen Einrichtungen (Gesundheitsbezirke), die mit einer umfassenden betrieblichen und wirtschaftlich-finanziellen Autonomie ausgestattet sind, und den krankenhaus- und gesundheitsbezirksübergreifenden Einrichtungen (z.B. Departement für Radiologie und Labor) das Budget zu.

Der Generaldirektor wird vom Sanitätsdirektor, vom Verwaltungsdirektor und vom Pflegedirektor unterstützt.



Sanitätsdirektor, Pflegedirektor und Verwaltungsdirektor

Der Sanitätsdirektor, der Pflegedirektor und der Verwaltungsdirektor werden in Absprache mit der Landesregierung vom Generaldirektor ernannt. Sie beteiligen sich zusammen mit dem Generaldirektor, der die Verantwortung trägt, an der Führung des Betriebes, sie sind direkt für die Funktionen verantwortlich, die in ihre Zuständigkeit fallen, und tragen mit Vorschlägen und Gutachten zu den Entscheidungen der Generaldirektion bei.



Der Sanitätsdirektor leitet die Gesundheitsdienste in organisatorischer und hygienisch-medizinischer Hinsicht und legt dem Generaldirektor ein obligatorisches Gutachten zu Angelegenheiten vor, die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen.

Unter Wahrung der organisatorischen und beruflichen Autonomie ist er für die klinische Leitung des Sanitätsbetriebs verantwortlich, indem er Maßnahmen zur

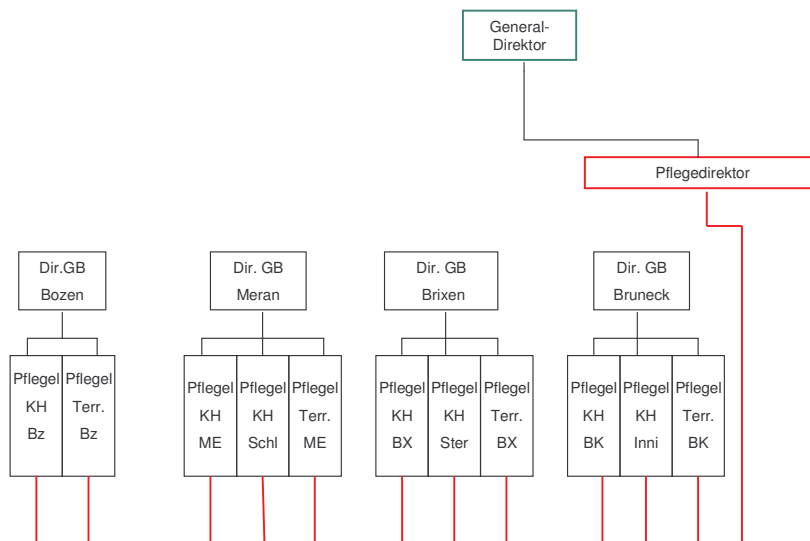
Verbesserung der Effizienz, der Effektivität und der Angemessenheit der Gesundheitsleistungen und Maßnahmen zur Sicherung des gleichberechtigten Zugangs zu den Leistungen für alle Bürger fördert und koordiniert.

Er sorgt außerdem für die Integration der Tätigkeit der Bereiche Prävention, Territorium und Krankenhaus.

Der Sanitätsdirektor tritt in technisch-funktionaler Hinsicht als Vorgesetzter der Krankenhaus- und der Territoriumsdirektoren auf.

Der Verwaltungsdirektor leitet die zentralen Verwaltungsdienste des Sanitätsbetriebes; die unterstützenden Verwaltungseinrichtungen in den Krankenhäusern, in den Gesundheitsbezirken und im Departement für Prävention sind funktional ebenfalls vom Verwaltungsdirektor abhängig.

Er legt dem Generaldirektor zu Angelegenheiten, die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen, ein obligatorisches Gutachten vor.



Im Sanitätsbetrieb wird ein Pflegedirektor eingesetzt. Er arbeitet eng mit dem Sanitätsdirektor zusammen, er überwacht die allgemeine Programmierung der Tätigkeit des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen Personals sowie des

Personals in der Rehabilitation und in der Prävention und achtet insbesondere auf die Entwicklung der Qualität, der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Teamarbeit.

Weiters wird für jedes Krankenhaus und für das Einzugsgebiet jedes Gesundheitsbezirks ein Pflegedienstleiter eingesetzt, der funktional vom Pflegedirektor und hierarchisch von den jeweiligen Krankenhaus- bzw. Direktoren der Gesundheitsbezirke abhängt.

Der Pflegedienstleiter hat im Rahmen des Krankenhauses und des Territoriums die Aufgabe, die Tätigkeit des Pflegepersonals, des medizinisch-technischen Personals sowie der Beschäftigten in der Rehabilitation und in der Prävention zu organisieren und zu koordinieren; außerdem muss er unter besonderer Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen die Arbeitsprozesse organisieren und verwalten.

Die Stellen der Pflegedienstleiter werden aufgrund eines öffentlichen Auswahlverfahrens besetzt.

Direktor des Gesundheitsbezirkes

Die Stelle des Direktors des Gesundheitsbezirkes wird vom Generaldirektor in Absprache mit der Landesregierung besetzt.

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes setzt die Richtlinien der Betriebsleitung um und verwaltet die zugewiesenen Ressourcen so, dass für die gesamte Bevölkerung der Zugang zu den Einrichtungen und Diensten und die Vernetzung zwischen den Diensten sowie die Kontinuität in der Versorgung gesichert sind.

Er setzt auch die Anweisungen des Verwaltungsdirektors für jene Bereiche und für die spezifischen Kompetenzen um, die ihm eventuell übertragen werden.

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes sorgt für den insgesamt reibungslosen Betrieb des Gesundheitsbezirks, den er leitet.

Krankenhäuser

Die Krankenhäuser sind die Organisationseinheit des Gesundheitsbezirks und sind im Rahmen des von der Direktor des Gesundheitsbezirkes zugewiesenen Budgets mit technischer-betrieblicher und wirtschaftlich-finanzieller Autonomie ausgestattet.

Die Krankenhäuser sichern gemäß den qualitativen Vorgaben im Landesgesundheitsplan und im Rahmen des Tätigkeitsumfangs, der mit der Direktion des Gesundheitsbezirkes in den Produktionsplänen vereinbart wird, die Versorgung mit fachärztlichen und ambulanten Leistungen und mit den Leistungen bei Krankenhausaufenthalten. Die Krankenhäuser richten ihre Tätigkeit auf jeden Fall gemäß den Richtlinien des Landesgesundheitsplans und der betrieblichen Programmierung auf das Netzwerkkonzept aus.

Der Landesgesundheitsplan bestimmt die Grundversorgung, die in allen Krankenhäusern gewährleistet werden muss, und die Leistungen mit mittlerer bis hoher Spezialisierung, die je nach Größe des Einzugsgebiets einem oder mehreren Standorten zugewiesen werden.

Jedes Krankenhaus wird von einem ärztlichen Direktor geleitet, der die Voraussetzungen für den Zugang zur Funktion eines Direktors für das Fachgebiet "ärztliche Krankenhausleitung" besitzen muss und der für die Erreichung der hygiene- und organisationstechnischen Ziele und für den rationellen Einsatz der zugewiesenen Mittel verantwortlich ist.

In dieser Funktion trägt der Krankenhausdirektor im Rahmen der Krankenhausversorgung zur Erreichung der Ziele der Sanitätsdirektion und des Gesundheitsbezirks bei und sichert die Kontinuität in der von den

territorialen Diensten geleisteten Versorgung. Außerdem hat er Kompetenzen in den Bereichen Management, Organisation, Hygiene/Medizin, Prävention, Rechtsmedizin, Wissenschaft, Ausbildung, Fortbildung, Förderung der Qualität der Gesundheitsdienste und ihres Leistungsangebots, indem er Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz, der Effektivität und der Angemessenheit der Gesundheitsleistungen fördert und koordiniert.

Bereich Territorium

Die territoriale Direktion jedes einzelnen Gesundheitsbezirks besitzt eine technisch-betriebliche und eventuell auch wirtschaftlich-finanzielle Autonomie. Ihr unterstehen die im jeweiligen Einzugsgebiet bestehenden Sprengel.

Die Direktion bestimmt das Niveau des Leistungsangebots, das zur Erfüllung des Versorgungsbedarfs der Bürger erforderlich ist, und unterstützt die Direktion des Gesundheitsbezirkes in ihrer Funktion als Auftraggeberin. Der Direktor des Territoriums setzt die Richtlinien der Betriebsleitung um und verwaltet die zugewiesenen Ressourcen so, dass für die gesamte Bevölkerung der Zugang zu den Einrichtungen und Diensten und die Vernetzung zwischen den Diensten sowie die Kontinuität in der Versorgung gesichert sind.

Mit der Leitung des Bereichs Territorium beauftragt der Generaldirektor in Absprache mit der Landesregierung einen leitenden Angestellten des Betriebs, der eine spezifische Berufserfahrung erworben und eine Ausbildung im Bereich der Organisation von territorialen Diensten absolviert hat, oder einen Vertragsarzt mit mindestens zehnjähriger Berufserfahrung.

Direktionskollegium

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb wird ein Direktionskollegium eingesetzt, das der Generaldirektor bei der Organisation der klinischen Leitung und der Programmierung und Bewertung der Tätigkeit der Gesundheitseinrichtungen zu Rate zieht.

Im Direktionskollegium sind der Sanitäts-, der Verwaltungs- und der Pflegedirektor sowie die Direktoren der Gesundheitsbezirke.

Zu den Sitzungen können je nach Diskussionsthema auch die ärztlichen Koordinatoren der Gesundheitsbezirke und die Direktoren der jeweils betroffenen Departements eingeladen werden.

Stabsfunktionen

Als Vorschlag wurden im Stab des Generaldirektors einige bereichsübergreifende Funktionen zur Unterstützung der leitenden Stellen vorgesehen, die aufgrund ihrer strategischen Bedeutung zweckmäßigerweise direkt dem Generaldirektor zugeordnet wurden.

Zu diesen Funktionen zählen folgende Bereiche: "Ausbildung des Gesundheitspersonals", eine wesentliche Funktion zur Förderung der Verbesserung und Weiterentwicklung der wichtigsten betrieblichen Ressource, des Humankapitals; "Öffentlichkeitsarbeit", die die Aufgabe hat, positive Beziehungen zum Umfeld des Sanitätsbetriebs aufzubauen; "Marketing", verstanden als Bemühungen zur Bekanntmachung des eigenen Leistungsangebots auf nationaler und internationaler Ebene, um die passive Mobilität zu reduzieren und die aktive Mobilität zu fördern, also als Prozess, mit dem der Zusammenhang zwischen den erzielten Ergebnissen und dem Ressourcenaufwand für die Leistungserbringung deutlich gemacht werden kann.

6) Vorschläge zur Optimierung von Qualität und Effizienz

An dieser Stelle folgen nun einige Hinweise auf konkrete Instrumente zur Qualitätsverbesserung.

6/1 Allgemeine Überlegungen zur Qualität

Oberstes Ziel des Südtiroler Sanitätsbetriebs ist die Sicherung eines guten Qualitätsniveaus durch die Entwicklung in Richtung Exzellenz.

Die vorliegenden Ausführungen - in denen die Vorteile von Instrumenten zur Performanceverbesserung dargelegt werden und die Notwendigkeit erläutert wird, die Behandlung von komplexen Krankheitsfällen an ausgewählten Standorten mit entsprechenden Fallzahlen zu konzentrieren, die sich dann zu Exzellenz-Zentren entwickeln können - enthalten wichtige Hinweise für die Qualitätsverbesserung. In diesem Sinne erweist sich - wie im Abschnitt über die Organisation des Südtiroler Sanitätsbetriebs bereits erwähnt – der Aufbau eines effektiven Systems für die klinische Leitung (Clinical Governance) als besonders wichtig.

Der Begriff Clinical Governance versteht sich daher nicht nur als System der Leistungserbringung durch adäquate Nutzung der Ressourcen zur Gewährleistung eines angemessenen und qualitativ anspruchsvollen Leistungsangebots, sondern auch **als Organisationsprozess, bei dem die Fachkräfte konsequent so in die Betriebsführung eingebunden werden**, dass betriebliche Bedürfnisse und die Forderung nach effektiven Versorgungsleistungen für Patienten in Einklang gebracht werden.

Im Allgemeinen werden mit der Clinical Governance folgende Zielsetzungen verfolgt:

- klarer Entscheidungsauftrag für das Arzt- und Pflegepersonal im beruflich-fachlichen Bereich;
- Aufwertung des Beitrags der Fachkräfte zur Betriebsführung;
- Wahrnehmung der Verantwortung nicht nur im Umgang mit dem einzelnen Fall und somit Fähigkeit zur Beurteilung der Versorgungsleistung.

Daraus ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- **Die Clinical Governance erfordert einen systematischen Ansatz in den Betrieben**, da es sich hier um einen wesentlichen Grundsatz handelt, der die gesamte Organisation prägen muss.
- Dieser an allgemeine Qualitätsprogramme gekoppelte Ansatz **erfordert die Implementierung einer adäquaten ergebnis- und evaluationsorientierten Kultur** und daher die **Entwicklung von geeigneten Instrumenten** (Richtlinien, Diagnose-Therapie-Instrumente, dezentrale Übertragung von Befugnissen an Departements und Sprengel, Prozessanalyse und –management, klinisches Audit, Leistungsstandards, Risk und Error Management zur Gefahren- und Fehlervermeidung...).

Die Entwicklung von Instrumenten für die erwähnte Clinical Governance ist auch im Hinblick auf ein **gezieltes Risk Management** von Bedeutung, das – zum Vorteil für den Patienten – auf die Vermeidung und auf jeden Fall auf die zahlenmäßige Reduzierung von unerwünschten Vorkommnissen abzielt; diese Instrumente gehören aber auch zu den wesentlichen Voraussetzungen für den erfolgreichen Abschluss von Versicherungen zur Abdeckung solcher Risiken zu einem akzeptablen Preis.

Das Clinical Governance System und die damit verbundenen Instrumente schaffen günstige Voraussetzungen für die Einführung von

Akkreditierungssystemen im Sinne der Exzellenz (Joint Commission usw.), die unverzichtbar sind im immer stärker spürbaren nationalen und internationalen Wettbewerb und die auch zur Verbesserung der Leistungsqualität für Patienten beitragen.

Die Entwicklung eines adäquaten Qualitätsdenkens und der genannten Instrumente für die Clinical Governance und das Risk Management sowie für die Akkreditierung im Sinne der Exzellenz **erweist sich in kleinen Betrieben als problematisch**; die Schwierigkeiten ergeben sich aus dem beschränkten Umfang der erbrachten Versorgungsleistungen und aus der unzureichenden Möglichkeit, die Impulsgebenden- und die Entwicklungskompetenzen auf Stabebene zu bündeln. Nicht zufällig fanden alle nennenswerten Versuche zur Anwendung eines Clinical Governance Systems (sowie von Risk-Management-Konzepten und Akkreditierungssystemen für die Zwecke der Exzellenz) in großen Strukturen oder auf jeden Fall in netzwerkmäßig organisierten Einrichtungen statt.

Auch in dieser Hinsicht wird die **Gründung des Südtiroler Sanitätsbetriebs als notwendiger Schritt angesehen, um eine Betriebsgröße zu erreichen, die sich für ein Qualitätssystem eignet**, in dem die Clinical Governance ein wesentlicher Bestandteil ist, wodurch eine ständige Ergebnisoptimierung hinsichtlich Angemessenheit, klinischer Effektivität und Effizienz in der Ressourcennutzung möglich wird.

Der neue Sanitätsbetrieb muss von allem Anfang an mit Hilfe entsprechender Organisationskonzepte, die in den Richtlinien der Landesregierung und auch in der Geschäftsordnung festgelegt werden, **verstärkt auf diese Qualitätspolitik ausgerichtet sein**, um so die Entwicklung von effektiven Systemen für die Clinical Governance und das Risk Management zu gewährleisten und Bedingungen zu schaffen, die für eine Akkreditierung der Krankenhäuser und der gesamten Betriebsstruktur im Sinne der Exzellenz erforderlich sind.

6/2 Reorganisation der Krankenhäuser

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb muss sich die Planung der klinischen Leistungen in den einzelnen Krankenhäusern **am jeweiligen Spezialisierungsniveau orientieren**. Dies setzt die funktionale Integration der Krankenhäuser durch den effektiven Aufbau eines einzigen Krankenhausnetzes voraus.

Dies bedeutet, dass die Behandlung von bestimmten Krankheitsfällen, **die eine hohe Fallzahl und ein hohes Maß an klinischer Erfahrung erfordern**, auf die jeweils dafür vorgesehenen Standorte konzentriert wird. Für diese Tätigkeit müssen auch Kompetenzzentren errichtet werden, außerdem muss die **Kooperation mit anderen italienischen und österreichischen Universitäten verstärkt werden, um die wissenschaftliche Forschung und die Versorgung in den Exzellenz-Zentren miteinander zu verbinden**.

Die Exzellenz-Zentren bieten darüber hinaus allen in Südtirol tätigen Ärzten eines bestimmten Fachgebiets gute Ausbildungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Als Kompetenzzentrum können alle Krankenhäuser eingerichtet werden, während die Exzellenz-Zentren im Zentralkrankenhaus oder in den Schwerpunktkrankenhäusern angesiedelt werden. Die Zuweisung der "Zentren" und die Verteilung der jeweiligen Schwerpunkte auf die Krankenhäuser werden von der Landesregierung im Rahmen des Landesgesundheitsplans festgelegt.

Empfehlenswert ist auch eine Reorganisation der derzeitigen Erste-Hilfe-Dienste, **die in ein in mehrere Stufen gegliedertes Departement für Notfallmedizin eingegliedert werden sollten**, das durch die Anwesenheit der Fachärzte der verschiedenen Abteilungen ein hohes Versorgungsniveau

gewährleistet und gleichzeitig eine "Filterfunktion" ausübt und so die Krankenhauseinweisungen steuert.

Außerdem müssen die Informations- und Telematiksysteme ausgebaut werden.

Besonders wichtig sind nach Ansicht der Autoren die Einführung der digitalen Krankengeschichte sowie die Einführung der Teleradiologie für die Fernbefundung von Röntgenbildern und die Möglichkeit der elektronischen Konsultation von Spezialisten.

7) Einsparungen im Zusammenhang mit der Einrichtung des Südtiroler Sanitätsbetriebs

In zahlreichen italienischen Regionen ist derzeit ein Rezentralisierungsprozess (grip back) im Gang; dies gilt vor allem für die Bereiche Einkauf und Verwaltungsdienste (Toskana, Emilia-Romagna, Friaul-Julisch-Venetien sowie Venetien und Lombardei). Dieser Prozess hat begonnen, obschon das eigentliche Problem, nämlich die Anpassung der Betriebsgröße **durch die Einrichtung eines einheitlichen Sanitätsbetriebs** (Marken, Planungsphase in Molise), noch gar nicht in Angriff genommen wurde. Ein Vorhaben, das – wie in unserem Fall – viel ehrgeizigere und weit reichendere Ziele als nur wirtschaftlich-finanzielle Einsparungen verfolgt.

Die Gründung eines einzigen Sanitätsbetriebs würde zweifelsohne erhebliche Einsparungen bringen bzw. vielmehr die Möglichkeit bieten, bei gleichzeitiger Verbesserung des Leistungsangebots die Kostensteigerung der nächsten Jahre in folgenden Aspekten beträchtlich einzuschränken:

- a) Beschaffung von Gütern und Dienstleistungen: In diesem Bereich haben viele italienische Regionen eine schrittweise Zentralisierung eingeleitet. In einer jüngsten Analyse der Region Friaul-Julisch-Venetien anlässlich der Gründung des gemeinsamen Servicecenters “Centro Servizi Condivisi” wurde eine Kostensenkung nach abgeschlossener Projektumsetzung im Laufe von drei Jahren in der Höhe von **20-25%** berechnet; darin wird auch auf eine Studie von Pricewaterhouse-Coopers im Rahmen des PWC Financial Management Benchmarking in Europa verwiesen, die - je nach Bereich – Kostenreduzierungen von 15 bis 40% prognostiziert.

Für bisher in Italien durchgeführte Projekte, bei denen bereits eine Ergebnisbewertung möglich ist (siehe Kap. 11 des Berichts CEIS-Sanità 2004), werden folgende Daten ausgewiesen:

- Überbetriebliche Beschaffungszentrale für Bologna, Imola und Ferrara (Gründung eines einzigen Sanitätsbetriebs für die Stadt Bologna anstelle der drei zuvor bestehenden Betriebe):

Einsparungen zwischen 7 und 15% im Schnitt bei den durchgeführten Ausschreibungen;

- Großräumige Konsortien in der Region Toskana:
durchschnittliche Einsparungen von ca. 6%;

- Region Marken:

Dieses Projekt wurde erst vor kurzem gestartet. Allein bei den Ausgaben für die Bekanntmachung von Ausschreibungen wurde infolge der geringeren Zahl der Ausschreibungen im Jahr 2004 eine Kosteneinsparung von 1.000.000 Euro im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet.

All diese erst vor kurzem schrittweise durchgeführten Projekte beweisen somit, dass allein im Beschaffungswesen schon erhebliche Kosteneinsparungen möglich sind.

b) Zentralisierung der Verwaltungsdienste (Rechnungswesen, Controlling, Rechts- und Steuerabteilung) und des Bereichs ICT.

- Die zentrale Organisation dieser Dienste in einer adäquaten Betriebsgröße wird nach Abschluss dieses Prozesses ebenfalls erhebliche Einsparungen bringen (Personaleinsparungen, Einsparungen durch die Auswirkungen der einheitlichen Verwaltung auf extern erbrachte Lieferungen und Leistungen). Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass mit Hilfe der modernen Informations- und

Kommunikationstechnologie (ICT) an den verschiedenen Standorten zentralisierte Gruppen organisiert werden können, die die Probleme in ihrem Zuständigkeitsbereich bearbeiten, ohne dass Personal versetzt werden muss (oder zumindest nur in sehr geringem Umfang).

Auch hier kann man – vorbehaltlich einer nachträglichen spezifischen Analyse – eine Senkung der Gemeinkosten erzielen, die ausgehend von ähnlichen Erfahrungen (z.B. in der Provinz Trient) bei 10% liegen kann.

Zu diesen Punkten wurde eine vorsichtige Schätzung für Südtirol ausgearbeitet, in der – unter Berücksichtigung der Kostensenkung im Einkauf und der Effizienzsteigerungen in den Einrichtungen - das bis zum Ende des ersten Dreijahreszeitraums erreichbare Einsparpotential zusammengefasst wurde:

| Code | Position | Betrag | % Preis | % Effizienz | Gesamt | Einsparung |
|------|-------------------------------|----------------|---------|-------------|--------|---------------|
| B.1 | Güter | 99.962.000,00 | 2,00% | 2,00% | 4,00% | 3.998.480,00 |
| B.2 | Dienste | 414.567.000,00 | 0,00% | 2,00% | 2,00% | 8.291.340,00 |
| B.3 | Instandhaltung | 14.438.000,00 | 0,00% | 5,00% | 5,00% | 721.900,00 |
| B.4 | Güter Dritter | 7.280.000,00 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00 |
| B.5 | Gesundheitspersonal | 280.265.000,00 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00 |
| B.6 | Prof. Personal | 1.424.000,00 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00 |
| B.7 | Technisches Personal | 60.159.000,00 | 0,00% | 5,00% | 5,00% | 3.007.950,00 |
| B.8 | Verwaltungspersonal | 38.398.000,00 | 0,00% | 10,00% | 10,00% | 3.839.800,00 |
| B.9 | Verschiedene Spesen | 40.936.000,00 | 2,00% | 3,00% | 5,00% | 2.046.800,00 |
| B.10 | Absch. Auf inmaterielle Werte | 766.000,00 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00 |
| B.11 | Investitionen | 65.000.000,00 | 0,00% | 5,00% | 5,00% | 3.250.000,00 |
| B.12 | Abschreibungen auf Anlagen | 20.706.000,00 | 0,00% | 5,00% | 5,00% | 1.035.300,00 |
| B.13 | Abwertung von Guthaben | 363.000,00 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00 |
| B.14 | Lagerveränderungen | 476.000,00 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00 |
| B.15 | Rückstellungen | 28.394.000,00 | 0,00% | 2,00% | 2,00% | 567.880,00 |
| | Einsparung Assessorat | | | | | 500.000,00 |
| | <i>Gesamt</i> | | | | | 26.759.450,00 |

Anmerkungen zu den Kosteneinsparungen

Die Tabelle gibt einen Überblick über das Einsparungspotential, das durch die Zusammenführung der vier Sanitätsbetriebe in einen Betrieb realisierbar ist. Die Beträge sind nach einer Zeit von 3 Jahren erreichbar und sie bedeuten nicht, dass das Gesundheitswesen dann weniger kosten wird, seine Kosten werden lediglich um diesen Betrag langsamer ansteigen. Andererseits muss man berücksichtigen, dass diese Tabelle die Einsparpotentiale die durch eine verbesserte Informationsgrundlage, durch eine einheitlichere strategische Ausrichtung und eine effizientere Umsetzung strategischer Entscheidungen möglich sind, nicht berücksichtigt. Wenn dieses Potential genutzt wird, werden die Einsparungen weit über die Angeführten Summen hinausgehen.

Güter: Hier spielt das größere Einkaufsvolumen eine unmittelbare Rolle für den erzielbaren Preis. Durch eine verbesserte Übersicht und Logistik sind weitere Einsparungen gegeben. Insgesamt ist das Potential mit 4 % vorsichtig geschätzt.

Dienste: In dieser Position sind sanitäre und nicht sanitäre Dienste enthalten. Bei den sanitären Diensten ist das Einsparpotential sehr gering, für die restlichen Dienste sind durch Verhandlungen, aber auch durch die Konzentration von Beratungsleistungen Einsparungen möglich. Insgesamt sollte man aber nicht wesentlich mehr als die angeführten 2 % erwarten.

Instandhaltung: Durch die Koordination von Wartungsverträgen und besonders durch eine bestimmte Vereinheitlichung beim Einkauf sind hier erhebliche Potentiale gegeben, sie sind mit 5 % in 3 Jahren sicher vorsichtig geschätzt.

Technisches Personal: Die Einsparung bei dieser Position geht auf die gleichen Ursachen zurück wie die bei der Instandhaltung. Es ist aber daran zu erinnern, dass diese Position durch die weitergehende Technisierung des Sanitätswesens nicht kleiner werden wird, man kann lediglich die Dynamik bremsen.

Verwaltungspersonal: Natürlich führt die Reduktion der Zahl der Sanitätsbetriebe zu großen Einsparpotentialen, weil viele Dienste (Personal, Beschaffung, Controlling) viel effizienter organisiert werden können. Die angeführten 10 % sind durch natürliche Fluktuation leicht erreichbar.

Verschiedene Spesen: Dies ist eine Sammelposition, die teils Spesen enthält die für jeden Betrieb Fixkosten darstellen und bei einem Betrieb natürlich wegfallen oder die vergleichbar der Dynamik beim Einkauf von Gütern ist. Daher kommt insgesamt auch ein sehr ähnlicher Prozentsatz zur Anwendung.

Investitionen: Abschreibungen auf Bauten sind langfristig und damit selten wirtschaftlich korrekt. Als Proxy für den Wert wurde der Mittelwert der Investitionen der letzten zehn Jahre herangezogen. Ein solcher Betrag stellt die notwendigen Investitionen zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der Gebäude recht gut dar. Durch eine zentral koordinierte Verwaltung der Ressourcen, ist sicher eine um 5 % höhere Auslastung (auch angesichts der bestehenden Wartelisten) möglich. Diese 5 % fallen als Kostenreduktion wirtschaftlich an.

Abschreibungen auf Anlagen: Diese wurden direkt aus dem Berichtswesen der Sanitätsbetriebe entnommen. Was das Einsparpotential betrifft gilt die gleiche Argumentation wie bei den Investitionen.

Rückstellungen: In dieser Position sind Verpflichtungen zusammengefasst, die hauptsächlich mit dem Personal zusammenhängen. Sie wurden konsequenterweise mit einem Prozentsatz von 2 % berücksichtigt, was in etwa den erwarteten Einsparungen über dem gesamten Bereich Personal entspricht.

Einsparungen im Assessorat: Wenn es einen Sanitätsbetrieb mit einem einheitlichen Berichtswesen gibt, wird die Koordinierungsaufgabe der Landesverwaltung wesentlich vereinfacht; dementsprechend werden auch hier Einsparungen vorgesehen.

c) Rationalisierung und Verbesserung der Gesundheitsdienste: Das ist natürlich der größte Bereich, der auch direkt mit den grundlegenden Zielen der Systemveränderung verknüpft ist: Verbesserung der Effektivität (und somit auch der Qualität) bei gleichzeitiger Verbesserung der Effizienz. Mit anderen Worten: **Kostensenkung bei gleichzeitiger Ergebnisoptimierung.**

Die wichtigsten Punkte der Modernisierung des Systems wurden im zusammenfassenden Bericht erläutert.

Natürlich gibt es in diesem Bereich sehr viele Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung und somit zur Kostensenkung.

Man denke z.B. an die Bereiche Labor oder Radiologie, an die Neugestaltung des Leistungsangebots (mehr Territorium, weniger Krankenhaus), an die interne Organisation der Krankenhäuser (weniger ordentliche Aufenthalte, mehr Tagesklinik, mehr Day-surgery, mehr ambulante Behandlungen).

In diesem Zusammenhang sind Hypothesen und Schätzungen der Kosteneinsparungen ein wichtiger Bestandteil, wichtiger aber ist vielmehr der **Hinweis, dass dank der Effizienzsteigerungen die Systemveränderung und -verbesserung ohne zusätzlichen Ressourcenaufwand finanziert werden können. (Dies gilt vor allem für die "Exzellenz-Zentren".)**

8) Zusammenfassung

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">Die 10 wichtigsten Erkenntnisse für das Südtiroler Gesundheitswesen</p> |
|---|

Unser derzeitiges System mit seinen vier parallel organisierten Sanitätsbetrieben hat in der Vergangenheit den Anforderungen sehr gut entsprochen. So wie auch viele andere europäische Gesundheitssysteme ist unser Sanitätssystem in den letzten Jahren aber leider an seine Grenzen gestoßen. Unser erklärtes Ziel ist, eine flächendeckende, für alle zugängliche Versorgung auch für künftige Generationen sicherzustellen. Dazu müssen wir jetzt die weichenstellenden Entscheidungen treffen. Nur dann ist ein fließender Übergang in eine neue Organisationsform ohne schmerzliche Einschnitte für die Bevölkerung und die Beschäftigten möglich.

Ein „Südtiroler Sanitätsbetrieb“

Unter Beiziehung von Experten und Praktikern aus Medizin und Verwaltung und unter Berücksichtigung der internationalen Erkenntnisse, haben wir die Für und Wider eingehend geprüft. Für die erfolgreiche Modernisierung unseres Gesundheitswesens empfehlen wir abschließend den politisch Verantwortlichen des Landes Südtirols die Gründung eines „Südtiroler Sanitätsbetriebes“. Dieser soll für unser Dafürhalten auf zentraler Ebene für die strategischen Entscheidungen und die wichtigsten Verwaltungsdienste sorgen. Zur Absicherung der bestmöglichen Dienstleistung empfehlen wir auch die Krankenhäuser und Gesundheitsbezirke mit einer weitreichenden Entscheidungskompetenz im Rahmen der vorgegebenen Programme auszustatten. Für die gesetzgebende Umsetzung (Rahmengesetze, Verordnungen, Kriterien) ist mit einem Zeitraum von mindesten 14 Monaten zu rechnen. Die Inbetriebnahme des „Südtiroler Sanitätsbetriebes“ muss aus finanz- und steuertechnischen Gründen auf einen 1. Jänner fallen.

Holding-Lösung geprüft

Ergänzend halten wir noch fest, dass wir insbesondere auch die Alternative einer Holding-Lösung in Betracht gezogen und geprüft haben. Wir sind aber einhellig zur Erkenntnis gelangt, dass diese Organisationslösung zwar einige Synergieeffekte nutzen kann, die weit reichenden Notwendigkeiten für einen am europäischen Gesundheitsmarkt konkurrenzfähigen Sanitätsbetrieb dennoch nicht erbringen kann. Auch und besonders hinsichtlich unserer politischen, kulturellen und geografischen Sondersituation geben wir darum dem Südtiroler Sanitäts-Modell mit einem gestärkten „Südtiroler Sanitätsbetrieb“ den Vorzug.

Die Einrichtung eines Sanitätsbetriebs ist aus folgenden Gründen erforderlich:

- 1) um die Zahl der Entscheidungszentren zu reduzieren und die derzeitige Fragmentierung des Gesundheitssystems zu überwinden und dem Land Südtirol ein effektives und effizientes Instrument für die Umsetzung von innovativen strategischen Entscheidungen zur Verfügung zu stellen;
- 2) um eine Übereinstimmung zwischen der planerischen und der operativen Dimension herzustellen und so etwaige Lücken bei der Umsetzung der Vorgaben des Landesgesundheitsplans in konkrete Maßnahmen zu vermeiden;
- 3) um die Leistungen mit mittlerem bis hohem Spezialisierungsniveau zu bündeln, die Behandlung von komplexen Krankheitsfällen an ausgewählten Standorten zu konzentrieren und so die Qualität des Gesundheitsergebnisses zu verbessern; zu diesem Zweck müssen auch Kooperationen mit italienischen, österreichischen und anderen ausländischen Universitäten angebahnt werden, um die wissenschaftliche

- Forschung und die Versorgung in den "Kompetenz- und Exzellenz-Zentren" miteinander zu verbinden und neue Fachgebiete einzurichten;
- 4) um ein Exzellenz-System aufzubauen, das sich erfolgreich mit den Systemen der italienischen und europäischen Nachbarn messen kann und das besonders erfolgreich die Bedürfnisse der einheimischen Bevölkerung deckt, aber auch für Patienten von außerhalb Südtirols attraktiv ist;
 - 5) um bei komplexen Krankheitsfällen die Abwanderung von Südtiroler Patienten zu den Einrichtungen in anderen italienischen Regionen oder im Ausland zu vermeiden;
 - 6) um eine effektive Gleichberechtigung beim Zugang zu den Diensten und ein einheitliches Versorgungsniveau (Prävention, Territorium, Krankenhausversorgung) gemäß den in ganz Südtirol geltenden operativen Standards sicherzustellen;
 - 7) um Organisationslösungen einzuführen, die eine bewusste und dauerhafte Beteiligung der Kliniker am Organisationsprozess, also an der Leitung des Krankenhauses und des Gesundheitsbezirks, zu gewährleisten;
 - 8) um Bewerber aus ganz Europa für die Besetzung von hoch qualifizierten Stellen in der ärztlichen Leitung zu gewinnen;
 - 9) um die Implementierung von Informations- und Telematiksystemen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu beschleunigen (digitale Krankengeschichte, Telekonsultation) und die Effizienz der Labor- und Radiologiedienste im Rahmen eines krankenhausesübergreifenden Departements zu verbessern;
 - 10) um die Verwaltungsorganisation durch Abbau des unterstützenden Bürokratieapparats zu vereinfachen; um dank der neuen Betriebsgröße durch Skalenökonomie beträchtliche Einsparungen zu erzielen, wodurch die frei gewordenen Mittel für die Verbesserung der Gesundheitsdienste im eigentlichen Sinne des Wortes verwendet werden können.

ANHANG

9) Weitere Überlegungen

Die Situation in Südtirol zeichnet sich derzeit dadurch aus, dass Krankenhausärzte ein im Vergleich zum restlichen Italien oder zu Österreich wesentlich höheres Gehalt beziehen; dafür verzichten die Ärzte auf eine eigene freiberufliche Tätigkeit innerhalb des Krankenhauses. **Die sehr limitierte Möglichkeit zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit in irgendeiner Form verringert den Anreiz zur beruflichen Weiterentwicklung und Verbesserung, was sich wiederum negativ auf die Qualität der Leistungen auswirken kann. Dieser Umstand erweist sich auch als Hindernis für die Anwerbung von besonders qualifizierten Kräften aus anderen Regionen außerhalb von Südtirol.** Daher erscheint es zweckmäßig, den Ärzten **die Möglichkeit einer freiberuflichen Tätigkeit innerhalb des Krankenhauses einzuräumen**, wie dies im Übrigen auch durch entsprechende Bestimmungen auf nationaler Ebene vorgesehen ist. Dieser Schritt muss natürlich einhergehen mit einer Kürzung des institutionellen Gehalts. **Auf diese Art und Weise soll dem Bürger effektiv die freie Wahl des Arztes garantiert werden.** Die Genehmigung zur Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit innerhalb des Krankenhauses kann allerdings nur dann erteilt werden, wenn die Leistungen auf institutioneller Ebene innerhalb der Wartefristen erbracht werden, die nach Maßgabe der Standards des Landes Südtirol vorgeschrieben sind. So soll verhindert werden, dass der Bürger nicht aufgrund des Prinzips der freien Arztwahl, sondern aus anderen Gründen freiberufliche Leistungen in Anspruch nimmt. Als Alternative zu diesem Vorschlag können auch noch andere Instrumente zur Anwendung gelangen, **sofern sie effektiv für die Verbesserung der beruflichen Leistung förderlich sind (z.B. Zielvereinbarungen, Budgetverhandlungen, usw.).**

Im Hinblick auf die Anwerbung von hoch spezialisierten Kräften müsste das Land Südtirol – zumindest für die Besetzung der Primariate - **Zugang zu Bewerbern aus dem europäischen und auch außereuropäischen Raum** haben. Dabei sollen in erster Linie die **Qualifikation und die berufliche Kompetenz berücksichtigt werden, absoluten Vorrang sollten jene Bewerber erhalten, die auf internationaler Ebene bereits Erfahrungen in hoch qualifizierten Einrichtungen erworben haben.** Für den Erwerb der Sprachkenntnisse im Rahmen der Zweisprachigkeit müsste den Bewerbern auch nach der Auftragserteilung ein angemessener Zeitraum eingeräumt werden.

Um das Ziel der Angemessenheit zu erreichen, scheint auch eine Änderung des Vergütungssystems für Basisärzte zweckmäßig, das derzeit ausschließlich auf einer Pro-Kopf-Quote basiert. Das führt zu einer überhöhten Anzahl von Krankenhausaufenthalten sowie zu einer übermäßig hohen Anzahl von Überweisungen an Fachärzte.

Daher muss das **Vergütungssystem durch an das Gesundheitsergebnis gekoppelte Anreize überarbeitet werden; gleichzeitig muss der bürokratische Aufwand für Ärzte vermindert werden, die eigentliche ärztliche Leistung muss wieder mehr in den Vordergrund gerückt werden.**

Um die Qualität und Effizienz des Systems zu steigern, sollten zweckmäßigerweise gleiche **Rahmenbedingungen sowohl für öffentliche als auch für private Einrichtungen** geschaffen werden; dieses Ziel kann mit Hilfe des Systems der Akkreditierung und der damit verbundenen Festlegung der Anzahl und der Art der Leistungen erreicht werden, die von den betreffenden Einrichtungen jeweils erbracht werden müssen.