

LANDESGESUNDHEITSP SÜDTIROL 2016-2020

genehmigt mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29. November 2016

GESUNDHEIT 2020
SICHER. GUT. VERSORGT.



INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	6
In Verantwortung	7
Der Auftrag	8
Präambel	9
1 Einleitung	12
1.1 Entwicklungen im Gesundheitswesen	13
1.2 Epidemiologische Rahmenbedingungen	17
1.3 Gesetzliche Rahmenbedingungen	20
1.4 Ökonomische Rahmenbedingungen	20
2 Vision, Zielsetzung und Strategien	23
2.1 Vision und ethischer Auftrag	23
2.2 Zielsetzung und Strategien: die Säulen der Gesundheitsversorgung.....	23
3 Governance	28
4 Prävention und Gesundheitsförderung	29
5 Wohnortnahe Versorgung	31
5.1 Rolle der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, der frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte und der Gesundheitsberufe	33
5.2 Veränderungsbereiche und -maßnahmen in der wohnortnahen Versorgung	33
5.2.1 Gestaltung der Leistungserbringung	33
5.2.2 Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung	38
5.2.3 Unterstützung des Selbstmanagements	38
6 Soziosanitäre Versorgung – Zielgruppenorientierte Integration der Leistungen	40
6.1 Zielgruppe Seniorinnen und Senioren	40
6.1.1 Territoriale Anlaufstellen für Pflege- und Betreuungsangebote.....	40
6.1.2 Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen	41
6.1.3 Gesundheitliche Versorgung in den Seniorenwohnheimen.....	41
6.1.4 Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Seniorinnen und Senioren zu Hause und im Rahmen neuer Wohn- und Betreuungsformen	42

6.1.5	Einrichtung von Übergangsbetten	42
6.2	Zielgruppe Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und mit psychischer Erkrankung	42
6.2.1	Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienst, Sozialdienst und Bildung bzw. Arbeitseingliederungsdienst	43
6.2.2	Bedarfsgerechte Akkreditierung von Strukturen zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen und/oder mit psychischer Erkrankung	43
6.2.3	Festlegung von Standards für die fachärztliche und psychologische Betreuung in den Einrichtungen der Sozialdienste	43
6.3	Zielgruppe Minderjährige	43
6.3.1	Strategischer Plan zur Neudefinition und Erweiterung des Angebots des Südtiroler Netzwerkes Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	43
6.3.2	Missbrauch von Minderjährigen und sexuelle Gewalt an Minderjährigen	44
6.4	Zielgruppe Frauen und Familien	44
6.4.1	Schwangerschaft/Geburt/Nachbetreuung	44
6.4.2	Gewalt gegen Frauen	45
6.4.3	Integrierte sozio-sanitäre Fallübernahme und Begleitung	45
6.5	Zielgruppe soziale Randgruppen	45
7	Stationäre Versorgung.....	46
7.1	Landesweiter Krankenhausverbund und Leistungsprofile	46
7.1.1	Grundversorgungsleistungen nach Fach	47
7.1.2	Notfallversorgung/Notaufnahme	48
7.1.3	Personalausstattung	49
7.1.4	Leistungsschwerpunkte zusätzlich zur Grundversorgung	49
7.1.5	Umsetzung der Leistungsprofile	49
7.2	Planungsmethodik und Datengrundlagen für die stationäre Versorgung.....	50
7.3	Gesamtbettendarstellung.....	51
7.4	Angebotsplan für die Akutversorgung.....	53
7.5	Angebotsplan für die Post-Akute Versorgung.....	54
7.6	Angebotsplan für Übergangsbetten	55
7.7	Betriebsweite Funktionen.....	55
7.8	Komplexe und einfache Strukturen.....	58

7.9	Qualität der Leistungserbringung	58
7.10	Klinisches Risiko-Management	59
8	Spezielle Versorgungsthemen	60
8.1	Onkologische Versorgung.....	60
8.2	Psychologische und psychiatrische Versorgung	61
8.2.1	Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA)	62
8.2.2	Konzept Klinische Psychologie als abgestufte psychologische Versorgung im Südtiroler Sanitätsbetrieb	62
8.2.3	Betriebsweites Netzwerk des Dienstes für Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	64
8.3	Demenzversorgung	64
8.4	Komplementärmedizin	65
9	Länderübergreifende Versorgung	66
10	Medizin-Großgeräteplan	67
10.1	Planungsgrundsätze	67
10.2	Bedarfsorientierte Großgeräteplanung.....	67
11	Innovationsrichtlinie.....	69
12	Begleitmaßnahmen	71
12.1	Personalentwicklung.....	71
12.2	Anreizsysteme.....	72
12.3	IT-Vernetzung.....	73
12.4	Bürgerbeteiligung und Gesundheitskommunikation	75
13	Planungskreislauf und Aktualisierung des LGP.....	77
13.1	Steuerung der Implementierung des Landesgesundheitsplanes	77
13.2	Weiterentwicklung des Landesgesundheitsplanes	80
14	Zusammenfassung und Ausblick.....	81
15	Literaturverzeichnis	83
16	Anhang A – Angebotsplanung	84
17	Anhang B – Rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen	87

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Kreislauf der medizinischen Versorgungssicherheit	10
Abbildung 2:	Finanzielle Mittel zur Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen	13
Abbildung 3:	Die häufigsten Todesursachen der in Südtirol 2015 verstorbenen Personen.....	18
Abbildung 4:	Chronische Krankheiten in Südtirol (2015).....	19
Abbildung 5:	Aufgabenentwicklung mit Effekt der Kostendämpfung bis 2020	21
Abbildung 6:	Der/die Patient/in im Mittelpunkt der drei Grundsäulen der Gesundheitsversorgung	25
Abbildung 7:	Zukünftiges Governance-Modell	28
Abbildung 8:	Chronic Care Model nach Ed Wagner (2006)	31
Abbildung 9:	Chronic Disease Management auf Grundlage der Kaiser Permanente Pyramide	32
Abbildung 10:	Krankenhausverbund im landesweiten Netz	46
Abbildung 11:	Anreiz-Prozess.....	73
Abbildung 12:	Kreislauf Wirkungskette	78
Abbildung 13:	Schematische Darstellung der Umsetzungssteuerung und Weiterentwicklung des LGPs.....	80

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Grundversorgungsleistungen nach Fach	48
Tabelle 2:	Gesamtbettendarstellung	52
Tabelle 3:	Planungsrichtwerte für die Postakute Versorgung.....	55
Tabelle 4:	Betriebsweite Funktionen	56
Tabelle 5:	Planungsrichtwerte GGP	68
Tabelle 6:	Wirkungskette Landesgesundheitsplan	79

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Astat	Landesinstitut für Statistik
DfA	Dienst für Abhängigkeitserkrankungen
DOR	Domizilorientierte Rehabilitation
GGP	Großgeräteplan
HL7	Health Level 7
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HTA	Health Technology Assessment
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IT	Informationstechnologie
LG	Landesgesetz
LGP	Landesgesundheitsplan
LR	Landesregierung
LZP	Langzeitpflege
WBS	Wesentliche Betreuungsstandards
WHO	World Health Organization

IN VERANTWORTUNG

Wir leben in einer Zeit noch nie dagewesener Chancen, Möglichkeiten und Entwicklungen in allen Lebensbereichen – gerade auch in der Gesundheit. Fortschritt, Forschung und Innovation bringen auch eine Vielzahl von neuen Chancen und Herausforderungen mit sich: So werden wir immer älter. Doch nicht alle haben das Glück, ihren dritten Lebensabschnitt fit und vital verbringen zu können. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt auch die Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen, die für ein möglichst aktives und erfülltes Leben eine regelmäßige medizinische Versorgung brauchen. Gemeinsam mit den rasanten Entwicklungen in der Medizin, den steigenden Bedürfnissen und Erwartungen der Patientinnen und Patienten, dem europaweiten Ärztemangel und den geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen ist die wachsende Herausforderung der alternden Gesellschaft mit ausschlaggebend für einen neuen Landesgesundheitsplan 2016-2020. Experten aus dem Gesundheitsbereich, Führungskräfte und Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen in der Landesabteilung Gesundheit und im Südtiroler Sanitätsbetrieb, Patientenorganisationen und Interessensvertretungen, Sozialpartner, Bezirks- und Gemeindevertreter sowie interessierte Bürgerinnen und Bürger haben sich mit den verschiedenen Handlungsfeldern in den vergangenen Monaten intensiv beschäftigt. Es sind etwa 500 Menschen, die sich rund um die Expertenkernelgruppe in landesweiten Beteiligungsprozessen aktiv mit ihren Anliegen, Vorschlägen und Rückmeldungen eingebracht haben. Ihnen allen gilt mein herzlichster Dank für den engagierten Einsatz für eine gute, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Südtirol.

Der Landesgesundheitsplan „Gesundheit 2020“ ist ein strategisches Planungsinstrument, mit dem wir aufbauend auf der bereits erreichten hohen medizinischen Versorgungsqualität in unserem Land weiterhin Gutes garantieren wollen. Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sind in allen modernen Verfassungen verankerte Grundrechte, wobei stets die Würde und die Autonomie des Menschen im Mittelpunkt stehen. Daher stehen hinter diesem technischen Dokument die Menschen, ihre Gesundheit und die Frage, wie wir angesichts der großen Herausforderungen unserer Zeit – demographischer Wandel, chronische Krankheiten, Ärztemangel, hohe Anspruchshaltungen und erforderliche Eindämmung der Kostensteigerungen – eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Südtirolerinnen und Südtiroler für die Zukunft absichern können. Was brauchen wir, um die Menschen zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, mit der richtigen Behandlung in höchstmöglicher Qualität zu versorgen? Wo können der und die Einzelne selber die Verantwortung für seine bzw. ihre Gesundheit übernehmen und im Sinne eines Selbstmanagements und einer Selbstverantwortung dazu beitragen, möglichst lange gesund zu bleiben? Detaillierte Antworten auf diese Fragen liegen dem neuen Landesgesundheitsplan zugrunde, der uns in den nächsten Jahren Leitfaden für die Umsetzung der im breiten Konsens festgeschriebenen Maßnahmen und Anpassungen sein soll – zum Wohle der Menschen unseres Landes und ihrer Gesundheit.



Martha Stocker

Landesrätin für Gesundheit, Sport, Soziales, Arbeit und Chancengleichheit

Bozen, im November 2016

DER AUFTRAG

Die Erarbeitung des vorliegenden Landesgesundheitsplanes erfolgt im Rahmen der **Neugestaltung der Südtiroler Gesundheitsversorgung**, deren Ansätze und Grundausrichtung in der Konzeptbroschüre zu den Leitlinien **„Gesundheitsversorgung Südtirol 2020“** (genehmigt mit Beschluss der Südtiroler Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015) festgehalten sind. Der **Auftrag** zu dieser Reform des Südtiroler Gesundheitssystems ergibt sich im Wesentlichen aus dem **Koalitionsabkommen** für die Legislaturperiode 2013–2018. Im Abschnitt Gesundheit ist dazu folgendes festgehalten:

„Die regelmäßig durchgeführten Erhebungen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zur Effektivität der Gesundheitseinrichtungen stellen dem Südtiroler Gesundheitssystem ein gutes Zeugnis aus und reihen dieses auf gesamtstaatlicher und europäischer Ebene an den vordersten Plätzen. Damit dies so bleibt, muss das Gesundheitssystem den Herausforderungen der Zeit angepasst werden. Dem demografischen Wandel (steigende Lebenserwartung, Anstieg der Anzahl älterer Menschen), den epidemiologischen Veränderungen (Zunahme chronischer Krankheiten, Demenz, psychische Störungen), den geänderten Lebensgewohnheiten bei Bewegung und Ernährung, den sozialen Herausforderungen in Bezug auf postakute Behandlung und Pflege kranker und älterer Menschen (Pflege außerhalb der Familien, Einrichtungen für Kurzzeitpflege) sowie dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt muss im klinischen wie im Pflegebereich Rechnung getragen werden. Im Mittelpunkt stehen dabei selbstverständlich der Mensch und dessen Gesundheit, die im Netzwerk aus Allgemeinmedizin und Krankenhäusern geschützt und vor allem – im Sinne eines eigenverantwortlichen Verhaltens – gefördert werden muss.“

Im Rahmen der Neufassung des Landesgesundheitsplanes galt es, diesen Auftrag in Verantwortung zu übernehmen, zu versuchen, alle angesprochenen Thematiken auszuleuchten, aufbauend auf die Tatbestände die Herausforderungen festzuhalten und die strategischen Ausrichtungen mit den notwendigen Rahmenmaßnahmen zu definieren.

PRÄAMBEL

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist effizient, hochwertig, finanzierbar, vernetzt.

Mit dem Beschluss der Südtiroler Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 sind die Weichen für die Weiterentwicklung der Südtiroler Gesundheitsversorgung gestellt worden. Die darin enthaltenen Zielsetzungen, Strategien und Weichenstellungen haben die nachhaltige gesundheitliche Versorgung der Menschen zum Ziel und bilden daher den Rahmen für dieses Dokument.

Wesentliche Ziele für die medizinische Versorgung der Menschen sind:

- die an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Leistungserbringung aller Dienste,
- die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, **hochwertigen Gesundheitsversorgung** der Bevölkerung,
- die Sicherstellung der **langfristigen Finanzierbarkeit** des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts,
- die **Optimierung der Leistungserbringung** unter bestmöglicher Nutzung von Synergien in allen Bereichen, im medizinischen wie auch im administrativen Bereich sowie
- die **Vermeidung** aller **Organisationskosten**, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen stiften.

Die Menschen stehen
im Mittelpunkt
des medizinischen
Handelns.

Um eine möglichst einheitliche und nachhaltige Erreichung dieser Ziele sicherzustellen, ist es notwendig, jede einzelne der drei **Grundsäulen der Gesundheitsversorgung** (Gesundheitsvorsorge, wohnortnahe Gesundheitsversorgung und stationäre Versorgung) durch entsprechende Anpassungen zu stärken und dahingehend zu optimieren, dass die hohe medizinische Versorgungsqualität der Bevölkerung auch in Zukunft gewährleistet werden kann.

Es gilt zunächst die **Gesundheitsvorsorge** mit dem Ziel der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Schaffung eines einheitlich abgestimmten Leistungsangebotes zur besseren Prävention und zum Schutz der Gesundheit der gesamten Südtiroler Bevölkerung noch stärker zu fördern. Im Rahmen der Stärkung der **wohnortnahen Gesundheitsversorgung** ist die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk ein Schlüsselfaktor für die angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in allen Landesteilen. Ziel hierbei ist es, die vorwiegend am Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung vor Ort zu ergänzen. Des Weiteren ist – zur Aufwertung der wohnortnahen Versorgung – die verstärkte Integration zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialbereich, auch durch die Abstimmung zwischen dem Landesgesundheitsplan und dem Landessozialplan, von entscheidender Bedeutung. Im Bereich der **stationären Versorgung** garantieren das intersektorale Leistungsangebot im Bezirk, ein landesweites Netzwerk aller Krankenhäuser und eine entsprechende Leistungsabstimmung die wirksame und nachhaltige Betreuung und Behandlung aller Patientinnen und Patienten, die im Mittelpunkt des medizinischen Handelns stehen.

ABBILDUNG 1: KREISLAUF DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSSICHERHEIT



In diesem Sinne stellt der vorliegende Landesgesundheitsplan sowohl eine Vision als auch die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung dar. Er versteht sich als ein **Rahmenplan**, der die Gestaltung der Gesundheitsversorgung mit ausreichend Planungssicherheit ausstattet, gleichzeitig aber so flexibel gehalten ist, dass man zeitnah auf sich verändernde Rahmenbedingungen entsprechend reagieren kann. Die erforderlichen Detaillierungen des Landesgesundheitsplanes erfolgen – unter Einhaltung der Planungsvorgaben und Richtwerte – über gesonderte Fachpläne, deren Ausarbeitung in einem transparenten und partizipativen Ansatz erfolgen und unmittelbar beginnen soll.

Zu diesem Zweck wird empfohlen, den LGP in seinen Umsetzungsphasen einer laufenden, von externen Fachleuten unterstützten Überprüfung zu unterziehen. Dies stellt eine **konsequente Implementierung** des Planes sicher und ermöglicht eine effiziente, innovative und nachhaltige Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Südtiroler Bevölkerung.

Mit der Erstellung des LGP waren sowohl interne als auch externe Experten betraut. Die Arbeitsweise der **Experten-gruppe** lässt sich vor allem auch durch ihre Interdisziplinarität charakterisieren, die sich umfangreicher Planungsgrundlagen bedient und quantitative und qualitative Ansätze kombiniert, um dadurch zu einem möglichst umfassenden Bild der Südtiroler Versorgungslandschaft und zu deren weiterer Verbesserung zu gelangen.

Die genannte Expertengruppe setzte sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Externe Experten:

- **MMag. Wolfgang Bayer (Leitung)**, Geschäftsführer der Wolfgang Bayer Beratung GmbH, Österreich
- **Dr.ⁱⁿ Michaela Moritz**, ehemalige Geschäftsführerin der Gesundheit Österreich GmbH
- **Prof. Francesco Longo**, Professor für Public Management an der Universität Bocconi in Mailand

Vertreter des Landes bzw. der Landesabteilung Gesundheit:

- **Dr. Michael Mayr**, Ressortdirektor
- **Dr.in Laura Schrott**, Abteilungsdirektorin
- **Dr. Horand Meier**, Koordinator Klinische Führung in der Abteilung Gesundheit

Vertreter des Sanitätsbetriebes:

- **Dr. Thomas Schael**, Generaldirektor
- **Dr. Oswald Mayr**, Sanitätsdirektor
- **Dr. Robert Peer**, Pflegedirektor
- **Dr. Walter Amhof**, Bezirksdirektor

In die Planungsgrundlagen sind insbesondere die Rückmeldungen aus unterschiedlichen **Beteiligungsprozessen** eingeflossen. All diese Rückmeldungen wurden durch die Expertengruppe gesichtet, bewertet und einer weiteren Bearbeitung zugeführt. Zu diesem Zweck wurde in jedem Gesundheitsbezirk eine **Bezirksgesundheitskonferenz** abgehalten. Die zentrale Rolle nahmen hierbei die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs und die politischen Stakeholder ein. Die **über 400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer** wurden über die Ergebnisse des bisherigen Prozesses und die Konzeptionierung des LGPs informiert

Die Planung ist auf die Erfahrungen der Experten und die Bedürfnisse der Menschen abgestimmt.

und trugen dazu bei, das Planungsdokument mit Inhalt zu füllen, indem sie ihre Sichtweise zu den vorhandenen Themenstellungen einbrachten. Durch diesen Resonanzprozess sammelte die Expertengruppe über 300 Rückmeldungen, die eine wichtige Quelle für die Gestaltung des Landesgesundheitsplans waren. Nach erfolgter Ausarbeitung dieses ersten **Planentwurfs** war es auch den Bürgerinnen und Bürgern, den Gemeinden Südtirols sowie erneut sämtlichen institutionellen und ehrenamtlichen Interessensvertretern im Zuge der gesetzlichen Verabschiedung des Plans möglich, ihre Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge zum Dokument einzubringen. Von den knapp 400 eingegangenen Stellungnahmen konnte ein Großteil zum Zwecke der weiteren Verbesserung und Schärfung des Plans in das Dokument aufgenommen werden.

Einer der zentralen Eckpfeiler der zukünftigen Südtiroler Gesundheitsversorgung zielt auf eine stärkere Vernetzung der Akutversorgung im landesweiten Krankenhausverbund der sieben Krankenhausstandorte. Zur Optimierung der Leistungsabstimmung wurde – zusätzlich zur Arbeit der Expertengruppe – der Prozess für die Gestaltung der **Leistungsprofile** für die Standorte der Grundversorgung in den Landesgesundheitsplan eingearbeitet. Dazu gehören neben den Leistungsprofilen die Ausführungen zur landesweiten Gesamtabstimmung sowie ergänzende Leistungen bzw. Schwerpunktleistungen und Spezialisierungen der Krankenhausstandorte.

Der Landesgesundheitsplan wurde maßgeblich durch die zahlreichen Beiträge und wertvollen Inputs, die im Zuge der Beteiligungsprozesse oder durch schriftliche Eingaben sowie zahlreiche weitere fachliche Diskussionen eingebracht wurden, mitgeformt.

Landesrätin Dr.in Martha Stocker und die Expertengruppe bedanken sich auf diesem Weg bei all jenen, die – in der einen oder anderen Weise – stets konstruktiv und engagiert an der Entwicklung und Gestaltung des vorliegenden Landesgesundheitsplanes beteiligt waren.

1. EINLEITUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist als Antwort auf die Herausforderungen der Zukunft geplant.

Der Landesgesundheitsplan 2016–2020 (LGP) ist die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung in Südtirol. Seine Zielsetzung ist es, die hohe medizinische **Versorgungsqualität** der Südtiroler Bevölkerung unter Wahrung der Würde und der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu garantieren und eine **bedarfsorientierte und bereichsübergreifende Betreuung** zu bieten, die sich an den Grundsätzen der **Qualität, Effizienz, Angemessenheit** sowie der **Sicherheit** und **Nachhaltigkeit** orientiert. Die Patientinnen und Patienten sollen am „Best Point of Service“ („besten Ort der Leistungserbringung“) und möglichst wohnortnah betreut werden. Der Planungshorizont für den vorliegenden LGP ist das Jahr 2020. Der LGP ist wie folgt aufgebaut:

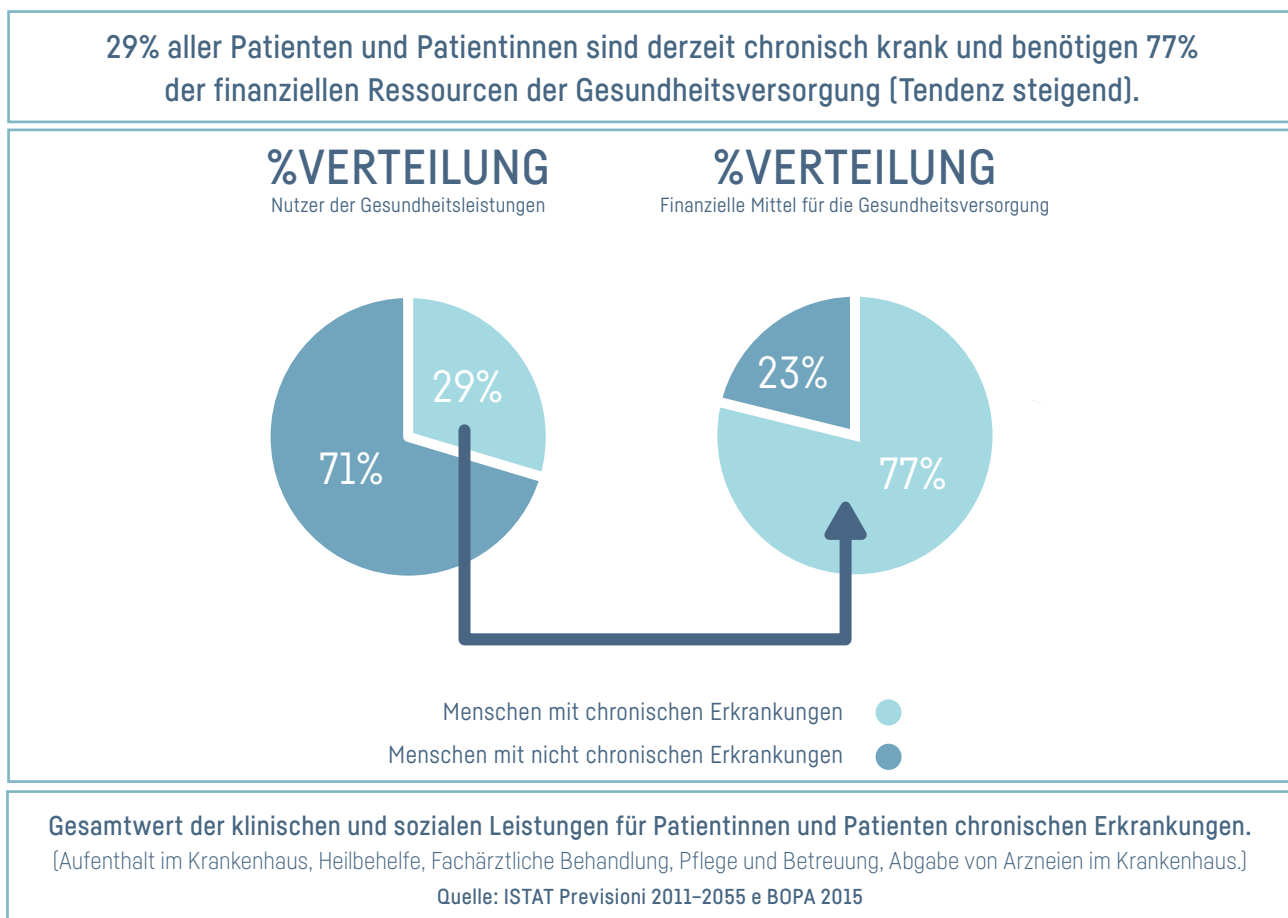
- Kapitel 1** beschäftigt sich mit den Entwicklungen im Gesundheitswesen, die für die Planung relevant sind. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Entwicklungen in Demographie und Medizin und auf die Auswirkungen der geänderten gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitsversorgung gelegt.
- Kapitel 2** beschreibt einerseits Vision und Zielsetzung, die diesem Plan zugrunde liegen und andererseits die Strategien für deren Erreichung und die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung.
- Kapitel 3** veranschaulicht die Governance-Struktur und den mit ihr im Zusammenhang stehenden Steuerungs- und Informationskreislauf.
- Kapitel 4** beschreibt die elementare Bedeutung der Gesundheitsvorsorge und Prävention.
- Kapitel 5** zählt die Maßnahmen zur Stärkung und Verbesserung der wohnortnahen Versorgung auf.
- Kapitel 6** legt die Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich dar.
- Kapitel 7** umfasst den Angebotsplan für die stationäre Versorgung und die Leistungsprofile der Standorte für die Grundversorgung. Der Angebotsplan für die stationäre Versorgung umfasst sowohl die Planung der akuten als auch der post-akuten Versorgung sowie die damit in Verbindung stehenden Intermediär- und Übergangsbetten. Das Kapitel enthält zudem die Grundsätze für die Regelung hinsichtlich der betriebsweiten Funktionen in den komplexen wie den einfachen Strukturen.
- Kapitel 8** beinhaltet spezielle Versorgungsthemen wie die onkologische und psychiatrische Versorgung sowie die Demenzversorgung.
- Kapitel 9** regelt die länderübergreifende Versorgung.
- Kapitel 10** legt die Planungsgrundsätze für den Medizin-Großgeräteplan fest.
- Kapitel 11** beschreibt die Innovationsrichtlinie.
- Kapitel 12** behandelt Begleitmaßnahmen wie Personalentwicklung, Anreizsysteme, IT-Vernetzung und Bürgerbeteiligung bzw. Gesundheitskommunikation.
- Kapitel 13** beschreibt den Planungskreislauf und regelt die Aktualisierung des LGPs.
- Kapitel 14** fasst zusammen und gibt einen Ausblick über die weitere Vorgehensweise sowie die Implementierung des vorliegenden LGPs.

1.1 ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

In Europa gibt es gemeinsame Tendenzen in der **epidemiologischen Entwicklung**. Dazu gehören die Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung, die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung, die geringe Geburtenrate ¹ oder die zunehmende „Zergliederung“ der Gesellschaft. Diese herausfordernde epidemiologische Situation – eine steigende Zahl von Menschen, die auf Leistungen im Gesundheitsbereich angewiesen sind und gleichzeitig immer begrenztere personelle und nicht mehr so stark gegebene finanzielle Ressourcen – muss bei den Zukunftskonzepten im Gesundheitsbereich berücksichtigt werden.

In Südtirol leben heute etwa 98.000 Menschen, welche über 65 Jahre alt sind. Drei Viertel von ihnen leiden mit zunehmendem Alter an einer oder sogar an mehreren **chronischen Krankheiten**. Im Jahr 2030 werden laut statistischen Prognosen mehr als 140.000 Über-65-Jährige in Südtirol leben, was in weiterer Folge zu einer höheren Nachfrage an medizinischen Leistungen führen wird. Dieser Mehrbedarf wird von der Tatsache unterstrichen, dass die Versorgung der Menschen mit chronischen Krankheiten, welche derzeit 29 Prozent der Südtiroler Bevölkerung ausmachen, bereits heute insgesamt 77 Prozent aller finanziellen Ressourcen des Südtiroler Gesundheitssystems in Anspruch nimmt. Die steigende Anzahl von chronischen Krankheiten erfordert von einem Sanitätsbetrieb mit einem Einzugsgebiet von rund 500.000 Menschen ausreichend Kapazitätsmöglichkeiten, um alle Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten in geeignete Disease-Management-Programme aufnehmen zu können.

ABBILDUNG 2: FINANZIELLE MITTEL ZUR BETREUUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN



¹ Wobei anzumerken ist, dass die Geburtenrate in Südtirol in den letzten Jahren relativ konstant ist und aktuell bei 10,3 Neugeborenen pro 1.000 Einwohner (2015) liegt. Im Vergleich dazu liegt der staatliche Durchschnitt im Jahr 2015 bei 8,0 Neugeborenen pro 1.000 Einwohner. (Quelle: Demografische Indikatoren 2015 – ISTAT)

Die in Zukunft vermehrt ansteigende Multimorbidität erfordert eine **ganzheitliche Versorgung** der Patientinnen und Patienten über verschiedene Fachbereiche und Fachkräfte hinweg, die optimal abgestimmt werden muss, um Doppelgleisigkeiten oder Mehrfachverordnungen zu vermeiden. Dies gilt für alle Gesundheitstechnologien und insbesondere für die Medikamentenverschreibungen.

In diesem Zusammenhang ist auch der rasanten **Entwicklung in der medizinischen Behandlung und Betreuung** Bedeutung beizumessen. Die Fortschritte in Forschung und Innovation tragen dazu bei, dass die Patientinnen und Patienten immer zielgerichteter, proaktiver und personalisierter betreut werden können. Der **Fortschritt in Diagnose und Therapie** schreitet stark voran, sodass die Möglichkeiten der modernen Medizin inzwischen enorm sind.

Fortschritt und Technologie sind eine Chance zur nachhaltigen Verbesserung der Behandlung und Betreuung.

Im **chirurgischen Bereich** haben sich mittlerweile schonende Operationstechniken etabliert, die es ermöglichen, auch komplexe Eingriffe an unterschiedlichen Organen durchzuführen, ohne große Narben zu hinterlassen. Solche **minimal-invasiven chirurgischen Eingriffe** – welche manchmal auch mit dem Begriff „Knopflochchirurgie“ umschrieben werden – führen zu deutlich weniger postoperativen Schmerzen und versprechen die Reduktion sowohl der Aufenthaltsdauer als auch des Bedarfs an Rehabilitation für die Patientin/den Patienten. All dies führt dazu, dass Patientinnen und Patienten für chirurgische Eingriffe nicht mehr stationär aufgenommen werden müssen, sondern mit hervorragenden Resultaten auch tagesklinisch oder ambulant betreut werden können.

Stellvertretend für die **technologische Weiterentwicklung** in den unterschiedlichen Bereichen sollen an dieser Stelle die robotisierte Chirurgie oder auch die Strahlentherapie Erwähnung finden. Diese Techniken ermöglichen es, mit einer bis dato unerreichten Präzision gewebeschonend zu operieren und damit unerwünschte Nebenwirkungen für die Betroffenen auf ein Minimum zu reduzieren.

Auch der **Fortschritt in der Pharmakotherapie** eröffnet neue Möglichkeiten und stellt unter mehreren Gesichtspunkten eine bedeutende Herausforderung für das Gesundheitswesens dar: unter Anwendung neuer Techniken, wie der Molekularbiologie, der Genanalyse, der Erkennung von Tumorzeptoren und anderen erhalten die Patientinnen und Patienten Medikamente, die auf das jeweilige Krankheitsbild abgestimmt sind und in ihrer Wirksamkeit die bis dato angewandten Therapien deutlich übertreffen. Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahren eine Vielzahl sogenannter neuer „innovativer Medikamente“ auf den Markt kommt, die einerseits die Überlebenschancen der Patientinnen und Patienten steigern und deren Lebensqualität verbessern, andererseits das öffentliche Gesundheitssystem finanziell stark belasten, sodass in Zukunft besonderes Augenmerk auf Angemessenheit und Wirksamkeit dieser innovativen Produkte zu legen ist.

Hinzu kommt außerdem, dass sich auch die **Erwartungen** der Menschen **an die Gesundheitsversorgung** in den vergangenen Jahren entscheidend verändert haben. Der Anspruch der besten medizinischen Leistung soll im Idealfall überall und zeitnah vom öffentlichen Gesundheitssystem erfüllt werden. Eine zunehmende Rolle spielen dabei auch die Möglichkeiten, im Internet nach Informationen zu suchen und eine Selbstdiagnose zu treffen: Die Patientinnen und Patienten hinterfragen vermehrt die Ergebnisse medizinischer Diagnose und Therapie und fordern verstärkt eine Zweit- und Drittuntersuchung, dazu weiterführende Be-

Die Erwartungen der Menschen sind hoch.

handlungen und spezielle, oftmals der Anforderung nicht angemessene Leistungen ein. Zudem ermöglicht der medizinische Fortschritt immer mehr personalisierte Leistungen, die mit einer weiteren Kostensteigerung für das öffentliche Gesundheitssystem verbunden sind.

Zukünftige Betreuungsangebote müssen sich daher grundlegend von den Angeboten der Dienste, die konkret auf die Akutversorgung spezialisiert sind, unterscheiden. Die Neuausrichtung dieser Dienste steigert die Qualität für die Patientinnen und Patienten und ermöglicht es den Fachkräften, eine höhere, zielgerichtete Wertschöpfung für die Gesellschaft zu erzielen.

Diese **neue „Landschaft der Dienste“** erfordert eine Aufwertung der Kompetenzen aller und der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Die Krankenhausärztinnen und -ärzte müssen sich auf immer schwerwiegendere und komplexere Krankheitsbilder einstellen. Die Übergangsbetreuung muss lernen, komplexe Patientinnen und Patienten mit hohem soziosanitären Betreuungsbedarf zu begleiten. Im ambulanten Bereich werden komplexere klinische Aufgaben übernommen. Hausärztinnen, Hausärzte und die Hauskrankenpflege müssen Patientinnen und Patienten auch in anspruchsvollen Krankheitsphasen übernehmen. Folgende Aspekte erfordern insbesondere für die territoriale, wohnortnahe Gesundheitsversorgung eine nachhaltige Gestaltung:

Die Komplexität des Versorgungsauftrags fordert alle Gesundheitsberufe.

- der therapeutische wie der technologische Fortschritt ermöglicht eine stärkere wohnortnahe gesundheitliche Versorgung von Menschen mit akuten oder in manchen Fällen auch chronischen Erkrankungen;
- das gehäufte Auftreten der Multimorbidität erfordert komplexere, multiprofessionelle und vor allem koordinierte Versorgungsansätze;
- die zunehmende Veränderung des sozialen Kontextes mit einer steigenden Anzahl alleinlebender Menschen, vor allem auch vor dem Hintergrund des Rückgangs der Tragfähigkeit durch traditionelle Netzwerke, erhöht den Bedarf an professioneller Pflege und erfordert somit eine möglichst ganzheitliche Rundum-Versorgung.

Die „abwartende Medizin“ in den Krankenhäusern agiert derzeit innerhalb der eigenen Grenzen und berücksichtigt die Compliance („Therapietreue“) der Patientinnen und Patienten zu wenig, sobald diese aus dem Akutbereich entlassen werden. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen müssen die Patientinnen und Patienten zeitgerecht in einen risikoadaptierten, auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen fußenden, optimalen diagnostischen wie therapeutischen und gleichzeitig effizienten **Betreuungspfad** eingegliedert werden. Eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe (innerhalb wie außerhalb des Krankenhauses), die laufend überwacht, gesteuert und überprüft wird, ist ein wesentlicher Ansatz, der von der üblichen Kultur und Praxis des Krankenhauses im Akutbereich abweicht.

Parallel zu den epidemiologischen Rahmenbedingungen ändern sich auch die Bereiche der **Informationstechnologie** sowie die Voraussetzungen der **klinischen Organisation**. Die Medizintechnik ist einem radikalen Wandel unterworfen, der die Rahmenbedingungen für die verschiedenen Betreuungsangebote stark verändert.

Die **ambulante Betreuung** gewinnt, insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern und High-Tech Behandlungsmethoden, zunehmend an Bedeutung. Klinisch anspruchsvolle und kostenintensive Behandlungen werden immer häufiger ambulant erbracht. Im Gegensatz dazu sind medizinische Akut-Abteilungen mit einer

Die ambulante Betreuung gewinnt an Bedeutung.

hohen Anzahl von älteren und pflegebedürftigeren Patientinnen und Patienten belegt, die eigentlich Bedarf im sozio-sanitären Bereich haben. Das Ziel muss daher sein, ambulante Betreuungsangebote nach Möglichkeit zu fördern und pflegebedürftige Menschen vermehrt wohnortnah zu versorgen.

Die Verbesserung und Förderung der **Patienten-Compliance** hin zu einem angemessenen Lebensstil ist neu zu definieren und noch gänzlich zu entwickeln. Für die Gesundheitsberufe eröffnen sich hier, auch angesichts des Ärztemangels, verschiedene und äußerst interessante Entwicklungsmöglichkeiten, die unterschiedliche Ausbildungswege erfordern.

Um den Nachweis hinsichtlich der „**Clinical Competence**“² erbringen zu können, wird der Südtiroler Sanitätsbetrieb bis 2020 einen in die institutionelle Akkreditierung integrierten Qualitätsnachweis anhand international anerkannter Kriterien und Anforderungen beginnen. Die Fokussierung auf klinisch relevante Prozesse begünstigt auch die Weiterentwicklung und Bündelung der Technologien, sowie deren schnellere Modernisierung und bessere Auslastung und damit schlussendlich die Stärkung der Kompetenz.

Der informierte Patient trägt aktiv zum Erfolg der Behandlungsmethode bei, die sich an modernen medizinischen Erkenntnissen ausrichtet.

Themen im Bereich **Personalführung und Personalentwicklung** haben zukünftig einen großen Einfluss auf die Entwicklung im Gesundheitswesen. Die wachsende Anerkennung der Gesundheitsberufe und deren weiter zunehmende Professionalisierung und Spezialisierung fördern die Kompetenz der Berufsbilder und die Effizienz im Arbeitsalltag. Der Mangel an Ärzten und Ärztinnen, die sich verstärkt auf präzise klinische Aktivitäten fokussieren müssen, schafft Platz für eine professionelle Entwicklung in vielen Funktionen, welche mit großer Kompetenz von anderen Berufsbildern im Gesundheitsbereich ausgefüllt werden können.

Die verschiedenen Gesundheitsberufe verstärken und ergänzen sich.

Die Möglichkeit, Aufgaben zu übernehmen, die neue und erweiterte Fähigkeiten erfordern, beinhaltet für jedes Berufsbild im Gesundheitssystem eine große Entwicklungsmöglichkeit, die Motivation und Arbeitsklima positiv beeinflusst. Dabei muss auch die Altersstruktur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt werden. Wichtig ist es, die Innovationsmöglichkeiten als eine menschliche und berufliche Chance zu sehen. Im Einklang mit einem kulturellen und organisatorischen Wachstum der Berufe können letztendlich optimierte Dienstleistungen im Gesundheitsbereich geboten werden.

Die **Verknappung von verfügbarem Personal** wird in Zukunft eine große Herausforderung für die Gesundheitsdienstleister auch in Südtirol darstellen. Nicht nur die eingeschränkte Verfügbarkeit von ärztlichem Personal, sondern auch die Verknappung bei verfügbaren Pflegekräften ist bei zukünftigen Planungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

Die Zweisprachigkeitsvoraussetzung und die EU-Arbeitszeitregelung verstärken die Verknappung des Personals.

Hinzu kommt, dass die Südtiroler Absolventinnen und Absolventen von medizinischen Ausbildungen mittelfristig den Bedarf nicht decken werden können, da sich der internationale Wettbewerb der Industrienationen bei der Rekrutierung von

² Klinische Kompetenz.

Fachärztinnen und Fachärzten verstärkt. Die im Falle Südtirols besonders schwierige Arbeitsmarktsituation ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass sich die Auswahl an möglichen Neuanwerbungen aufgrund der Zweisprachigkeitsvoraussetzungen einerseits im Wesentlichen auf Südtiroler Absolventinnen und Absolventen begrenzt, andererseits Fachärztinnen und Fachärzte aus Südtirol gerade wegen ihrer Zweisprachigkeit besonders oft Ziel von Anwerbungen seitens attraktiver Gesundheitseinrichtungen in den umliegenden Ländern und Regionen sind und von diesen gewissermaßen „abgeworben“ werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdient in diesem Zusammenhang die Entwicklung in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die frei wählbaren Kinderärzte, weil viele davon in den nächsten Jahren in den Ruhestand treten werden und die derzeitige Anzahl an Ärztinnen/Ärzten in Ausbildung nicht ausreicht, um die frei werdenden Stellen nachzubesetzen. An sich begrüßenswerte Trends wie die zunehmende Feminisierung des Arztberufs und die damit einhergehende steigende Nachfrage an flexibleren Arbeitszeitmodellen verstärken diese Verknappung an ärztlichem Personal zusätzlich. Das Land Südtirol und der Südtiroler Sanitätsbetrieb sind deshalb bestrebt, diese sich verschärfende Situation positiv zu beeinflussen, indem eigene Anreize geschaffen (z.B. finanzielle Unterstützung für Jungärzte) und die bürokratischen Rahmenbedingungen erleichtert werden. Solange die Schere zwischen Nachfrage und Angebot von Ärztinnen/Ärzten so weit auseinander geht, wird es notwendig sein, weitere Maßnahmen zu setzen, um die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in jedem Fall sicherzustellen. Dazu gehört auch die Umsetzung einer zusätzlichen Ärzteausbildungsschiene gemeinsam mit dem Bundesland Tirol.

1.2 EPIDEMIOLOGISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Analyse und Beschreibung der epidemiologischen Rahmenbedingungen bietet einen Überblick über den Gesundheitszustand – sowie dessen Determinanten – der Südtiroler Bevölkerung. Eine solche Bestandsaufnahme ist eine wichtige Grundlage für die Gestaltung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung.

Zu diesem Zweck verfasst die Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes einen jährlichen **Landesgesundheitsbericht**, welcher ein umfassendes und analytisches Bild des Gesundheitszustandes der Südtiroler Bevölkerung zeichnet. Der Landesgesundheitsbericht analysiert anhand von epidemiologischen Indikatoren die Verbreitung der relevantesten Krankheitsbilder und die wichtigsten Lebensstil-, aber auch Umweltfaktoren sowie Faktoren des Arbeitsumfelds, welche wesentliche Determinanten der Gesundheit darstellen. Diese Determinanten sind vor allem im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge und Prävention von entscheidender Bedeutung.

Gesundheitliche
Entwicklungen sind
Grundlage der
Planung.

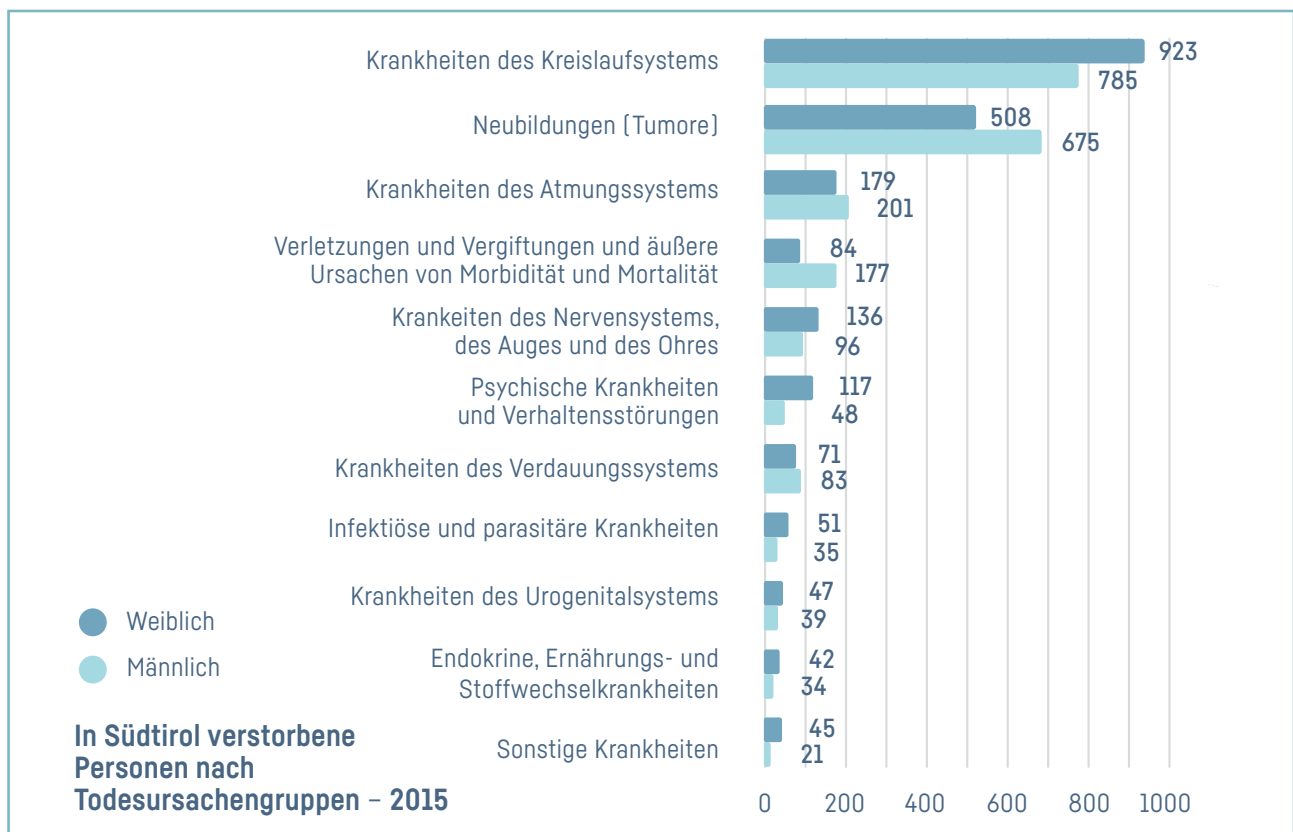
Hinsichtlich des **Gesundheitszustandes** ist anzuführen, dass in Südtirol – gleich wie in den anderen westlichen Gesellschaften – chronisch-degenerative Krankheiten zu einer Veränderung in der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur geführt haben und dass davon auszugehen ist, dass sich dieser Trend aufgrund der Alterung der Gesellschaft weiter fortsetzen wird. Die Notwendigkeit, chronischen Erkrankungen vorzubeugen bzw. sie bedarfsgerecht zu behandeln, ist daher zentral für die Gestaltung der Versorgung.

In diesem Zusammenhang ist die laufende Beobachtung der **epidemiologischen Entwicklung** von entscheidender Bedeutung. Es gilt sowohl Inzidenz- wie Prävalenzwerte der wichtigsten Erkrankungen – auch in Form von Zeitreihen – zu erheben und darzustellen. Zeitreihen ermöglichen die Ableitung und Prognose von Trends und erlauben es somit,

epidemiologische Veränderungen einer Gesellschaft aufzuzeigen. Dadurch ergeben sich wichtige Handlungsfelder und die Ableitung von entsprechenden Maßnahmen für die evidenzbasierte und bedarfsgerechte Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Diese Handlungsfelder sind in weiterer Folge auch im Rahmen der Aktualisierung und Entwicklung des LGPs entsprechend zu berücksichtigen.

Die häufigsten **Todesursachen** der in Südtirol im Jahr 2015 verstorbenen Personen sind in Abbildung 3 dargestellt. Die Abbildung zeigt die häufigsten Todesursachen getrennt nach Geschlecht in absteigender Reihenfolge. Rund ¾ aller Todesfälle entfallen auf die ersten drei Gruppen: „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „Neubildungen (Tumore)“ und „Krankheiten des Atmungssystems“. Für weitere 15 Prozent der Todesfälle sind „Verletzungen und Vergiftungen und äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“, „Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres“ und „Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen“ verantwortlich.

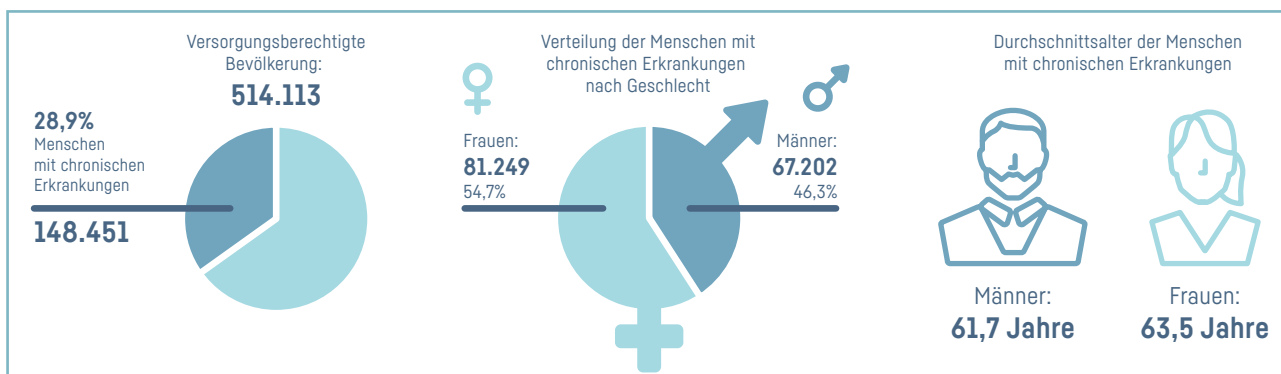
ABBILDUNG 3: DIE HÄUFIGSTEN TODESURSACHEN DER IN SÜDTIROL 2015 VERSTORBENEN PERSONEN³



Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt erwähnt, haben rund 29 Prozent der Südtiroler Bevölkerung eine chronische Erkrankung, was rund 150.000 Personen entspricht. Insgesamt sind Frauen mit einem Anteil von 54,7 Prozent stärker von **chronischen Krankheiten** betroffen als Männer (45,3 Prozent). Dieser Überhang ist jedoch teilweise der Tatsache geschuldet, dass die durchschnittliche Lebenserwartung bei Frauen höher als bei Männern ist und die Wahrscheinlichkeit, von einer chronischen Krankheit betroffen zu sein, mit zunehmendem Alter wächst. Bestätigt wird diese Annahme, wenn man die beiden Geschlechtergruppen der Menschen mit chronischen Erkrankungen anhand ihres Durchschnittsalters miteinander vergleicht: Während die von chronischen Krankheiten betroffenen Männer durchschnittlich 61,7 Jahre alt sind, beträgt das Durchschnittsalter im Falle von Frauen mit chronischen Erkrankungen 63,5 Jahre.

³ Datenquelle: Landesamt für Statistik ASTAT.

ABBILDUNG 4: CHRONISCHE KRANKHEITEN IN SÜDTIROL (2015) ⁴



Chronische Krankheiten haben im Gegensatz zu akuten Erkrankungen häufig keinen eindeutig bestimmbareren Ausgangspunkt, sondern entwickeln sich über einen längeren Zeitraum und stellen ein dauerhaftes Gesundheitsproblem dar. Eine Erkrankung kann zwar chronisch sein, aber dennoch eine akute Komponente aufweisen (z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Grundsätzlich nimmt die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen mit dem Alter zu, dennoch sind auch Kinder und junge Menschen davon betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt außerdem die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen auch an mehreren chronischen Krankheiten leiden (Multimorbidität).

Zu den **wesentlichen chronischen Krankheitsgruppen** zählen neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, chronische Herzinsuffizienz, Arteriosklerose, koronare Herzkrankheit, etc.) Krebserkrankungen, Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) und Stoffwechselkrankheiten wie Typ-2-Diabetes. Als wesentliche chronische Erkrankungen des Verdauungssystems sind die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa) zu nennen. Chronische neurologische Erkrankungen umfassen: Demenz, Parkinson, Epilepsie, Alzheimer und die Multiple Sklerose. Weitere Krankheitsbilder, die in diesem Zusammenhang zu nennen sind, sind Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, wie rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis), aber auch psychische Störungen werden in Zukunft eine große Herausforderung für alle Gesundheitssysteme darstellen. Auch Suchterkrankungen wie Alkoholismus und Tabakkonsum, die selbst Risikofaktoren für weitere chronische Krankheiten darstellen, sind in diesem Zusammenhang anzuführen. Zusätzlich sind auch „Volkskrankheiten“ wie das häufig durch Fehlernährung und Bewegungsmangel verursachte und immer mehr auch schon im Kindesalter auftretende Übergewicht, chronische Rückenschmerzen oder Migräne in diesem Kontext zu nennen. ⁵

Chronische Krankheiten bedürfen spezieller Aufmerksamkeit. Präventionsprogramme stärken den gesunden Lebensstil.

Auch wenn nicht alle chronischen Krankheiten durch den Lebensstil aktiv beeinflussbar sind, so kommt dem **individuellen Gesundheitsverhalten** doch eine entscheidende Rolle in der Entstehung und dem Krankheitsverlauf von chronischen Krankheiten zu, was wiederum die Wichtigkeit von effektiven Präventionsprogrammen unterstreicht.

Chronische Krankheiten haben nicht nur Auswirkungen auf die Betroffenen selbst, da sich sowohl Körperintegrität als auch Wohlbefinden ändern, sondern auch auf die Ausgaben des Gesundheitssystems und bedürfen deshalb einer speziellen strategischen und planerischen Aufmerksamkeit.

⁴ Datenquelle: epidemiologische Beobachtungsstelle – Mapping der chronischen Krankheiten.

⁵ Vorliegende Aufzählung soll keine taxative Auflistung aller chronischen Erkrankungen darstellen, sondern lediglich einen Überblick über die wesentlichen chronischen Krankheitsbilder geben.

1.3 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Der „Schutz der Gesundheit“ liegt wie in allen europäischen Ländern auch für Südtirol in primärer Kompetenz des Staates. Deshalb kann sich das Land Südtirol den europäischen und gesamtstaatlichen Richtlinien und den qualitativen, strukturellen, technologischen und quantitativen Standards der medizinischen Versorgung nicht entziehen. Wirtschaftlichkeit, Effizienz, Qualität und Patientensicherheit sind dabei die Vorgaben, an die sich das Südtiroler Gesundheitssystem halten muss, wenn auch organisatorisch autonom. In diesem Sinne wurde im Rahmen der Erarbeitung des vorliegenden Planungsdokuments versucht, allen autonomierechtlichen Spielräumen Rechnung zu tragen, um damit einen zusätzlichen Mehrwert für das Wohl der Patientin/des Patienten zu erreichen.

Jede Planung hat sich an den gesetzlichen Vorgaben zum „Schutz der Gesundheit“ auszurichten.

Die rechtlichen Grundlagen des vorliegenden LGPs sind demnach nicht nur in verschiedenen **Landesgesetzen**, sondern auch in **staatlichen Gesetzen und Dekreten** enthalten. Anhang B gibt einen umfassenden Gesamtüberblick über die wichtigsten normativen Grundlagen und gesetzlich relevanten Vorgaben, welche bei der Erarbeitung dieses Plandokumentes berücksichtigt worden sind.

1.4 ÖKONOMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Gesundheitsausgaben des Landes Südtirol belaufen sich derzeit auf rund 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Damit sind die Ausgaben im Bereich Gesundheit je Einwohner in Südtirol höher als in den anderen Regionen Norditaliens, auch wenn Südtirol gemessen an den Gesundheitsausgaben im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt sich hinter italienischen Nachbarregionen einreicht. Die wirtschaftliche Stärke Südtirols ermöglicht demnach höhere Pro-Kopf-Ausgaben, z.B. in Form von Finanzierungen zusätzlicher Betreuungsstandards auf Landesebene (sogenannter Extra-LEAs). Allerdings ist in diesem Zusammenhang der zukünftigen Entwicklung besondere Beachtung zu schenken. So ist zu erwarten, dass die Gesundheitsausgaben – ohne Gegensteuerungsmaßnahmen – alleine aufgrund der **Teuerung** und der vertraglichen Gehaltsvorrückungen jährlich um ca. 20 Millionen Euro ansteigen werden. Als weiterer wesentlicher Kostentreiber ist der **demografische Wandel**, welcher mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen einhergeht, ins Feld zu führen. Durch die Stärkung der wohnortnahen Versorgung kann diesem Trend zwar entgegengewirkt werden, ein Anstieg der Gesundheitsausgaben ist dadurch in Zukunft dennoch nicht zu vermeiden. Ein wesentlicher Faktor für die erwartete Kostensteigerung besteht zudem darin, dass der bereits eingangs erwähnte **medizinische Fortschritt** den Menschen stets neue und bessere Diagnose- und Therapieformen ermöglicht, welche zahlreiche zusätzliche medizinische Möglichkeiten eröffnen.

Gerade aufgrund der Unvermeidbarkeit der Kostensteigerung ist es notwendig, sämtliche Mehrkosten stets in Relation zu dem von ihnen bewirkten zusätzlichen Nutzen in Form von verbesserter Gesundheit für die Menschen zu setzen. Ein wesentliches Ziel für die Zukunft ist daher die Sicherung der **langfristigen Finanzierbarkeit** des Gesundheitssystems, auch und besonders unter Beachtung des medizinischen Fortschritts.

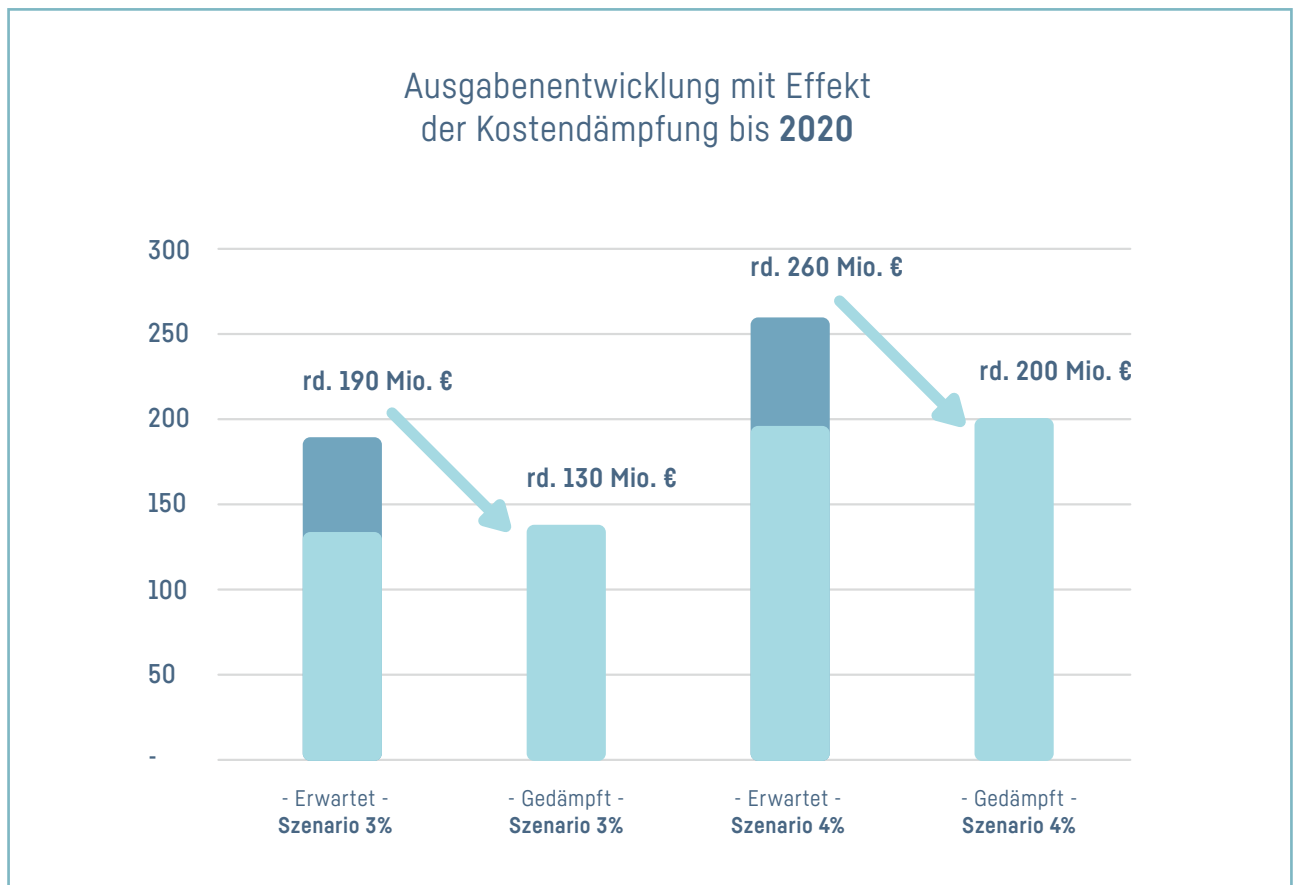
Um dieses Ziel zu erreichen, gilt es, die medizinische Versorgung laufend weiterzuentwickeln und zu optimieren. Es bedarf hierfür sowohl der **Prozess-** als auch der **Strukturveränderungen**, um die Versorgungslandschaft den neuen Rahmenbedingungen und Anforderungen des Wandels anzupassen. Dies ist durch die Optimierung des Leistungsange-

bots bei gleichbleibender Qualität, die Generierung zusätzlicher Einnahmen sowie die Optimierung der Verwaltung und der betrieblichen Organisation zu erreichen.

Ausgehend von den genannten Rahmenbedingungen ist zu erwarten, dass die Ausgaben für die Gesundheit bis zum Jahr 2020 jährlich um durchschnittlich 3–4% (rd. 40–50 Mio. Euro Preisbasis 2016) bei „normaler“ Entwicklung zunehmen werden. Im Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 ist eine jährliche **Kostendämpfung** ab 2020 in Höhe von 60 Mio. Euro (entspricht rd. 5% der laufenden Gesamtausgaben aus dem Jahr 2015) festgeschrieben. Die kumulierte Veränderung der Ausgaben und der Kostendämpfungseffekt sind in Abbildung 5 – unter der Verwendung der Szenarien eines 3-prozentigen und eines 4-prozentigen Wachstums – dargestellt.

Ziel ist die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung bei Optimierung des Angebots und gleicher Qualität.

ABBILDUNG 5: AUSGABENENTWICKLUNG MIT EFFEKT DER KOSTENDÄMPFUNG BIS 2020



Ohne Berücksichtigung besonderer Zusatzausgaben für Restrukturierungen und sonstige Maßnahmen zur Anpassung an die laufenden Entwicklungen und die Innovationen im Gesundheitswesen (Inbetriebnahme des neuen Landeskrankenhauses Bozen, Entwicklung der Ausgaben im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie, spezielle medizinische Entwicklungen im Bereich der Medikamente, Aufbau von Übergangsbetten, Ausbau und Aufwertung der Dienste in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung, etc.) kann durch die beschlossene Kostendämpfung die Ausgabenbasis auf durchschnittliche rd. 2-3% (das sind rd. 25-40 Mio. Euro Steigerungsrate jährlich) in den Jahren 2017 bis 2020 gesenkt werden.

Erste Berechnungen weisen z.B. für den Personalmehrbedarf im Zuge der Stärkung der wohnortnahen Versorgung Zusatzausgaben in Höhe von ca. 9 Mio. jährlich aus, welche zusätzlich zur durchschnittlichen Steigerungsrate von 2-3% anfallen werden. Weitere notwendige Zusatzausgaben sind von der Abteilung Gesundheit des Landes zu prüfen und bei Zustimmung die entsprechenden budgetären Genehmigungsschritte einzuleiten.

Eine zukunftsorientierte Reorganisation ist die Basis zur Sicherstellung des Versorgungssystems.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die langfristige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung in Südtirol nur dann sichergestellt werden kann, wenn laufend Maßnahmen zur Optimierung und Restrukturierung des Versorgungssystems erfolgen. Die Effizienzsteigerung der Prozesse in der medizinischen Leistungserbringung sichert daher nachhaltig die bedarfsgerechte Versorgung der Menschen.

2 VISION, ZIELSETZUNG UND STRATEGIEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG stellt den Menschen in den Mittelpunkt, erhält und verbessert seine Gesundheit.

2.1 VISION UND ETHISCHER AUFTRAG

Das oberste Ziel des Südtiroler Landesgesundheitsdienstes besteht im **Erhalt** und in der **Verbesserung der Gesundheit**, unabhängig vom Bildungsstatus und der Einkommenssituation oder den Lebensumständen aller in Südtirol lebenden Menschen. Der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung sind **Grundrechte** einer jeden Bürgerin/eines jeden Bürgers, weshalb es gilt, diese im Interesse auch der Gemeinschaft so zu verwirklichen, dass stets die **Würde des Menschen** und die **Autonomie der Person** berücksichtigt werden.

Folglich ist die **ethische Dimension** als Grundlage der Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung von herausragender Bedeutung. Es gilt, das ethische Bewusstsein und die ethische Kompetenz bei allen an den Tätigkeiten der Gesundheitsdienste beteiligten Akteuren und Akteurinnen zu stärken und zu entwickeln. Hierbei spielen Initiativen zur gezielten Aus- und Weiterbildung aller Fachkräfte und die Förderung einer interprofessionellen Diskussion über ethische Fragen genauso eine Rolle wie gezielte Maßnahmen zur Förderung der ethischen Bewusstseinsbildung bei der breiten Bevölkerung. Im Rahmen letzterer spielen Initiativen zur ethischen Bewusstseinschärfung von Vereinigungen und sämtlichen anderen Partnern eine herausragende Rolle, vor allem wenn diese auf die Stärkung des Selbstmanagements und der Selbstverantwortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit abzielen. Insofern gilt es, die Bevölkerung durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit in die Lage zu versetzen, die verschiedenen Aspekte der ethischen Fragestellungen zu reflektieren, um somit zu einer autonomen Entscheidungsfindung in Zusammenhang mit Gesundheitsleistungen zu gelangen.

Eine wesentliche Rolle in der Umsetzung dieser Ziele kommt dem **Landesethikkomitee** zu, welches sich als multidisziplinäres, beratendes Organ der Landesverwaltung und der Politik eingehend mit den ethischen Fragen im Bereich der Medizin und Gesundheitsversorgung auseinandersetzt, Themen und Diskussionen anstößt und Maßnahmen zur ethischen Bewusstseinschärfung im weitesten Sinn in ihrer Umsetzung begleitet.

2.2 ZIELSETZUNG UND STRATEGIEN: DIE SÄULEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Um die obengenannte Vision zu erreichen, bedarf es einer klaren Zielsetzung, die als Basis für die Neugestaltung der Gesundheitsversorgung dient und auf deren Grundlage Handlungsschwerpunkte und entsprechende Strategien definiert werden können. Zudem sollen Rahmenbedingungen für die Auswahl und Umsetzung konkreter Maßnahmen und Schritte für die zukunftsorientierte Ausrichtung des Südtiroler Gesundheitssystems geschaffen werden.

Im Mittelpunkt des Auftrages steht der Mensch, insbesondere die Ressource Gesundheit, die durch die hohe medizinische Versorgungsqualität gefördert wird. Dabei stehen die **Gesundheitsvorsorge** und die Prävention mit dem Ziel der Stärkung der Eigenverantwortung und der Schaffung eines einheitlich abgestimmten Leistungsangebotes zur besseren Vorsorge, Förderung und zum Schutz der Gesundheit der gesamten Südtiroler Bevölkerung im Vordergrund. Die salutogenetische Orientierung soll helfen, die krankheitsbedingten Auswirkungen für Menschen mit chronischen und multimorbiden Krankheitserscheinungen zu vermeiden, zu reduzieren oder zielgerichtet zu behandeln.

Im Rahmen der Stärkung der **wohnnahen Gesundheitsversorgung** gilt die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk der Dienstleister als ein Schlüsselfaktor für eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Ziel ist es, die vorwiegend am Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung über die wohnortnahen Einrichtungen – im Sinne des Chronic Care Modells⁶ – zu ergänzen. Das Chronic Care Modell umfasst das Management von chronischen Erkrankungen unter Miteinbeziehung aller im Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Evidenzbasierte Veränderungskonzepte führen im Zusammenspiel zwischen informierten und aktiven Patientinnen und Patienten und einem vorbereiteten und proaktiven Praxisteam zu verbesserten Gesundheitsergebnissen. In diesem Zusammenhang ist die integrierte interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe besonders von Bedeutung.

Für die wohnortnahe Versorgung ist die **verstärkte Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich** entscheidend. Im Sinne der Betreuungskontinuität sind hierbei alle Initiativen zur besseren Zusammenarbeit der jeweiligen Dienste zu fördern, insbesondere die Organisation von gemeinsamen Weiterbildungen und von dienstübergreifenden Koordinierungstreffen. Die Einrichtung und der sukzessive Ausbau des Leistungsumfangs der Gesundheits- und Sozialsprengel und eine gute Zusammenarbeit der dort vorhandenen Dienste sind ein wichtiger Baustein für eine Versorgung in Wohnortnähe und bieten einen hohen Leistungsstandard.

Strategien zur nachhaltigen Gewährung einer qualitativ hochwertigen Versorgungssicherheit

- die gesundheitliche Nahversorgung landesweit gewährleisten;
- hoch spezialisierte Medizin angemessen zur Verfügung stellen;
- Gesundheitsversorgung als System von unterschiedlichen Netzwerkpartnern (öffentlich, privat, ehrenamtlich) gestalten;
- Gesundheitsstrukturen im Miteinander neu ausrichten;
- Führungsverantwortung fordern und fördern;
- für einen verantwortungsvollen Einsatz der Finanzmittel sorgen;
- Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten fördern;
- mehr Partizipation der Patientinnen und Patienten zulassen

⁶ Hierbei handelt es sich um einen Bezugsrahmen zur Gestaltung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. Für weitere Details sei auf das Kapitel 5 verwiesen.

ABBILDUNG 6: DER/DIE PATIENT/IN IM MITTELPUNKT DER DREI GRUNDSÄULEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



Den dritten Eckpfeiler für ein integriert agierendes Gesundheitswesen bildet ein modernes, gesundheits- und bedarfsorientiertes **landesweites Krankenhausnetz**, das nachhaltig und multidisziplinär agiert. Ein intersektorales Leistungsangebot vor Ort, ein landesweites Netzwerk aller Krankenhäuser und eine einheitlich abgestimmte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung fördern die wirksame und nachhaltige Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Zahlreiche engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen den umfassenden Gedanken der Serviceorientierung nach dem Prinzip des „Best Point of Service“, welches den Patientinnen und Patienten die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort bietet.

All dies hat vor dem Spannungsbogen von steigenden Gesundheitsausgaben zu erfolgen. Ziel muss es sein, eine **nachhaltige** und effektive Finanzierung des Gesundheitswesens auch im Geiste der **Verteilungsgerechtigkeit** sicherzustellen. Vor allem in Zeiten von begrenzten finanziellen Ressourcen ist die ethische Dimension in der Gestaltung und Schwerpunktlegung der Versorgung zu betonen. Hierbei gilt es insbesondere die Bedeutung der medizinischen Bedürftigkeit – gemessen am Schweregrad der Erkrankung und des Behandlungserfordernisses – zu berücksichtigen. Es gilt vor allem, qualitäts- und sicherheitsbewusstes Management der Versorgung unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Resultate zu garantieren und die betriebliche Organisation und Verwaltungsstruktur effizient zu gestalten.

Bedarf berücksichtigen.
 Angemessenheit garantieren.
 Wirksamkeit überprüfen.

Das Hauptaugenmerk ist insbesondere auf die Wirksamkeit und Effizienz der Leistungserbringung und deren Programmierung nach tatsächlichem **Bedarf** zu legen und in diesem Zusammenhang auch die **Angemessenheit** der Versorgung in der Gestaltung des Systems als wesentliche Determinante zu berücksichtigen. Die Beurteilung der Angemessenheit ist eine grundlegende Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Verortung der Gesundheitsleistungen sowohl im wohnortnahen als auch im stationären Bereich. Bei der Beurteilung der Angemessenheit reicht die Analyse der bereits vorhandenen Versorgungsstrukturen nicht aus. Bei der Verortung und Umschichtung des Leistungsangebots spielt in der Programmierung und Umsetzung der Maßnahmen auch eine Rolle, ob die Einrichtung im Einzugsgebiet beispielsweise über wohnortnahe Angebote verfügt, die zur Entlastung des stationären Bereichs beitragen können.

Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten bestmöglich im Sinne der **Bedarfsgerechtigkeit** am „**Best Point of Service**“ und unter gleichzeitiger Berücksichtigung angemessener Wartezeiten zu versorgen. Dies muss nicht notwendigerweise im stationären Bereich erfolgen. Vielmehr gilt es einerseits, neue, innovative und wohnortnahe Modelle der Gesundheitsversorgung vor Ort im Rahmen eines abgestuften Versorgungssystems zu entwickeln und zu fördern, andererseits die stetig wachsenden medizinischen und technologischen Möglichkeiten in der ambulanten und tagesklinischen Betreuung immer dann zu nutzen, wenn dadurch unangemessene stationäre Aufenthalte zum Wohle der Patientin/ des Patienten vermieden werden können.

Die Menschen zur richtigen Zeit am richtigen Ort richtig versorgen.

Des Weiteren soll ein breites Spektrum an Aktivitäten im Bereich der **medizinischen Forschung**, insbesondere der klinischen und angewandten Forschung, gefördert werden. Die Forschung muss auf wirksame Weise auf die Bedürfnisse des Gesundheitssystems in Südtirol eingehen und die bestehenden Institutionen und Leistungserbringer in einem Netzwerk zusammenschließen. Weiters sollen die Kontakte im In- und Ausland sowie die internationalen Verbindungen genutzt werden, um Synergien zu schaffen. Die Förderung und Neustrukturierung der

Forschung im internationalen Netzwerk schafft Synergien.

klinischen Forschung innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebes ist Eckpfeiler dafür, Innovation zu fördern und sicherzustellen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen den neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung kennen und zum Zwecke einer verbesserten Patientenbetreuung anzuwenden vermögen. Ein besonderes Augenmerk wird in diesem Zusammenhang auf die Altersforschung gelegt: Ziel hierbei ist die fachdisziplinenübergreifende Erörterung einer Reihe von wissenschaftlichen Fragestellungen, bei denen die gesellschaftlichen, psychosozialen und ethischen Aspekte in der Altersforschung genauso eine Rolle spielen wie die herkömmlichen medizinischen Fragen (z.B. regenerative Medizin).

Bereits begonnene Forschungsstudien, welche einen nachweislichen Mehrwert bzw. Nutzen für die Südtiroler Bevölkerung erbringen, werden auch in Zukunft fortgesetzt. Konkrete Beispiele hierfür sind die Forschungsarbeiten rund um die „Bruneck-Studie“, die „CHRIS-Studie“ der EURAC oder auch die Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Neurorehabilitation.

Als Vorsorgestudie im Bereich Epidemiologie, Pathophysiologie sowie Prävention verfolgt die „**Bruneck-Studie**“ seit ihrer erstmaligen Durchführung im Jahre 1990 das Ziel, die Entwicklung verschiedener Erkrankungen anhand der laufenden Beobachtung des Gesundheitszustandes einer repräsentativen Gruppe von Personen in fortgeschrittenem

Alter aus der Umgebung von Bruneck prospektiv zu analysieren. Forschungsschwerpunkte bilden hierbei folgende Erkrankungen: Gefäßalterung/Arteriosklerose, Herz- und Hirngefäßerkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen, metabolisches Syndrom, Ernährung/Mikrobiom, Erkrankungen des Bewegungsapparates. Gleichzeitig untersucht die Studie die Auswirkungen von Lebensstil und Lebensqualität auf die menschliche Gesundheit, sowie die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Bereich der kardiovaskulären Vorsorge.

Im Rahmen der „**CHRIS-Studie**“ hingegen arbeiten spezialisierte Ärztinnen und Ärzte am Zentrum für Biomedizin an der „EURAC“ in Zusammenarbeit mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb daran, die umweltbedingten und genetischen Ursachen und Faktoren für die in Südtirol am meisten verbreiteten Erkrankungen zu erforschen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Herzkreislauferkrankungen, neurologischen und Stoffwechselerkrankungen sowie auf Krebserkrankungen. Die Forschungsergebnisse besitzen nicht nur einen großen fachlichen Wert für die internationale Wissenschaftsgemeinschaft, sondern kommen dank der Möglichkeit zur Verbesserung der frühzeitigen Diagnose und Behandlung von Krankheiten der Südtiroler Bevölkerung auch auf direktem Wege zugute.

Nennenswert ist schließlich auch die Zusammenarbeit des Landes Südtirol mit der Forschungseinheit für die **Neuro-motorische und Kognitive Rehabilitation** an der Universität Verona, welche ihre Schwerpunkte in der Erhebung von Auswirkungen der medikamentösen Behandlung im Bereich der Neurorehabilitation, im Einsatz der Robotik und in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit neurologischer Behinderung hat.

Einen ebenso strategischen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung besitzt die stärkere Berücksichtigung der **Gender-Medizin**. Diese wirft einen geschlechtssensiblen Blick auf verschiedene Erkrankungen und berücksichtigt dabei sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte von Frauen und Männern. Im Mittelpunkt stehen Ungleichheiten in Prävention, Diagnose und Behandlung von Erkrankungen. Viele Erkrankungen kommen bei Frauen und Männern unterschiedlich häufig vor, zeigen geschlechtsspezifisch zum Teil unterschiedliche Symptome und sprechen auf dieselben Therapien unterschiedlich an. Das Geschlecht kann ein Risikofaktor für die Entwicklung einer bestimmten Erkrankung sein, kann aber auch ein Schutzfaktor in der Progredienz oder im Ansprechen auf Therapien sein. Geschlechtsspezifische Unterschiede in Verteilungsvolumen, welches durch die Körpergröße und -maße definiert wird, Körperzusammensetzung, Hormonstatus, Stoffwechsel und Organfunktion (Magenentleerung bei Männern schneller, Nierenfunktion bei Frauen mit zunehmenden Alter schlechter etc.) beeinflussen die Aufnahme und Wirksamkeit von Medikamenten. Daher ist es ein wichtiges Anliegen der Gender-Medizin, im Zuge der Diagnose-Findung und im Rahmen der Medikamentenverabreichung die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu berücksichtigen. Um der Südtiroler Bevölkerung die bestmögliche Behandlung unter Berücksichtigung der Gender-Spezifika zukommen zu lassen, gilt es, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems bereits in der Ausbildung und durch Fortbildungsveranstaltungen zu sensibilisieren.

3 GOVERNANCE

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist klar strukturiert, einheitlich gesteuert, im Informationsfluss optimiert.

Die Strukturreform im Jahr 2006 ⁷ führte die bis dahin eigenständigen vier Sanitätsbetriebe zu einem einzigen Südtiroler Sanitätsbetrieb zusammen. Dieser Weg der betrieblichen Vereinheitlichung soll nun weitergeführt werden. Die Führungsstruktur des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird daher mit dem Ziel verschlankt, **klare**, übersichtliche und durchgängige **Hierarchien** zu schaffen und die Führungspositionen im Sinne einer einheitlichen Betriebsführung und zunehmenden **Synergienutzung** zu optimieren. Die Ämter sollen in **landesweite dienstleistungsorientierte Supportbereiche** überführt werden, wobei die Verortung der damit verbundenen Arbeitsplätze dezentral bleibt.

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

Zuständigkeiten werden klar getrennt in Zielvorgabe, Steuerung und Umsetzung.

In diesem Sinne sind die Südtiroler **Landesregierung** und die **Landesabteilung Gesundheit** neben ihren hoheitlichen Aufgaben einschließlich des Schnittstellenmanagements zu staatlichen und internationalen Institutionen für die Definition der Ausrichtung der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die Zuweisung des Budgets und die Steuerung hinsichtlich der Zielerreichung sowohl qualitativ und quantitativ als auch finanziell zuständig.

Der Südtiroler **Sanitätsbetrieb** übernimmt hingegen die operative Umsetzung der Zielvorgaben. Für die Bereitstellung der Versorgung kann der Sanitätsbetrieb zusätzlich auf die Dienstleistungen von nicht-öffentlichen Gesundheitsanbietern zurückgreifen. Die entsprechende institutionelle Akkreditierung und der eventuelle Abschluss von Verträgen hat – wie auch im Falle der öffentlichen Leistungserbringer – auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse zu erfolgen. Das im vorliegenden Plan vorgesehene Leistungsangebot ist mit den bestehenden öffentlichen, den konventionierten und den derzeit autorisierten privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen abgedeckt.

ABBILDUNG 7: ZUKÜNFTIGES GOVERNANCE-MODELL



⁷ Siehe LG 9/2006, 2. Oktober 2006 Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes.

4 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist die Basis für eine hohe Lebensqualität.

Die epidemiologischen Rahmenbedingungen, eine alternde Gesellschaft und die damit einhergehende Zunahme chronischer Erkrankungen sowie psychischer Belastungen verstärken die Wichtigkeit von **Prävention und Gesundheitsförderung** als eine der drei Grundsäulen der vorliegenden Landesgesundheitsplanung. Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen das Ziel, Krankheiten zu vermeiden, die Lebensqualität und das Wohlbefinden aller Bürgerinnen und Bürger zu steigern sowie die bei guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit zu verlängern.

Obwohl Prävention und Gesundheitsförderung im Grunde dieselbe Zielsetzung verfolgen, unterscheiden sie sich in ihrem Ansatz, den Strategien und der Zielrichtung: **Prävention** hat eine pathogenetische Ausrichtung mit dem Ziel, die Risiken für bestimmte Krankheiten zu minimieren. Zielgruppen sind hierbei bereits erkrankte Menschen oder potenzielle Risikoträger. **Gesundheitsförderung** hingegen hat einen salutogenetischen Ansatz und orientiert sich primär nicht an Risikofaktoren, sondern an Ressourcen, die zur Erhaltung der Gesundheit notwendig sind.

Der neue Ansatz richtet sich an der Gesundheit der Menschen aus, nicht an der Krankheit.

In diesem Sinne erweist sich die **Integration** von Prävention und Gesundheitsförderung als eine zentrale Strategie der Landesgesundheitsplanung. Durch das verstärkte Zusammenspiel von Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und eine optimale Abstimmung dieser Bereiche mit anderen Maßnahmen im Gesundheitsbereich andererseits sollen in der gesamten Bevölkerung Gesundheitspotenziale freigesetzt werden, die mittel- und langfristig auch positive Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit und Zukunftssicherung des Gesundheitssystems haben werden.

Dem Aspekt der **gesundheitlichen Chancengleichheit** kommt dabei eine zentrale Rolle zu: Unabhängig von Faktoren wie soziale Herkunft, ethnische Zugehörigkeit, Einkommen, Alter und Geschlecht müssen alle Bürgerinnen und Bürger dieselben Chancen auf Gesundheit haben. Prävention und Gesundheitsförderung tragen dazu bei, sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede abzubauen, indem sie sich auch bzw. vor allem an sozial benachteiligte Gruppen richten und Unterschiede im Gesundheitszustand ausgleichen.

Verhaltensbezogene Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils sind zwar wesentlich, bilden aber erst die Basis für eine echte und erfolgreiche Präventionspolitik und Gesundheitsförderung: Es müssen auch verhältnisbezogene Interventionen ineinander greifen, welche allgemeine gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen. Gesundheitsförderung und Prävention betreffen deshalb nicht ausschließlich die Gesundheitspolitik, sondern wirken zugleich auch in andere Politikbereiche hinein: Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik sind hierbei nur einige Paradebeispiele. Auch die Weltgesundheitsorganisation WHO unterstreicht die Notwendigkeit dieser **„Health-in-all-policies“-Ausrichtung**: Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten weit mehr als medizinische und soziale Versorgung, sie müssen auf allen Ebenen und in allen Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Im **Landespräventionsplan 2016-2018** – genehmigt mit Beschluss der Landesregierung am 22. Dezember 2015 – wird die strategische Ausrichtung im Präventionsbereich festgehalten. Das Planungsdokument beinhaltet zehn bedarfsorientierte Makro-Zielsetzungen. Ausgehend von diesen Zielsetzungen werden die jeweiligen Programme, spezifischen Ziele, Indikatoren und Standards, die betroffenen Zielgruppen und die Maßnahmen zur Schaffung eines einheitlichen Systems definiert. Das gesamte Dokument fußt auf Wirksamkeitsnachweisen und Überwachungssystemen zur genaueren Evaluation der Ergebnisse.

An dieser Stelle wird die Bedeutung der folgenden **Makro-Zielsetzungen** hervorgehoben: ⁸

- Verringerung der vorbeugbaren und vermeidbaren Belastungen durch Morbidität, Mortalität und Behinderung aufgrund von nicht übertragbaren Krankheiten;
- Verringerung der Häufigkeit der am öftesten auftretenden Infektionen/Infektionskrankheiten;
- Vorbeugen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten;
- Umsetzung des gesamtstaatlichen integrierten Kontrollplans zur Vorbeugung im Bereich der Lebensmittelsicherheit und der Veterinärmedizin.

Hinsichtlich der weiteren Ziele sowie deren detaillierte Ausgestaltung sei auf den Landespräventionsplan verwiesen, der unter anderem online auf der Internetseite der Landesabteilung Gesundheit abrufbar ist. ⁹

Die **Umsetzung** des Landespräventionsplans erfolgt, gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 1546 vom 22. Dezember 2015, nach den im Plan selbst enthaltenen Vorgaben und Leitlinien zu dessen Implementierung, dies unter Aufsicht der Landesabteilung Gesundheit und unter Berücksichtigung der geleisteten Tätigkeiten vonseiten aller in diesem Bereich tätigen öffentlichen, privaten und ehrenamtlichen Einrichtungen und Dienste (z. B. Forum Prävention, Dachverband für Gesundheit und Soziales, Caritas, unterschiedliche Patientenorganisationen, usw.).

Auf der Ebene des Südtiroler Sanitätsbetriebs obliegt die Umsetzung der strategischen Ausrichtung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung dem betrieblichen **Departement für Gesundheitsvorsorge**, das auf der Grundlage der gesetzlich zugewiesenen Kompetenzen, der institutionellen Vorgaben und der im Landespräventionsplan enthaltenen Leitlinien für die Gewährleistung der wesentlichen Betreuungsstandards im Bereich der kollektiven Gesundheitsbetreuung im Lebensumfeld und im Arbeitsbereich zuständig ist, indem es direkt Vorbeugemaßnahmen setzt und/oder Maßnahmen zusammen mit anderen Gesundheits- und nichtsanitären Einrichtungen ausarbeitet und deren Umsetzung koordiniert. Die finanziellen Ressourcen, die dem Südtiroler Sanitätsbetrieb jährlich für seine Tätigkeit in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zu Verfügung gestellt werden, sind klar definiert und belaufen sich auf 5 Prozent der Finanzmittel, welche das Land Südtirol dem Bereich Gesundheit jährlich zur Verfügung stellt.

Wesentlich erscheint in diesem Zusammenhang auch die Verbesserung und Reorganisation der Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs in den Bereichen **Lebensmittelsicherheit, Ernährung, Arbeitssicherheit und Impfungen**.

⁸ Vgl. Landespräventionsplan (2016).

⁹ <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/vorsorge/2564.asp>

5 WOHNORTNAHE VERSORGUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG ist für die Menschen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld da.

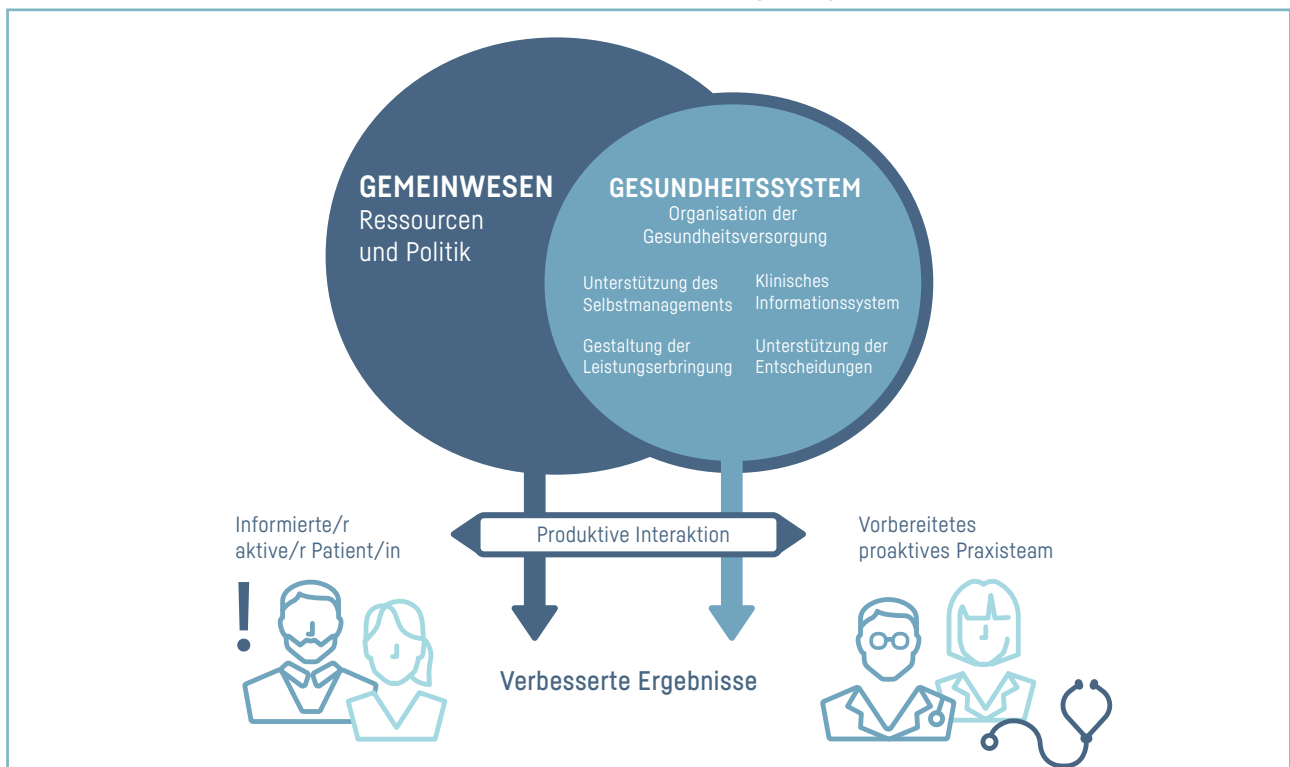
Im Rahmen der **Stärkung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung** gilt die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk als ein Schlüsselfaktor für eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Im Folgenden wird unter Berücksichtigung des geltenden normativen und theoretischen Bezugsrahmens ein Überblick über die wichtigsten Entwicklungsbereiche und -maßnahmen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung vermittelt.

Zur nachhaltigen Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung muss die an Krankheit und Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine **salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung** über die wohnortnahen Einrichtungen ergänzt werden. Dabei sind **Partizipation, Empowerment** und **Selbstmanagement** die tragenden Ansätze.

Den wissenschaftlich fundierten und erprobten Bezugsrahmen zur Gestaltung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung stellt das „**Chronic Care Model**“ dar, das von Ed Wagner und seinen Mitarbeitern entwickelt wurde.

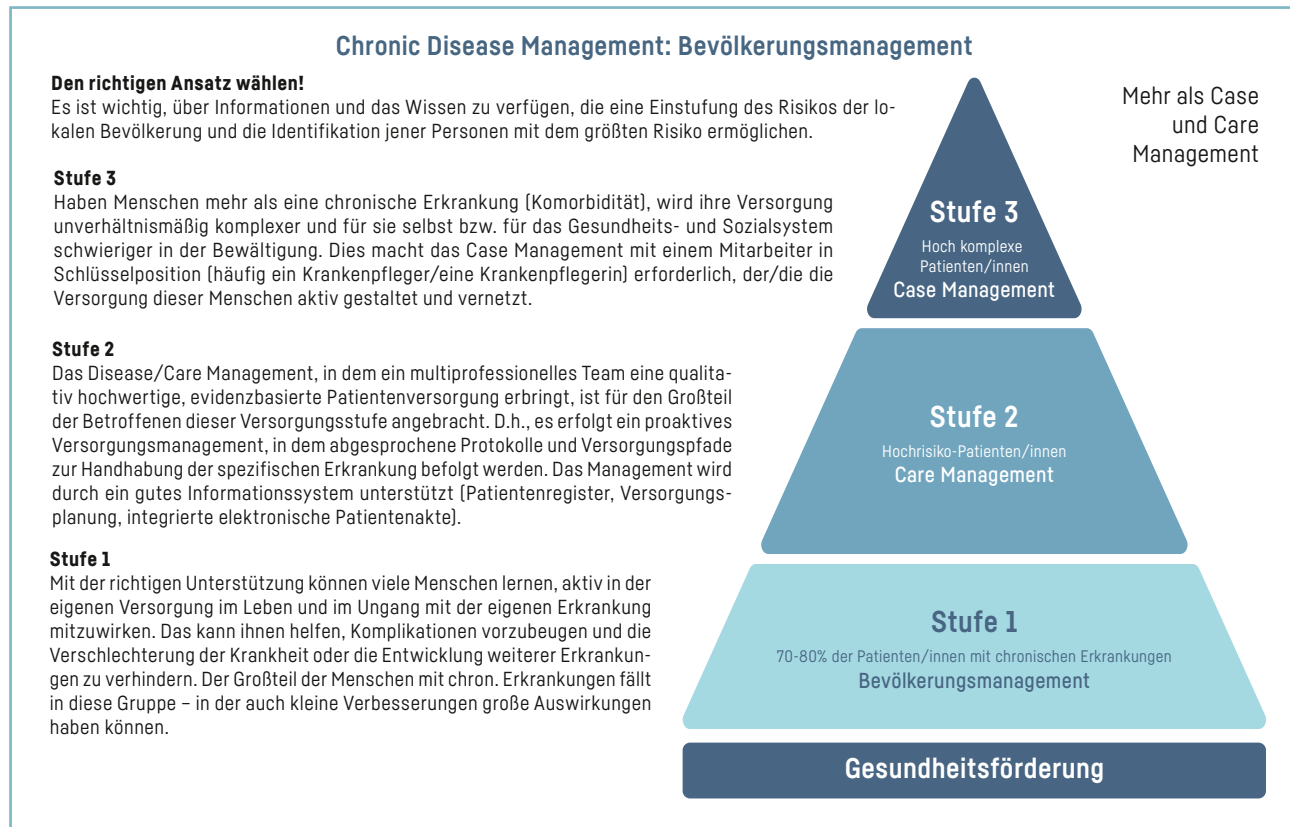
Das „Chronic Care Model“ umfasst das Management von chronischen Erkrankungen unter Miteinbeziehung aller im Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Evidenzbasierte Veränderungskonzepte führen im Zusammenspiel zwischen informierten und aktiven Patientinnen und Patienten und einem vorbereiteten und proaktiven Praxisteam zu verbesserten Gesundheitsergebnissen.

ABBILDUNG 8: CHRONIC CARE MODEL NACH ED WAGNER (2006)



Nach einer konsequenten Umsetzung des Modells können die Patientenaufnahmen und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verringert werden. Mit der **Vernetzung der Dienstleistungen** und der Teams in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung wird ein Anstieg der Zuweisungen zu Diensten außerhalb des Akut- und Krankenhausbereiches erwartet. Als Ergebnisse sind schnellere und angemessenere Antworten, auch auf soziale Bedürfnisse, ebenso wie ein Anstieg der **Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten** und deren Familien mit der erbrachten Versorgung zu verzeichnen.

ABBILDUNG 9: CHRONIC DISEASE MANAGEMENT AUF GRUNDLAGE DER KAISER PERMANENTE PYRAMIDE



Ein weiterer Bezugspunkt zur Veränderung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung ist das **Bevölkerungsmanagement** und die Abstufung des Versorgungssystems auf der Grundlage identifizierter Risikogruppen.¹⁰

Die Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und ein angemessenes Management von chronischen Erkrankungen umfasst:

- die Nutzung von Informationssystemen, die den Zugang zu den Schlüsseldaten zur Versorgung der Einzelperson und der Bevölkerung ermöglichen;
- die frühzeitige Identifikation von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen;
- die Stratifizierung der Patientinnen und Patienten auf der Grundlage ihrer Gesundheitsrisiken;
- die Miteinbeziehung der Patientinnen und Patienten in ihre eigene Versorgung durch die Förderung des Selbstmanagements;
- die Koordination der Versorgung (Einsatz von Case-Managern);
- den Einsatz von multiprofessionellen Teams;

¹⁰ In Anlehnung an NHS, Modernisation Agency und Department of Health, 2002.

- die Integration der Erfahrung von Spezialistinnen und Spezialisten in die Allgemeinversorgung;
- die Integration der Versorgung über die Organisationsgrenzen hinaus;
- die Vermeidung von unnötigen Visiten und Aufnahmen im Akutbereich.

5.1 ROLLE DER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, DER FREI WÄHLBAREN KINDERÄRZTINNEN UND KINDERÄRZTE UND DER GESUNDHEITSBERUFE

In der Veränderung der wohnortnahen bzw. primären Gesundheitsversorgung spielen die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und die frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte eine **zentrale Rolle**. Ein wichtiges Anliegen ist die Förderung der **Bürger-Arzt-Beziehung** zur Sicherstellung des **Vertrauensverhältnisses** und einer umfassenden, ganzheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Eine nahe
Bürger-Arzt-
Beziehung stärkt
das Vertrauen.

Der Zugang zum Versorgungsnetzwerk erfolgt über die Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin, über frei wählbare Kinderärzte und Kinderärztinnen und über die verschiedenen Gesundheitsberufe (z.B. Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Hebammen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten). Funktionierende Netzwerke und die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe bilden die Voraussetzungen für die wohnortnahe, effiziente und angemessene Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Die Versorgungskontinuität ist hier genauso wesentlich wie bei der fachärztlichen Versorgung.

5.2 VERÄNDERUNGSBEREICHE UND -MASSNAHMEN IN DER WOHNORTNAHEN VERSORGUNG

Zur Strukturierung der Veränderungsbereiche und -maßnahmen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung werden im Folgenden die Schlüsselemente des Chronic Care Models ¹¹ herangezogen:

- die Gestaltung der Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Rolle der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bzw. der frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie der Gesundheits- und Sozialberufe;
- die Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung;
- die Unterstützung des Selbstmanagements;
- der Aufbau klinischer Informationssysteme.

5.2.1 GESTALTUNG DER LEISTUNGSERBRINGUNG

In der Folge werden die Veränderungsbereiche und -maßnahmen, welche sich am Bezugsrahmen des Chronik Care Model orientieren, dargestellt:

Etablierung der vernetzten Gruppenmedizin, ausgehend vom geltenden Kollektivvertrag und Gesundheitspakt 2014-2016 als funktionaler Zusammenschluss der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte mit Vernetzung des Informationssystems des Sanitätsbetriebes. Die Vernetzung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin kann in zwei unterschiedlichen Organisationsmodellen erfolgen: in der Kooperation der einzelnen Praxen oder aber in der Gründung von Gemeinschaftspraxen. Dabei wird großes Augenmerk auf die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung und die örtliche und zeitliche Erreichbarkeit der/des dienstleistenden Ärztin/Arztes gelegt.

¹¹ Vgl. Wagner et al (2006).

Pilotierung von Gesundheits- und Sozialzentren als Weiterentwicklung der derzeit bestehenden Sprengelstrukturen im Sozial- und Gesundheitsbereich und zentralen Anlaufstellen für die Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, Mehrfacherkrankungen oder Mehrfachproblemen im Sozial- und Gesundheitsbereich, die eine integrierte, multiprofessionelle Versorgung benötigen. Die Gesundheits- und Sozialzentren sind mit multiprofessionellen Praxisteams besetzt, die aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin bzw. frei wählbaren Kinderärzten und -ärztinnen, Fachärzten und -ärztinnen, Krankenpflegefachkräften, Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern und in der Pflege und Betreuung tätigem Personal, Hebammen, Reha-Personal und Ernährungstherapeutinnen und -therapeuten, Sozialassistentinnen und -assistenten und Sozialpädagogen und -pädagoginnen, Psychologinnen und Psychologen und Verwaltungspersonal bestehen können und je nach lokalen Erfordernissen eine 8/12/24-h-Öffnungszeit gewährleisten. Die konkrete Zusammensetzung der Teams, die Ausstattung, das Leistungsangebot und die Öffnungszeiten der Gesundheits- und Sozialzentren werden je nach Charakteristiken des Einzugsgebietes (Bevölkerungsanzahl, soziodemografische und epidemiologische Daten, Risikogruppen und daraus resultierende Patientenflüsse) definiert. Im Wesentlichen werden drei Typen unterschieden:

- klein (pro ca. 5.000–10.000 Einwohner)
- mittel (pro ca. 20.000–25.000 Einwohner)
- groß (pro ca. 40.000–45.000 Einwohner)

An die Aktivierung der Gesundheits- und Sozialzentren sind im Wesentlichen folgende Ziele geknüpft:

- Bestimmung einer Anlaufstelle für die Erbringung und Koordination der Dienste im Gesundheits-, soziosanitären und Sozialbereich für die niedergelassene Bevölkerung im Sinne von primärer Gesundheitsversorgung und Versorgungskontinuität und Aufbau eines Care Managements;
- Umsetzen einer multidimensionalen Bewertungseinheit, um die Angemessenheit der Betreuung und Pflege zu gewährleisten (Allgemeinmedizin, Krankenpflege, Sozialassistentinnen/Sozialassistenten);
- Förderung der Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger und der Gemeinden, insbesondere auch der lokalen Patientenvereinigungen, wobei diese in unterschiedlichen Formen erfolgen kann, wie etwa in der Form von Beteiligung an der Definition und Programmierung des Leistungsangebotes, Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen und der erzielten Gesundheitsergebnisse;
- Entwicklung von Präventionsprogrammen für den gesamten Lebensverlauf, ausgehend von epidemiologischen Daten der zu versorgenden Bevölkerung, der Identifikation der Risikogruppen und der informierten Teilnahme der Bürger und Bürgerinnen;
- Integrierte Erhebung der Sozial- und Gesundheitsbedürfnisse auf der Basis einer angemessenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Einzugsgebietes und Planung und Umsetzung präventiver, kurativer, rehabilitativer, pflegerischer, palliativer und sozialer Interventionsprogramme über das gesamte Lebenskontinuum;
- Umsetzung der Versorgungspfade für chronische Erkrankungen auch mittels eigenem einheitlichem Vormerkssystem und Entwicklung eines proaktiven Umganges mit chronischer Erkrankung unter Einbindung der Kompetenzen im Selbstmanagementbereich der betroffenen Patientengruppen und Definition des Case Managers, wo dieser im Rahmen des Chronic Disease Managements erforderlich ist;
- Förderung der Zusammenarbeit mit dem Krankenhausnetz, den verschiedenen sozialen Einrichtungen des Einzugsgebietes (z.B. Alters- und Pflegeheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Einrichtungen für Menschen

Doppelstrukturen werden vermieden und neue Organisationsansätze zur wohnortnahen Versorgung der Menschen gefördert.

mit psychischen Erkrankungen). Dies bezieht sich auf die bestehende Wechselwirkung zwischen primärer Gesundheitsversorgung, fachärztlicher Versorgung und der Instrumentaldiagnostik und gilt auch für die Definition von Protokollen für den Zugang und die programmierte Entlassung;

- Absprachen mit der Landesnotrufzentrale, den Notfalldiensten und Notaufnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit in der primären Gesundheitsversorgung und der ambulanten Fachdienste;
- Verbesserte Integration der historisch gewachsenen Schnittstellen zwischen Berufsgruppen und Versorgungsbereichen, Förderung der kollegialen Überprüfung der Leistungen und der Beurteilung der Versorgungsergebnisse;
- Schaffung von kontinuierlichen Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders im Hinblick auf Personen- und Familienzentrierung sowie Teamarbeit.

Da die Gesundheits- und Sozialzentren neue Ansätze in der Organisation und Versorgung der Bevölkerung darstellen, ist bei der Einrichtung ein besonderes Augenmerk auf die Vermeidung von Doppelstrukturen zu richten. Diese Prämisse ist schon im Falle von Pilotprojekten zu berücksichtigen. Im Lenkungsausschuss der Pilotprojekte ist auch ein Mitglied der örtlichen Bezirksgemeinschaft vertreten. Pilotprojekte können auch in den Grundversorgungskrankenhäusern angedacht werden, an denen neben Vertreterinnen und Vertretern des Krankenhausbereichs (Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiter/innen aus dem Bereich der Pflege, usw.) auch Vertreterinnen und Vertreter der wohnortnahen Versorgung und des sozialen Bereichs beteiligt sind.

Für die Weiterentwicklung der territorialen Versorgung werden folgende Maßnahmen als zentral erachtet:

Vernetzung mit dem Notfallbereich: Zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung werden Standards durch den Sanitätsbetrieb in Abstimmung mit der Landesabteilung Gesundheit ausgearbeitet, die die Schnittstellen zwischen der primären Gesundheitsversorgung (Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, in der vernetzten Gruppenmedizin und in Gesundheits- und Sozialzentren) und dem Notfallbereich regeln und eine klare Abgrenzung der beiden Versorgungsbereiche unter der gemeinsamen Nutzung der Gesundheitsakte der Patientinnen und Patienten gewährleisten.

Neuordnung des Notfallversorgungsnetzes und der Rufzentralen für die Bevölkerung, indem die Knotenpunkte zur Notfallversorgung unter Berücksichtigung der jeweiligen Einzugsgebiete, der geographischen Bedingungen und der angemessenen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zeitabhängigen, komplexen Erkrankungen (z.B. Infarkt, Ictus, Polytrauma, usw.) neu geordnet werden, die Anpassung der Flugrettungsstützpunkte, vor allem für eventuelle Nachtflüge, auch über die Landesgrenzen hinaus (Tirol, Trentino, Schweiz, usw.), abgewogen und ein betriebliches Notfalldepartement zur Koordinierung des gesamten Notfallversorgungssystems eingerichtet wird, dem neben den Notaufnahmen der Krankenhäuser auch die Landesnotrufzentrale, die Notärztinnen und Notärzte und die Flugrettung angehören.

Aufbau folgender Rufzentralen gemäß den staatlichen und europäischen Richtlinien:

- Für die Notfallversorgung wird die Notrufnummer 118 auf 112 umgestellt;
- Für die primäre Gesundheitsversorgung oder den Bürgerservice (Informationen zu nicht dringenden Krankentransporten, Anfragen zur häuslichen Versorgung, Palliativversorgung, Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Informationen zu Fachdiensten und diensthabenden Apotheken, Ärztinnen und Ärzten und Tierärztinnen und Tierärzten) wird die Rufnummer 116117 eingeführt.

Einrichtung von Einheiten für Care Management zur Unterstützung des Entlassungsmanagements und der intra- und extramuralen Versorgungskontinuität sowie der vernetzten Gestaltung der Versorgung von komplexen, mul-

timorbiden, chronisch kranken, pflegebedürftigen Menschen und die Aktivierung des Case Managements wie im Rahmen des Chronic Disease Managements vorgesehen. Die Einheiten für Care Management erstellen für die Patienten einen individuellen Versorgungsplan und nutzen dabei die im soziosanitären Bereich zur Verfügung stehenden Dienste und Einrichtungen, um die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Ausbau der wohnortnahen fachärztlichen Betreuung: Die in den Arztpraxen, Sprengeln und Gesundheits- und Sozialzentren erbrachten Leistungen im präventiven, diagnostisch-therapeutischen, rehabilitativen, pflegerischen und palliativen Bereich sollen auch im Sinne einer Verlagerung der fachärztlichen Leistungen vom Krankenhaus in den Bereich der wohnortnahen Versorgung und zum Zwecke der Reduzierung der entsprechenden Wartezeiten ausgebaut werden. Die konkreten ambulanten Leistungen der verschiedenen Fachärztinnen bzw. Fachärzte und die Ausstattung der Gesundheits- und Sozialzentren werden je nach Charakteristiken des Einzugsgebietes (Bevölkerungszahl, soziodemografische und epidemiologische Daten, Risikogruppen und daraus resultierende Patientenflüsse) definiert. Die ambulanten Leistungen, die in Wohnortnähe erbracht werden, reichen von ärztlicher Basisversorgung bis zu spezialisierteren Leistungen, die keine komplexe medizintechnische Ausstattung erfordern.

Koordination und bessere Abstimmung der Hauskrankenpflege und der Hauspflege über die Gesundheits- und Sozialzentren. Dabei sollen konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten, wie beispielsweise gemeinsame Weiterbildungsveranstaltungen für die verschiedenen Dienste, koordinierte Fallbesprechungen usw. umgesetzt werden.

Ausbau der wohnortnahen Rehabilitation im Hinblick auf Domizilorientierung und Shared Care Model. Ziel der domizilorientierten Rehabilitation (DOR) ist es, mit den Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen die bestmögliche Selbständigkeit in den Alltagsaktivitäten im bereits bekannten oder neuen Umfeld bei möglichst guter Lebensqualität zu erreichen und die erforderlichen Anpassungen an die Realität zu Hause zu gewährleisten. Dabei stehen nicht die Funktions- und Strukturdimension des Patienten, sondern im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) die Aktivitäten, Kontextfaktoren (z.B. Bildung/Ausbildung, Erwerbstätigkeit, unterstützende Beziehungen, Einstellungen, Zugang zu Technologien und Hilfsmitteln) und Partizipation der Patientin und des Patienten im Vordergrund. Je nach Problemstellung kann die DOR durch eine Berufsgruppe oder aber auch interdisziplinär erfolgen. Sie unterliegt einer klaren Indikationsstellung und wird bei einer realistisch eingeschätzten Reintegration als Übergang in den Lebensalltag eingesetzt.

Die Indikation ist gegeben:

- bei Patientinnen und Patienten mit starken Beeinträchtigungen auf der Aktivitätsebene und/oder erschwerenden Kontextfaktoren;
- bei fehlender Möglichkeit, die Reintegration über eine ambulante Nachbetreuung oder mit Hilfe von Angehörigen durchzuführen;
- durch Assessment bei fraglicher Re-Integrierbarkeit.

Die fachspezifischen Inhalte der DOR sind:

- in der Pflege: Arbeit an der größtmöglichen Selbständigkeit der Patientin oder des Patienten bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Anleitung der Angehörigen, Aktivierung der häuslichen Dienste und Beschaffung von Pflegehilfsmitteln;

- in der Physiotherapie: Arbeit an der Fähigkeit der Patientin oder des Patienten, sich im konkreten Umfeld sicher zu bewegen und sich auch außer Haus fortbewegen zu können. Dazu gehört die Abklärung der Notwendigkeit von Hilfsmitteln und die Anleitung zu deren Einsatz – auch seitens der Angehörigen;
- in der Ergotherapie: Arbeit an der möglichst hohen Handlungskompetenz im Alltag, die Abklärung der Notwendigkeit baulicher Anpassungen und die Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln im häuslichen Bereich durch die Patientin bzw. den Patienten und die Angehörigen;
- in der Logopädie: Arbeit an der kommunikativen Selbständigkeit im gewohnten Umfeld und Aufklärung und Anleitung der Bezugspersonen.

Durch die DOR soll ein Leben zuhause im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt derart vorbereitet werden, dass kritischen Schnittstellen im Übergang zum Alltag ohne größere Probleme begegnet werden kann. Zudem wird das Rehabilitationsangebot im Sinne des Shared Care Models (trägerübergreifende Versorgung) ausgebaut. Dabei handelt es sich um ein ambulantes Rehabilitationskonzept, das auf der Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen und bereits bestehenden, lokalen Diensten beruht. Das Fachzentrum koordiniert und begleitet die wohnortnahe, ambulante Rehabilitation, berät das Grundversorgungsteam (z.B. Ärzte für Allgemeinmedizin, Hauskrankenpflege, niedergelassene Physiotherapeuten, Haushaltshilfen) und bietet bei Bedarf eine Tagesrehabilitation an.

Durch das Shared Care Model wird Menschen mit einer Behinderung eine wohnortnahe Rehabilitationsbehandlung ermöglicht, in der die Ziele und Maßnahmen im Hinblick auf soziale und berufliche Integration gemeinsam definiert werden. Die Leistungen werden unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren auf die lokalen Dienste verteilt, über kritische Schnittstellen hinweg koordiniert und im Hinblick auf die Zielsetzung gemeinsam evaluiert. Durch diese strukturierte Vorgehensweise wird nach der Akutversorgung ein nahtloser Übergang durch alle Ebenen der Rehabilitationskette (stationäre Rehabilitation, Tagesrehabilitation, ambulantes Reha-Zentrum, domizilorientierte Rehabilitation und lokale Versorger) sichergestellt.

Optimierung der medizinischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Seniorenwohnheime: Angesichts der zunehmenden Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner mit chronischen Erkrankungen, Mehrfacherkrankungen und Behinderungen und des daraus erwachsenden komplexen Versorgungsbedarfes müssen eine angemessene allgemeinmedizinische und fachärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sichergestellt und alle Vorkehrungen getroffen werden, damit unangemessene und belastende stationäre Krankenhausaufenthalte möglichst vermieden werden.

Auf- und Ausbau bzw. Veränderung der Versorgungsnetze: Die demografische und die soziokulturelle Entwicklung erfordern eine Veränderung bzw. Erweiterung des Versorgungsnetzes besonders in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung einiger Bereiche. Sie orientiert sich am Lebenskontinuum und insbesondere an der Palliativbetreuung (Kinder und Erwachsene), an Leistungen wie der Schmerztherapie (Schmerzmanagement), an der Betreuung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, an der Betreuung von Menschen mit Behinderungen und von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Um den Aufbau und Ausbau der Versorgungsnetze voranzutreiben, sind unterstützende Maßnahmen in der Erweiterung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe, z.B. in der Familiengesundheits- und Gemeinschaftskrankenpflege, im Rettungswesen, in der Betreuung rund um die Geburt, besonders von Frauen bei physiologisch verlaufender Schwangerschaft oder in der Rehabilitation zu Hause erforderlich. Die Umsetzung des Versorgungsnetzes erfordert ein entsprechendes

Leistungs- bzw. Tarifverzeichnis und eine strukturierte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung auch mit Medizinprodukten in einer abgestimmten Zusammenarbeit mit dem bestehenden Netz der Apotheken.

5.2.2 UNTERSTÜTZUNG DER KLINISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Die Basis für die klinische Entscheidungsfindung ist ein fundiertes und breites klinisches Wissen sowie die Fähigkeit, dieses Wissen auf die aktuelle Situation anwenden zu können. Um eine Neupositionierung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sind alle Berufe in diesem Bereich gefordert, verschiedene Maßnahmen zu setzen.

Für die häufigsten Gesundheitsprobleme der Bevölkerung ermöglicht die Überarbeitung bzw. Ausarbeitung von **evidenzbasierten Versorgungspfaden und –protokollen**, auch im Sinne eines Slow-Medicine-Ansatzes und unter Berücksichtigung von Initiativen zur Stärkung der Angemessenheit wie der „Choosing wisely“-Initiative, dass der aktuelle Forschungs- und Wissensstand Eingang und Anwendung in den medizinischen Alltag findet. Eine weitere Maßnahme bildet z.B. die Spezialisierung und Aktivierung der Familiengesundheits- und Gemeinschaftskrankenpflege (**Family Health Nurse**) auf der Basis von staatlichen und internationalen Programmen. Die angestrebten Veränderungen müssen für die in der direkten Versorgung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Bereiche (Medizin, Pflege, Reha, Psychologie, Prävention, Verwaltung, Sozialbereich, usw.) und für alle Führungskräfte ein gemeinsames Anliegen sein. Die Umsetzung eines dafür erarbeiteten Weiterbildungsplanes zur Steuerung und Begleitung der Übergänge, die auf eine prozessorientierte, multiprofessionelle, integrierte, Initiative ergreifende, salutogenetisch orientierte, personen- und familienzentrierte Versorgung der Bevölkerung abzielen, ist daher prioritär. Um diese Ziele zu erreichen, orientiert sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb für die Personalbemessung an internationalen und staatlichen Best-Practices Standards.

5.2.3 UNTERSTÜTZUNG DES SELBSTMANAGEMENTS

Infolge der steigenden Anzahl von Menschen, die mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leben, gewinnt die Förderung des Selbstmanagements in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung an Bedeutung. Unter **Selbstmanagement** versteht man die Fähigkeit des Einzelnen, mit den Symptomen, der Behandlung und den sozialen, emotionalen und körperlichen Folgen der eigenen Krankheit umgehen und den Lebensstil so ändern zu können, dass eine chronische Krankheit wirksam bewältigt werden kann (Barlow et al., 2002).

Eine hohe
Lebensqualität trotz
chronischer
Erkrankung fördern.

Entsprechend gilt es, aufbauend auf die in diesem Bereich von den zuständigen Diensten, aber auch von ehrenamtlichen Vereinigungen bereits geleistete Vorarbeit, die von chronischer Krankheit betroffenen Menschen und deren Familien auf folgende Aufgaben vorzubereiten:

- mit der Krankheit umgehen zu können (z.B. medizinische Belange, Medikamenteneinnahme, Ernährung, Bewegung, Kommunikation mit den Gesundheitsberufen, usw.);
- die normalen Alltagsaktivitäten bewältigen zu können (z. B. Umgang mit der eigenen Rolle im beruflichen, familiären, sozialen und gesellschaftlichen Umfeld);
- mit den emotionalen Veränderungen umgehen zu können (z.B. Umgang mit Angst, Wut, Frustration, Rückschlägen, Übermüdung, Überforderung, Stress, usw.).

In der Vorbereitung der Menschen auf die neuen Aufgaben im Selbstmanagement gibt es Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich erforscht und erwiesen ist und die auf Einzel- oder Gruppenschulungen beruhen. Bei den Gruppenschulungen setzt der Südtiroler Sanitätsbetrieb auf die Umsetzung der beiden Programme “Chronic Disease Self Management Program” (CDSM - Evviva) und “Diabetes Self Management Program” (DSMP - EvvivaD), die an der Stanford Universität in Kalifornien entwickelt wurden und in einer Zeitabfolge von fünf Jahren aufgrund des aktuell zur Verfügung stehenden Wissens überarbeitet werden. Genannte Programme werden wohnortnah in den Sprengeln und Gemeinden angeboten.

6 SOZIOSANITÄRE VERSORGUNG – ZIELGRUPPENORIENTIERTE INTEGRATION DER LEISTUNGEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG baut auf das Zusammenwirken der Gesundheits- und Sozialdienste vor Ort.

Angesichts der anstehenden und bereits spürbaren gesellschaftlichen Veränderung aufgrund des demografischen Wandels ist eine verstärkte **Integration** zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich unabdingbar. Im Sinne der **Betreuungskontinuität** sind hierbei alle Initiativen zur besseren Zusammenarbeit der beiden Dienste zu fördern, insbesondere die Organisation von gemeinsamen Weiterbildungen und die Festlegung von einheitlichen Regelungen. Die Einrichtung und der sukzessive Ausbau des Leistungsumfangs der Gesundheits- und Sozialsprengel und eine gute Zusammenarbeit der dort vorhandenen Dienste sind ein wichtiger Baustein für eine wohnortnahe Versorgung und bieten einen hohen Leistungsstandard.

Gesellschaftliche Veränderung und demografischer Wandel verlangen nach verstärkter **Betreuungskontinuität**.

Für folgende Zielgruppen sollen konkrete Maßnahmen umgesetzt werden:

- Seniorinnen und Senioren
- Menschen mit Behinderungen
- Minderjährige
- Frauen und Familien
- Soziale Randgruppen

6.1 ZIELGRUPPE SENIORINNEN UND SENIOREN

Eine gute Vernetzung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung von älteren Menschen ist eine wichtige Voraussetzung, um dem zunehmenden Bedarf an gesundheitlicher und sozialer Unterstützung gerecht zu werden.

Nachfolgende Maßnahmen sollen innerhalb des Gültigkeitszeitraumes dieses LGPs umgesetzt bzw. verstärkt werden:

6.1.1 TERRITORIALE ANLAUFSTELLEN FÜR PFLEGE- UND BETREUUNGSANGEBOTE

Dem Beschluss der Landesregierung Nr. 817 vom 7. Juli 2015 entsprechend, werden auf der Ebene der Gesundheits- und Sozialsprengel territoriale Anlaufstellen für die Informations- und Begleittätigkeit für die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Personen eingerichtet. Diese einheitlichen Anlaufstellen richten sich vorrangig an betreuungs- und pflegebedürftige Personen, aber auch an deren Familien, an die jeweiligen Bezugspersonen und im Rahmen von Informationstätigkeit im weitesten Sinne an alle Interessierten. In den Anlaufstellen arbeiten dafür geeignete Fachkräfte der Dienste des Sanitätsbetriebs, der Sozialdienste und der akkreditierten stationären Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren zusammen und bieten den Bürgerinnen und Bürgern ein wohnortnahes, interdisziplinäres und kompetentes **Beratungs- und Betreuungsangebot „aus einer Hand“**.

Die Anlaufstellen erbringen folgende Leistungen:

- Informationsbereitstellung hinsichtlich der verschiedenen Versorgungsangebote;
- Ersteinschätzung und Bewertung der Situation der zu pflegenden Person;
- Erarbeitung und Umsetzungsbegleitung etwaig erforderlicher Sofortmaßnahmen;
- mittel- und langfristige Unterstützung der verschiedenen Akteure in der Umsetzung der Pflegemaßnahmen;
- Abstimmung der Pflegeleistungen und -maßnahmen mit und zwischen den Diensten;
- Bestimmung eines Verantwortlichen für die langfristige Begleitung der zu pflegenden Person im Sinne einer umfassenden individuellen Fallbegleitung.

6.1.2 VERBESSERUNG DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Die Versorgung der Menschen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen wird in erster Linie im Kapitel zur wohnortnahen Versorgung beschrieben. Nachdem chronische Erkrankungen häufig mit fortgeschrittenem Alter zu tun haben, soll auch an dieser Stelle kurz darauf eingegangen werden, auch weil im Zusammenhang mit der Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren Multimorbidität und Alterspsychiatrie eine zunehmende Rolle spielen.

Im Hinblick auf die zukünftige Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten sind innovative Lösungen zu entwickeln. Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen spielen sämtliche ehrenamtliche Selbsthilfegruppen und Vereinigungen eine tragende Rolle. Es ist unumgänglich, die bestehenden Versorgungsprozesse berufsgruppen- und sektorenübergreifend zu analysieren, zu optimieren und weiterzuentwickeln.

Um den steigenden Aufgaben und Erfordernissen gerecht zu werden, bieten sich **Versorgungspfade** als Steuerungsinstrument an, welche die Veränderungen begleiten können. In der Ausarbeitung der Versorgungspfade ist auf die Miteinbeziehung der Sozialdienste (in erster Linie der Hauspflege) und auf das Angebot von entsprechenden Weiterbildungen (wo möglich auch gemeinsam zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten) zu achten. Dabei stehen die genaue Darstellung der Arbeitsprozesse, eine höhere Versorgungsqualität sowie eine verbesserte Kostenberechnung im Mittelpunkt. Ziel von Versorgungspfaden ist neben der Verbesserung des Betreuungsergebnisses die Steigerung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Versorgungsprozessen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind Betreuungspfade für Diabetes Typ I+II, chronische Herzinsuffizienz (Herzschwäche), chronische Polyarthrit (Gelenkentzündung) und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ausgearbeitet. In Zukunft sollen diese bestehenden Betreuungspfade durch die Entwicklung und Ausarbeitung von weiteren Versorgungspfaden auf zusätzliche Patientengruppen ausgedehnt werden.

6.1.3 GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG IN DEN SENIORENWOHNHEIMEN

Die Seniorenwohnheime in Südtirol stellen im gesamtstaatlichen Kontext eine Sondersituation dar, da sie nicht vom Gesundheitssystem, sondern vom Sozialsystem geführt werden. Die Versorgung in den Seniorenwohnheimen erfolgt in ärztlicher Hinsicht durch die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, welche derzeit in den meisten Fällen die bei ihnen eingeschriebenen Patientinnen und Patienten weiterhin betreuen. Die präventiven Maßnahmen, die krankenkflegerische Versorgung und die Rehabilitation erfolgen hingegen durch Krankenpflege- und Rehabilitationspersonal, das vom Seniorenwohnheim angestellt oder vom Südtiroler Sanitätsbetrieb zur Verfügung gestellt wird.

Um eine gleichbleibend hohe Qualität und Kontinuität der Betreuung in den Seniorenwohnheimen zu erreichen, soll die ärztliche Versorgung auf ein **Kernteam von Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen** konzentriert werden, das auch mit dem informationstechnischen Dokumentationssystem des Seniorenwohnheimes verbunden wird. Viele Bewohner von Seniorenwohnheimen weisen zudem einen Bedarf an fachärztlicher Betreuung auf. Hierfür ist die Vernetzung zwischen der wohnortnahen Gesundheitsversorgung und den Seniorenwohnheimen sicherzustellen und eine verbindliche fachärztliche Versorgung durch die Definition von Betreuungspfaden aufzubauen, die in engem Kontakt mit den zuständigen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin zu erfolgen hat.

6.1.4 VERBESSERUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG VON SENIORINNEN UND SENIOREN ZUHAUSE UND IM RAHMEN NEUER WOHN- UND BETREUUNGSFORMEN

Der Verbleib von älteren Menschen mit einem gewissen Betreuungsbedarf in der gewohnten Umgebung ist vor allem aufgrund der positiven Auswirkungen auf die familiäre Bindung und das psychische Wohlbefinden zu begrüßen. Die Kosteneinsparungen, die sich hierbei im Vergleich zu einer Unterbringung im Seniorenwohnheim ergeben, sind allenfalls ein positiver Nebeneffekt für die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialsystems. Daher sind gezielt all jene Formen des Wohnens zu fördern, die eine **höchstmögliche Selbständigkeit** von Seniorinnen und Senioren in ihrem **gewohnten Umfeld** ermöglichen. Wichtig dabei ist es, verbindliche Absprachen zwischen den drei Hauptakteuren, den betreuenden Diensten der Allgemeinmedizin, der Hauspflege und der Hauskrankenpflege vorzusehen. Bei der Planung des Angebots an Gesundheitsversorgung sollen auch innovative Angebote wie z.B. die Ergotherapie zu Hause einfließen.

Dieselbe Art der gesundheitlichen Versorgung wird grundsätzlich auch für jene Wohnformen angewandt, die in ein Seniorenwohnheim integriert sind. Im Sinne einer besseren Betreuungskontinuität sind jedoch auch anderslautende Vereinbarungen zwischen Hauskrankenpflege und Seniorenwohnheim möglich.

6.1.5 EINRICHTUNG VON ÜBERGANGSBETTEN

Oftmals ist der Weiterverbleib im Krankenhaus nicht nur auf eine klinische Notwendigkeit zurückzuführen, sondern hat auch organisatorische Gründe. Die Einrichtung von Übergangsbetten ist daher notwendig und erforderlich und stellt eine wichtige Maßnahme dar, um einerseits die Angemessenheit der Krankenhausaufenthalte zu erhöhen (und somit die unnötige Bettenbelegung zu begrenzen) und andererseits ausreichend Zeit zu gewinnen, um die weitere Versorgung der pflegebedürftigen Personen möglichst im familiären Umfeld zu organisieren und sicherzustellen. Die Einrichtung von Übergangsbetten folgt dem Grundsatz einer ausgewogenen Verteilung auf alle Gesundheitsbezirke.

6.2 ZIELGRUPPE MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN, MENSCHEN MIT ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN UND MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Die gesundheitliche Betreuung von Menschen mit Behinderung wird grundsätzlich durch den Abschnitt sieben des Landesgesetzes vom 14. Juli 2015, Nr. 7 „Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen“ geregelt.

Eine wichtige Zielgruppe stellen dabei die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung dar, da eine frühe Förderung sich besonders positiv auf die Gesamtentwicklung auswirkt. Auf der Grundlage dieses Landesgesetzes werden nachfolgende Maßnahmen im Rahmen dieses LGPs umgesetzt:

Frühe Förderung wirkt sich positiv auf die Gesamtentwicklung aus.

6.2.1 ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN GESUNDHEITSDIENST, SOZIALDIENST UND BILDUNG BZW. ARBEITSEINGLIEDERUNGSDIENST

Die Feststellung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Invalidität ist ausschlaggebend in der Betreuung von Menschen mit Behinderung, da sie die Grundlage für die meisten Leistungen im Ausbildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich bildet. Die Zuständigkeiten und Leistungen, die die Zusammenarbeit zwischen den Ausbildungs-, Sozial- und Arbeitsintegrationsdiensten regeln, müssen transparent und verbindlich festgelegt werden. Dies soll mit Beschluss der Landesregierung erfolgen.

6.2.2 BEDARFSGERECHTE AKKREDITIERUNG VON STRUKTUREN ZUR BETREUUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN UND/ODER MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Die Gewährleistung von angemessenen Betreuungsstandards für Menschen mit Behinderung und/oder Personen mit einer psychischen Erkrankung ist eine wichtige Voraussetzung, um die notwendige **Betreuungsqualität** sicherstellen zu können. Neben den sozialen Kriterien für diese Strukturen ist es wichtig, dass auch gesundheitliche Betreuungsstandards in die Akkreditierungsrichtlinien einfließen und umgesetzt werden. Neben der direkten Verantwortung für die Umsetzung der bestehenden Akkreditierungsrichtlinien im Gesundheitsbereich soll die Mitarbeit des Gesundheitsdienstes (Landesabteilung Gesundheit und Sanitätsbetrieb) in der Evaluation und eventuellen Überarbeitung der Kriterien für die Akkreditierung dieser Dienste verstärkt werden.

6.2.3 FESTLEGUNG VON STANDARDS FÜR DIE FACHÄRZTLICHE UND PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG IN DEN EINRICHTUNGEN DER SOZIALDIENSTE

Für jene Personen, die von den Sozialdiensten in Tagesförderstätten oder anderen Einrichtungen begleitet werden, sind **verbindliche Standards** für die fachärztliche und psychologische Betreuung zu erarbeiten. Dadurch kann eine gleichbleibende und angemessene gesundheitliche Betreuung sichergestellt werden.

6.3 ZIELGRUPPE MINDERJÄHRIGE

6.3.1 STRATEGISCHER PLAN ZUR NEUDEFINITION UND ERWEITERUNG DES ANGEBOTS DES SÜDTIROLER NETZWERKES KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE/-PSYCHOTHERAPIE

Das Südtiroler Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie wurde mit Beschluss der Landesregierung vom 18. Juni 2007, Nr. 2085 eingerichtet, in der Folgezeit weiterentwickelt und mit Beschluss der Landesregierung vom 19.11.2012, Nr. 1710 – wie in Folge beschrieben – festgelegt. Der Auftrag bezieht sich auf die Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge psychiatrisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und hat das Ziel, ein flächendeckendes, abgestuftes Angebot an ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen im Bereich der Sozialpsychiatrie und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten. Angesichts der Erfahrungen und Entwicklungen der letzten Jahre bedarf es einer kritischen Bewertung und Überprüfung des bestehenden Systems, sowie des aktuellen Angebotes an soziosanitären Plätzen in den stationären und teilstationären Einrichtungen für Minderjährige. Zur **Neudefinition und Erweiterung des Angebotes** im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird ein strategischer Plan erstellt und ein landesweit gültiges Verfahren für die Zusammenarbeit der Dienste festgeschrieben.

Ein Netzwerk für
besonders Schutzbe-
dürftige schaffen.

6.3.2 MISSBRAUCH VON MINDERJÄHRIGEN UND SEXUELLE GEWALT AN MINDERJÄHRIGEN

Bei Verdacht auf Kindesmissbrauch bedarf es einer integrierten Vorgehensweise und konkreter Schritte zur Übernahme der betreffenden Fallsituationen, um einen angemessenen Schutz der psychophysischen Gesundheit der Minderjährigen sicher zu stellen. **Klare Leitlinien** unterstützen die Meldung und Übernahme in Verdachtsfällen. Zusätzlich unterstützt ein System zur **Informations- und Datenerhebung** das integrierte und strukturierte Vorgehen. Ein **Hilfsnetzwerk** soll rechtzeitige Antworten und gezielte Maßnahmen durch Aufwertung der einzelnen Ressourcen und verschiedenen Professionen ermöglichen. In einigen Sozial- und Gesundheitssprengeln wurden bereits entsprechende Fachteams installiert bzw. bestehen Einvernehmensprotokolle, die die Zusammenarbeit regeln.

6.4 ZIELGRUPPE FRAUEN UND FAMILIEN

6.4.1 SCHWANGERSCHAFT/GEBURT/NACHBETREUUNG

Aus sozial- und gesundheitspolitischer sowie strategischer Sicht ist es grundlegend, eine umfassende, sichere, qualitativ hochwertige und landesweit einheitliche Betreuung von schwangeren Frauen, Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern bzw. von direkten Bezugspersonen auf den unterschiedlichsten Ebenen sicherzustellen und diese laufend zu verbessern.

Es ist daher Aufgabe aller beteiligten Institutionen, Leistungsanbieter, der Gesundheits- und Sozialberufe, dem öffentlichen Auftrag einer **umfassenden und landesweit einheitlichen Betreuung von Mutter und Kind vor, während und nach der Geburt** – unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und Normen – Rechnung zu tragen. Dies erfolgt unter enger Einbindung der in diesem Bereich tätigen medizinischen Fachgremien, in besonderer Weise des **Technischen Landeskomitees für die Betreuung rund um die Geburt** und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit dem örtlichen und dem staatlichen Geburtenkomitee oder anderen staatlichen und internationalen Fachgremien. Folgende Maßnahmen werden in diesem Zusammenhang als strategisch erachtet:

Rund um die Geburt landesweit einheitlich gut betreut. Risiken früh erkennen und rechtzeitig planen und intervenieren.

- Erarbeitung und Definition eines landesweit einheitlichen Betreuungsmodells rund um die Geburt in der Form durchgängiger Betreuungspfade;
- Entwicklung eines entsprechenden Organisationsmodells, das in besonderer Weise der Notwendigkeit einer zwischen öffentlichen und privaten Leistungsanbietern abgestuften und abgestimmten Versorgung Rechnung trägt;
- Durchführung einer Risikostratifizierung zur optimalen Abstimmung der Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Berufsgruppen und Sicherung der interprofessionellen Zusammenarbeit;
- Gezielte Information und Sensibilisierung der Bevölkerung zur Schärfung des Bewusstseins für jene wesentlichen Betreuungsstandards, die das öffentliche Südtiroler Gesundheitssystem allen Versorgungsberechtigten gleichermaßen gewährleistet.

Allgemein gilt, dass ein verstärkter Fokus auf die Früherkennung eventueller Risikosituationen oder -faktoren in Familien von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung des Kindes in seinen ersten Lebensjahren ist. Nur so ist es möglich, präventive Maßnahmen zur frühzeitigen und vorbeugenden Intervention bereits im Vorfeld der Geburt ins Auge zu fassen und durchzuführen.

6.4.2 GEWALT GEGEN FRAUEN

Der Schutz von Opfern häuslicher Gewalt und die Interventionsmöglichkeiten für diese mittels der Vernetzung von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Opferschutzeinrichtungen und Beratungsstellen sind laufend zu verbessern. Spezifische **Weiterbildungen** vor allem für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, frei wählbare Kinderärztinnen und -ärzte, Ärztinnen und Ärzte der Notaufnahmen und Freiwillige zum Thema Gewalt gegen Frauen unterstützen das Bewusstsein und schulen die konkrete Vorgehensweise bei Verdachtsfällen. Es bestehen bereits Netzwerke zwischen den Frauenhausdiensten und den Krankenhäusern.

Wir wollen
Bewusstsein schulen,
Problemsituationen
rechtzeitig erkennen,
unterstützen und
schützen.

6.4.3 INTEGRIERTE SOZIO-SANITÄRE FALLÜBERNAHME UND BEGLEITUNG

Im Bereich der Förderung und des Schutzes von Kindern und Jugendlichen sind eine Vielzahl von institutionellen und professionellen Akteuren mit unterschiedlichen Aufgaben sowie Verantwortlichkeiten bei der integrierten Fallübernahme und Begleitung tätig. Eine verstärkte Integration der Kompetenzen und Funktionen sowie der gemeinsamen Kooperation ermöglicht eine gezieltere und ganzheitlichere Vorgehensweise im Sinne der betreuten Minderjährigen und ihrer Familien. Besonderes Augenmerk wird auf die Abklärung der elterlichen Fähigkeiten und Kompetenzen gelegt.

6.5 ZIELGRUPPE SOZIALE RANDGRUPPEN

Die gesundheitliche Versorgung von Obdachlosen, Migrantinnen und Migranten auf der Durchreise und Asylantragstellern und Asylantragstellerinnen in den Aufnahmeeinrichtungen muss gewährleistet werden. Dazu bedarf es ganzheitlicher Ansätze, die eine angemessene und bedarfsorientierte Versorgung dieser Zielgruppen sichern und eine Zuordnung der Versorgung dieser Randgruppen zu bestehenden Strukturen (auch in Bezug auf Kostenrückerstattung) ermöglichen. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die psychologische und medizinische/psychiatrische Betreuung dieser Zielgruppe dar, da viele dieser Menschen traumatisiert sind und somit besondere Unterstützung benötigen.

7 STATIONÄRE VERSORGUNG

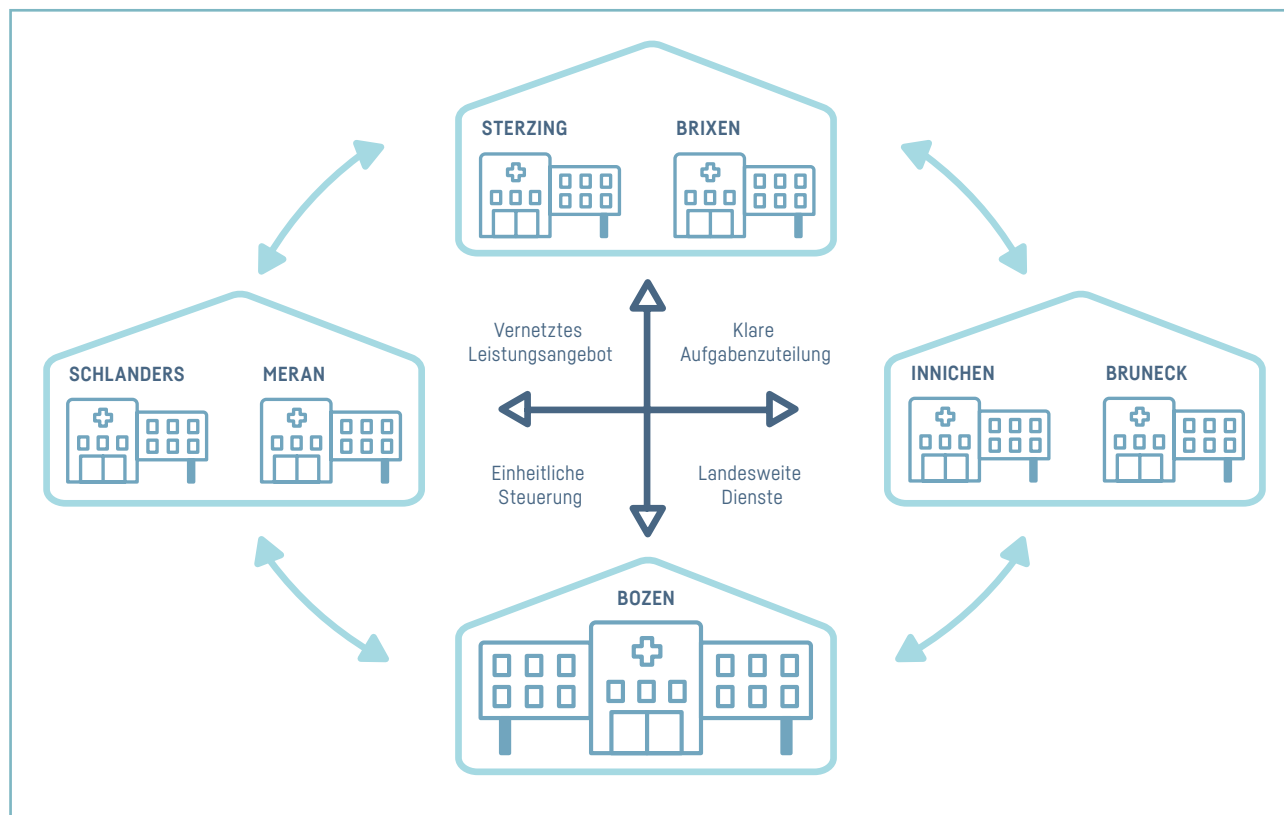
UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG sichert die medizinischen Leistungen im landesweit abgestimmten und vernetzten Krankenhausverbund.

Der im vorliegenden Kapitel dargestellte stationäre Angebotsplan umfasst sowohl die akute, einschließlich der subakuten, als auch die postakute Versorgung. Aufgrund der Verbindung zwischen der postakuten Versorgung und der Thematik des Übergangs in das familiäre Umfeld wird auch auf die Übergangsbetten – im Sinne eines Gesamtüberblicks – in diesem Kapitel Bezug genommen.

7.1 LANDESWEITER KRANKENHAUSVERBUND UND LEISTUNGSPROFILE

Die Patientinnen und Patienten, für die ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, werden in einem **landesweiten Krankenhausverbund** – gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 – versorgt, in welchem die **Leistungsabstimmung** zwischen den sieben Krankenhausstandorten Südtirols, im Sinne der Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der einheitlichen Verantwortung auf betriebliche Ebene, intensiviert wird.

ABBILDUNG 10: KRANKENHAUSVERBUND IM LANDESWEITEN NETZ



Die vernetzte Leistungserbringung funktioniert entsprechend einem **abgestuften Versorgungssystem**. Es wird unterschieden in Grund-, Schwerpunktversorgung und Versorgung mit hochkomplexen Behandlungen. Grundversorgungsleistungen sind jene Leistungen, die als Standard für die medizinische Versorgung der Bevölkerung in jedem Krankenhausstandort angeboten werden. Zusätzlich zu den Leistungen der Grundversorgung können in jedem Standort

Leistungsschwerpunkte festgelegt werden. Hochkomplexe Eingriffe und Behandlungen sind primär im Landeskrankenhaus Bozen konzentriert. Ausgewählte hochspezialisierte Leistungen können auch in den anderen Gesundheitsbezirken verortet werden.¹²

Die Krankenhäuser in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck sind gemäß dem Prinzip „**Ein Krankenhaus – zwei Standorte**“ organisiert, welche in dieser Form die Akutversorgung der Bevölkerung abdecken. Organisatorisch betrachtet sind für die verschiedenen Fachabteilungen zwei Varianten möglich:

- eine komplexe Struktur über beide Standorte und eine zusätzliche einfache Struktur an einem Standort;
- eine komplexe Struktur für beide Standorte gemeinsam;

In Ausnahmefällen und aufgrund medizinischer und epidemiologischer Notwendigkeiten können auch zwei komplexe Strukturen aufrecht erhalten werden.

Innerhalb dieses Verbundes der beiden Krankenhäuser müssen folgende **Kriterien** eingehalten werden:

- Einheitliche Qualitätsstandards
- Leistungsabstimmung (qualitativ und quantitativ)
- Personalrotation zwischen den Abteilungen der Standorte
- Kapazitätsausgleich (z.B. OP Kapazität)
- Einheitliche Führung mit Verantwortlichen in beiden Standorten

Dadurch wird eine bedarfsgerechte Optimierung des Angebots an Gesundheitsleistungen und eine Ressourcenbündelung geschaffen, ein Abbau von Parallelstrukturen ermöglicht sowie die bezirksinterne als auch bezirksübergreifende Standortstärkung durch die Schaffung von dezentralen medizinischen Kompetenzzentren gewährleistet.

7.1.1 GRUNDVERSORGUNGSLEISTUNGEN NACH FACH

Für die Erbringung der Grundversorgungsleistungen¹³ sind die Standorte der Grundversorgung unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen und entsprechend dem Bedarf mit **stationären Versorgungsangeboten** (z.B. Allgemeinchirurgie, Innere Medizin) auszustatten. Die in nachstehender Tabelle aufgelisteten Leistungen werden für die Fächer Innere Medizin, Chirurgie und Orthopädie/Traumatologie als stationäres, tagesklinisches oder ambulantes Angebot vorgesehen.

Die vorliegende Aufzählung der Leistungen besitzt keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. kann einen solchen per se nicht besitzen. Vielmehr handelt es sich hierbei um Rahmenvorgaben, die bei der Erbringung der Leistung zu berücksichtigen sind: Mit der Umsetzung des Prinzips „Ein Krankenhaus – zwei Standorte“ wird festgelegt, dass die zur Grundversorgung der Wohnbevölkerung gehörenden Leistungen an allen Krankenhausstandorten in jedem Fall zu erbringen sind.

Aus der fachlichen Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter/innen an beiden Standorten des Gesundheitsbezirks ergibt sich, an welchem Standort ergänzende Leistungen angeboten werden können. Dadurch werden die bereits vorhandenen Kompetenzen des jeweiligen Standortes berücksichtigt und gestärkt.

¹² Zusätzlich kommt, regionsunabhängig, auch den privat-konventionierten Anbietern eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung der Südtiroler Bevölkerung zu.

¹³ Unter Beachtung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016.

INNERE MEDIZIN		ALLGEMEINCHIRURGIE*		ORTHOPÄDIE/TRAUMATOLOGIE	
Diagnosen	Medizintechnik	Diagnosen	Medizintechnik	Diagnosen	Medizintechnik
Herzinsuffizienz	Echo EKG Ergometrie	Abdominalchirurgie (z.B. Darm, Blinddarm, Galle und Milz)	Echographie Radiologie CT Endoskopie	Betreuung von Verletzungen aus der Notaufnahme bis zu einem gewissen Schwere- grad	Radiologie CT Sonographie
Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	CT-RX Thorax Spirometrie Bronchoskopie	Hernien, Hämorrhid- en, Varizen, etc.		Endoprothetik	
Erkrankungen des Darms und der Bauchorgane	Ultraschall Gastroskopie Endoskopie CT-RX				
Endokrine Erkrankungen, Diabetes Typ I und II, Schwangerschafts- diabetes, Schilddrüse					
Onkologie: Diagnos- tik, Chemotherapie und territoriale Palliation					
Infektions- krankheiten					

Tabelle 1: Grundversorgungsleistungen nach Fach

* Unter Beachtung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 131 vom 28. Januar 2013.

Darüber hinaus sind an den Standorten der Grundversorgung bedarfsgerechte **pädiatrische und gynäkologische Versorgungsangebote** vorzusehen. Aufgrund der geografischen Lage werden am Krankenhausstandort Schlanders auch geburtshilfliche Leistungen (Geburten) nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften angeboten.

Für den **ambulanten Bereich** muss gewährleistet sein, dass an den Standorten der Grundversorgung für alle Fachbereiche, die zur ambulanten Versorgung der Wohnbevölkerung notwendig sind, ein bedarfsgerechtes Angebot sichergestellt wird.

7.1.2 NOTFALLVERSORGUNG/NOTAUFNAHME

Unter Berücksichtigung einer betriebsweiten Koordination der Notfallversorgung durch Einrichtung eines betriebsweiten Notfalldepartments wird in Abstimmung mit dem jeweiligen Schwerpunktkrankenhaus unter Abhängigkeit der nachfolgenden Parameter und unter Berücksichtigung der Notarztversorgung die **Notfallver-**

**Notfallversorgungs-
kette gibt Sicherheit.**

sorgungskette aufgebaut und eine **24-h/7-Tage-Versorgung** im Einzugsgebiet aller Krankenhäuser sichergestellt. Die Notaufnahme aller Krankenhäuser steht den Patientinnen und Patienten des Einzugsgebietes für die Akutbehandlung soweit zur Verfügung, als die Schwere der Verletzung und die Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals in Qualität und Quantität es zulassen, die Patientin/den Patienten gut zu versorgen. Für die Krankheitsbilder Herzinfarkt, Schlaganfall, Polytraumen, Vergiftungen, Risikoschwangerschaft gibt es betriebsweit abgestimmte Betreuungspfade. Die medizintechnische Ausstattung sowie die notwendigen radiologischen und labortechnischen Leistungen sind in den Standorten der Grundversorgung vorhanden oder werden in Kooperation mit dem Schwerpunktkrankenhaus erbracht.

7.1.3 PERSONALAUSSTATTUNG

Um das angeführte Leistungsspektrum der Grundversorgung in vollem Umfang (qualitativ und quantitativ) abwickeln zu können, müssen die entsprechenden ärztlichen und pflegerischen Kapazitäten verstärkt werden. Auf Grundlage einer klaren Ausrichtungsvorgabe der Landesregierung hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Auftrag, den **Personalstand anzupassen**. Bis zur Erreichung der notwendigen Personalausstattung ist die Abstimmung in Bezug auf Leistungen und Öffnungszeiten mit den Schwerpunktkrankenhäusern weiter zu intensivieren.

Sollte es trotz dieser Maßnahmen zu personellen Engpässen kommen, ist entsprechend einem **Notfallplan** der jeweiligen Krankenhäuser mit zwei Standorten vorzugehen, welcher ausgehend von den Grundsätzen von Qualität und Sicherheit die Auswirkungen auf den Umfang und den Ablauf der Leistungen definiert. Diese Notfallpläne sind betriebsweit abzustimmen.

Durch die Einführung von verpflichtenden und garantierten **„Ressourcen“-Rotationen** soll die Attraktivität durch die Erweiterung des fachlichen Spektrums für das ärztliche Personal gestärkt und die fachliche Qualifikation an beiden Standorten garantiert werden. Ebenso können dadurch kurzfristige Engpässe bei der Besetzung von Diensten bewältigt werden.

7.1.4 LEISTUNGSSCHWERPUNKTE ZUSÄTZLICH ZUR GRUNDVERSORGUNG

Zusätzlich zu den Leistungen der Grundversorgung können an jedem Standort **Leistungsschwerpunkte** festgelegt werden. Demnach werden am Krankenhausstandort Innichen spezielle Leistungen für Frauengesundheit, am Krankenhausstandort Sterzing die Neurorehabilitation¹⁴ und am Krankenhausstandort Schlanders Leistungen der endoskopischen retrograden Cholangio-Pancreatographie und Leistungen der Handchirurgie¹⁵ angeboten.

7.1.5 UMSETZUNG DER LEISTUNGSPROFILE

Für die Umsetzung der die Grundversorgung betreffenden Leistungsprofile und für weitere Leistungsschwerpunkte wird der Sanitätsbetrieb eine Präzisierung der Leistungsprofile für die einzelnen Standorte sowie für die territorialen Dienste vornehmen. In die Umsetzung der Leistungsprofile und die Ausgestaltung der Leistungserbringung sind die Schwerpunktkrankenhäuser und das Landeskrankenhaus im Sinne des landesweiten Krankenhausverbundes und des landesweiten Stufenmodells – gemäß LR-Beschluss Nr. 171 vom 10. Februar 2015 – sowie das Netzwerk der territorialen Dienste miteinzubeziehen. Die Leistungsprofile sind mit der Landesabteilung Gesundheit abzustimmen und in der Folge laufend gemeinsam zu evaluieren. Die Leistungsprofile, verabschiedet mit Beschluss der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016, sind integrierender Bestandteil dieses LGPs (siehe Anhang).

¹⁴ Unter Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Führung an diesem Standort mit dem bestehenden Angebot.

¹⁵ Unter Einhaltung der gesetzlichen und qualitativen Vorgaben.

7.2 PLANUNGSMETHODIK UND DATENGRUNDLAGEN FÜR DIE STATIONÄRE VERSORGUNG

Als **Planungshorizont** wurde das Jahr **2020** angesetzt. Die Berechnung dazu liefert die Bevölkerungsentwicklung des ASTAT von 2014. Die Angaben zu den Bettenstrukturen und der Leistungsanspruchnahme stammen von der epidemiologischen Beobachtungsstelle und beziehen sich ebenfalls auf das Jahr 2014.

Der Planungsprozess selbst ist in drei Phasen unterteilt:

- I. Anwendung der Bettenmessziffer gemäß Standards
- II. Wohnbevölkerungsanalyse
- III. Bettenverortung

I. Anwendung der Bettenmessziffer gemäß Standards

Unter Verwendung der staatlichen Standards hinsichtlich der Bettenmessziffern – welche den Entwicklungen der medizinischen Möglichkeiten (z.B. in der Form von mikroinvasiven Eingriffen) Rechnung tragen – und der Bevölkerungsprognose für 2020 wurde die Gesamtanzahl der Akutbetten für Südtirol im Jahre 2020 errechnet.¹⁶

Demografische Entwicklung, Patientenströme und Auslastung sind die Kriterien für die Bettenmessziffer.

II. Wohnbevölkerungsanalyse

In dieser Planungsphase wurde die Leistungsanspruchnahme der Wohnbevölkerung analysiert. Die Zielsetzungen dieser Phase sind eine Plausibilisierung der Bettenmessziffer hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit sowie der Potentialidentifikation. Als Kennzahl hierzu wurde die Belagstagedichte (Anzahl der Belagstage je 1.000 Einwohner) verwendet. Die Belagstagedichte wurde für die vier Gesundheitsbezirke nach folgenden **Makrofächern** getrennt errechnet:

- Chirurgie
- Frau/Mutter-Kind
- Intensiv und Überwachung
- Medizin
- Psychiatrie

Die Fachzusammensetzung der einzelnen Makrofächer kann der Tabelle A.4 entnommen werden. Je Makrofach und Gesundheitsbezirk wurde wie folgt vorgegangen:

1. Potentialidentifikation basierend auf Unterschieden in der Leistungsanspruchnahme

Unter der Verwendung von Referenzwerten wurden Potentiale für mögliche Bettenreduktionen identifiziert. Die Differenz zwischen dem Referenzwert und der Belagstagedichte eines Gesundheitsbezirks stellt das Potential auf Wohnbevölkerungsebene dar. Dieses wurde unter der Verwendung einer Planauslastung – definiert je Makrofach – in Betten umgerechnet.¹⁷ Die sich daraus ergebende Bettenmessziffer wurde mit der Bettenmessziffer gemäß den staatlichen Standards abgeglichen.

¹⁶ Für die Planung der postakuten Betten sei auf den Abschnitt 7.5 verwiesen.

¹⁷ Die Auslastungsplanwerte sind in der Tabelle A.3 dargestellt.

2. Berücksichtigung der demografischen Veränderung

Zusätzlich zum Schritt 1 wurden die Auswirkungen der demografischen Veränderungen je Makro-Fach und Gesundheitsbezirk berücksichtigt.

3. Berücksichtigung der Patientenströme

Die Patientenströme wurden planerisch nicht verändert, aber bei der Planung berücksichtigt. Sollten sich die Patientenströme im Laufe der Umsetzung des Plans signifikant verändern, muss dies auch eine Anpassung der Planungsgrößen zur Folge haben. Das Monitoring der Patientenströme ist Aufgabe der Umsetzungssteuerung. Des Weiteren wurden für die Planung nicht nur die Wohnbevölkerung eines Gesundheitsbezirkes herangezogen, sondern auch der Saldo an Gastpatienten.

4. Auslastungsbereinigung

Im letzten Planungsschritt wurde die Ist-Auslastung unter Verwendung der Plan-Auslastungsparameter bereinigt.

Aus diesen vier Schritten resultiert eine Bettenveränderung für jedes Makrofach je Gesundheitsbezirk. Diese Veränderung wurde als Planungsgrundlage für den Verortungsprozess verwendet.

III. Verortungsprozess

Im Rahmen der Verortung wurden die rechnerischen Ergebnisse aus den beiden ersten Planungsschritten auf Fach- und Standortebene verortet und somit auf ihre Plausibilität und Machbarkeit bewertet. Im Zuge dieses Prozesses wurden folgende **Bewertungskriterien** herangezogen:

- die Umsetzbarkeit der Maßnahme vor allem in Hinblick auf die Notwendigkeit des Ausbaus der territorialen Versorgung;
- die derzeitige Auslastung der jeweiligen Fachabteilung;
- die Betriebsgröße der Abteilung;
- die regionale Ausgewogenheit in der Ausgestaltung des stationären Angebots zwischen den Gesundheitsbezirken;
- der Konzentrationsgrad in dem Sinne, dass Reduktionen nicht bei größeren Abteilungen vorgenommen werden, wenn dies durch eine Schwerpunktsetzung sinnvoll und zur Sicherung der Qualität der Versorgung notwendig erscheint bzw. aufgrund von staatlichen und internationalen Standards gefordert wird.

7.3 GESAMTBETTENDARSTELLUNG

Auf der Basis der vorgenannten Planungsmethode ergibt sich die Darstellung der Akut-, Post-Akut und Übergangsbetten des Jahres 2020 für Südtirol. Hierbei erfasst sind sowohl Betten für öffentliche als auch private konventionierte Strukturen. Die konkreten Werte sind in Tabelle 2 dargestellt. Die erste Spalte zeigt die jeweilige Bettenkategorie. Obwohl die Übergangsbetten nicht rein dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, gelten diese allgemein als stationäre Betten und sind folglich für einen umfassenden Gesamtüberblick von Relevanz. Nachdem die Übergangsbetten jedoch nicht zu jenem Bettenkontingent zählen, das nach staatlicher Regelung den **Richtwert** von insgesamt **3,7 Betten je 1.000 Einwohner** nicht überschreiten darf, werden diese im zweiten Teil der Tabelle gesondert dargestellt. Die zweite Spalte zeigt die Bettenmessziffer, welche sich als Anzahl der Betten je 1.000 Einwohner definiert. Die entsprechende Anzahl an Betten ist in der dritten Spalte enthalten.

BETTENKATEGORIE	BETTENMESSZIFFER 2020	BETTEN 2020
Akut	2,9	1.568
Post-Akut	0,7	376
Gesamtbetten I	3,6	1.944
Übergangsbetten	bis zu 0,2	bis zu 100
Gesamtbetten II	3,8	2.044

Tabelle 2: Gesamtbettendarstellung

Für das Jahr 2020 sollen 1.568 **Akut-Betten** zur Verfügung stehen, was einer Bettenmessziffer von 2,9 Betten je 1.000 Einwohner entspricht. Im Falle der **postakuten Versorgung** beläuft sich die absolute Anzahl an Betten auf 376 bzw. 0,7 Betten je 1.000 Einwohner. In Summe ergibt dies eine Bettenmessziffer von 3,6, welche im Bereich der Vorgabe gemäß der staatlichen Standards liegt. Diese Bettenmessziffer erhöht sich auf 3,8, wenn auch die Übergangsbetten in die Berechnung mit aufgenommen werden.

Es wurde eine **planerische Schwankungsbreite** sowohl für die Akutbetten als auch für die Postakutbetten in der Höhe von +/- 5 Prozent festgelegt. Diese Schwankungsbreite soll dem Sanitätsbetrieb ausreichend Flexibilität für die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen bieten. Unter der Annahme der vollständigen Ausschöpfung dieser Schwankungsbreite ergäbe sich eine Akut-Bettenmessziffer von 2,8 bzw. 3,0 und somit eine gesamte Bettenmessziffer (Gesamtbetten II) von 3,7 bzw. 3,9.¹⁸



Die Anzahl der **Übergangsbetten** beläuft sich auf bis zu 100 Betten und einer entsprechenden Bettenmessziffer von bis zu 0,2. Diese werden in Südtirol jedoch dem Sozialbereich zugeordnet und werden somit in die Pflegebedarfsberechnung miteinbezogen.

Des Weiteren besteht für den Sanitätsbetrieb die Möglichkeit, Bettenkategorien vorzusehen, für welche die Betreuungsintensität geringer sein kann (z.B. keine ärztliche Anwesenheit rund um die Uhr erforderlich). Als Beispiele hierfür sind Betten für die intermediäre medizinisch-pflegerische Betreuung („cure intermedia“) oder für die Kategorie ex Art. 26 (siehe z.B. kardiologische Rehabilitation - aktuell 36 Betten) zu nennen. Der Sanitätsbetrieb wird **intermediäre Betten** innerhalb des Gesamtbettenstandes von 2.044 gemäß Tabelle 2 bedarfsgerecht und in einer angemessenen Art und Weise schaffen, wobei auch auf eine ausgewogene Verteilung der Betten auf die verschiedenen Gesundheitsbezirke zu achten ist.

Die jeweiligen Bettenkategorien sind somit im Verbund zu sehen und ermöglichen dem Sanitätsbetrieb eine flexible Ausgestaltung unter der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitskriterien.

¹⁸ Berechnung: $1.568 \cdot 1,05 / 540.596 \cdot 1.000 = 3,0$.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nachfolgende Bettenkategorien nicht in die Gesamtbettenplanung miteinbezogen sind:

- Betten für intensive Beobachtung („OBI“) - Bettenanzahl kann nicht erfasst werden, es handelt sich um Betten nach Bedarf
- Betten für Hospice- und Palliativbetreuung ¹⁹ - aktuell 23 Betten
- Betten im Therapiezentrum Bad Bachgart - aktuell 65 Betten
- Betten in der Schnittstelleneinrichtung Krankenhaus-Territorium in Sarnthein - aktuell 7 Betten

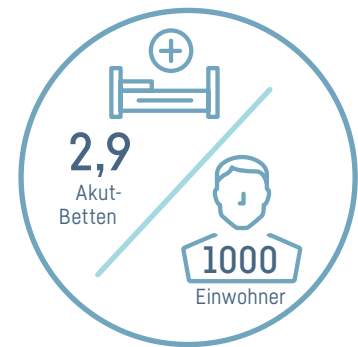
Außerdem werden die Säuglingskrippen („letti nido“) in der vorliegenden Bettenplanung nicht als Betten im engeren Sinn gewertet und sind folglich ebenfalls nicht in die Gesamtbettenplanung miteinberechnet.

7.4 ANGEBOTSPLAN FÜR DIE AKUTVERSORGUNG

Wie im vorhergehenden Abschnitt dargelegt werden **1.568 Akutbetten** geplant.

Diese Betten beinhalten folgende **Bettenkategorien**:

- Betten für ordentliche Aufenthalte
- Tagesklinik-Betten
- Intensiv-Betten
- Sub-Intensiv-Betten
- Betten für intermediäre Pflege („cure intermedia“) ²⁰



Die Verteilung der Gesamtbetten auf die obigen Kategorien obliegt dem Sanitätsbetrieb. Der Landesgesundheitsplan gewährt somit ausreichend **planerische Flexibilität**, um die notwendige Abstufung der Versorgungskette vorzunehmen und dem klinischen Bedarf zu entsprechen. In Bezug auf die Abstufung der Versorgungskette wird auf die Bedeutung der Intensivbeobachtungseinheiten hingewiesen. Die entsprechenden planerischen Vorgaben finden sich im Beschluss der Landesregierung Nr. 1396 vom 1. Dezember 2015. Die Anzahl der Akutbetten je Makrofach und Gesundheitsbezirk sowie die Gesamtbettenanzahl je Haus ist in Tabelle A.1 dargestellt. In Bezug auf die Bettenanzahl je Haus ist eine Abweichungstoleranz in der Höhe von +/- 5 Prozent vorgesehen.

Für die Organisation des Intensiv- und Sub-Intensiv-Bereichs gilt es, folgende **Rahmenbedingungen** zu berücksichtigen:

- eine Angliederung der Überwachungseinheit an die Intensivbehandlungseinheit ist anzustreben;
- mehrere getrennte Intensiv-Einheiten sind synergistisch und räumlich nahe zu organisieren (vor allem aus Gründen der Ausbildung, Patientenplanung und Gestaltung des Versorgungsprozesses);
- es sind Synergien durch Nutzung des gleichen Personal- und Gerätepools anzustreben;
- die gemeinsame Nutzung von Labor, Diagnostik, Radiologie sowie von Hilfsmitteln zur Mobilisation ist sicherzustellen;
- die Planung der Intensiv- und Subintensivkapazität hat bedarfsgerecht und effizient zu erfolgen.

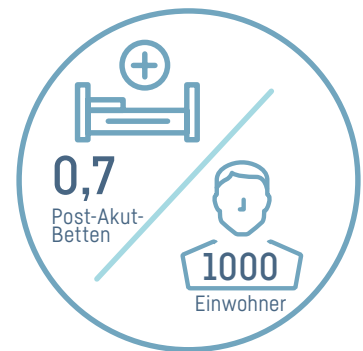
¹⁹ Für die Bettenplanung der Hospice- und Palliativbetreuung sei auf den Beschluss der Landesregierung Nr. 1214 vom 20. Oktober 2015 verwiesen, mit welchem das Projekt „Das Landesnetz zur Palliativbetreuung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen“ genehmigt wurde (Ausbau auf ca. 36 Betten vorgesehen).

²⁰ In dieser Kategorie sind keine Übergangsbetten enthalten. Diese werden eigens – im Ausmaß einer Bettenmessziffer von bis zu 0,2 Übergangsbetten je 1.000 Einwohner – dargestellt.

7.5 ANGEBOTSPLAN FÜR DIE POST-AKUTE VERSORGUNG

In der derzeitigen post-akuten Versorgung besteht ein **territoriales Ungleichgewicht** des Bettenangebots. Zudem ist der Bettenanteil der privaten Anbieter in diesem Versorgungsbereich relativ hoch. Insbesondere aufgrund dieses hohen Anteils an privaten Vertragspartnern sind die operativen Einheiten im Sanitätsbetrieb mit relativ wenig Bettenkapazität ausgestattet.

Das Ungleichgewicht kommt dadurch zustande, dass der Westen des Landes im Vergleich zum Osten mit relativ vielen post-akuten Betten ausgestattet ist. Die Zielsetzung des LGPs ist es, eine Bettenveränderung auch im Sinne der **geografischen Ausgewogenheit** vorzunehmen und den Bettenstand entsprechend anzupassen.



Die **stationäre post-akute Rehabilitation** gehört als sehr dynamischer und kostenintensiver Bereich zum Core-Business des Sanitätsbetriebs, welcher gemeinsam mit privaten Anbietern eine hochqualitative Versorgung sicherstellt.²¹ Dieser Grundsatz findet in der Verteilung der Betten zwischen den Anbietern seinen Niederschlag, vor allem auch, um die Bettenkapazität in den operativen Einheiten des Sanitätsbetriebs zu erhöhen. Aus diesem Grund sollte die Reha-Abteilung am Landeskrankenhaus Bozen im Planungszeitraum mit mindestens 30 Betten und die Reha-Abteilungen in den Schwerpunktkrankenhäusern (samt Standorten der Grundversorgung) mit einer Mindestanzahl von 20 stationären Betten sowie Day Hospital und ambulanten Leistungen ausgestattet werden. Die postakuten Langzeitpflege-Abteilungen der Schwerpunktkrankenhäuser sollen mit mindestens 20 Betten ausgestattet sein, jene der Grundversorgung mit mindestens 8 Betten. In Bezug auf die Neurorehabilitation ist festzuhalten, dass sie einen besonderen Einsatz von qualifiziertem Personal und Medizintechnik erfordert, wofür hochspezialisierte Abteilungen mit spezifischen Anforderungen benötigt werden.

Die staatlichen Standards sehen einen Rahmen von 0,7 Betten je 1.000 Einwohner (**Bettenmessziffer**) für den post-akuten Bereich vor.

Nachdem die Mobilität der Patientinnen und Patienten in der postakuten Versorgung tendenziell gering ist, erfolgte die Planung im Wesentlichen unter der Verwendung der Bettenmessziffern auf der Ebene des Gesundheitsbezirks. Zusätzlich zur Bettenmessziffer wurden im Rahmen der Planung noch die Betriebsgrößen der Abteilung, die regionale Ausgewogenheit sowie die Schwerpunktsetzung berücksichtigt. Ausgehend von den Bettenmessziffern gemäß den staatlichen Standards wurden – falls erforderlich – entsprechende Adaptierungen vorgenommen.

Die aus diesem Prozess resultierenden Bettenmessziffern sind in Tabelle 3 dargestellt. Diese zeigt die Bettenmessziffer für den gesamten postakuten Bereich sowie unterteilt in die jeweiligen Kategorien Rehabilitation (inklusive Neurorehabilitation) und Langzeitpflege:

²¹ Bzgl. der wohnortnahen Reha-Versorgung sei auf den Abschnitt 5.2.1 verwiesen.

BETTENART	BETTENMESSZIFFER
Rehabilitation	0,37
Langzeitpflege	0,33
Postakut gesamt	0,70

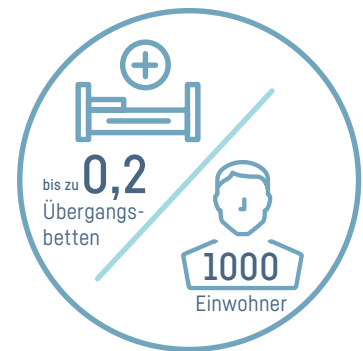
Tabelle 3: Planungsrichtwerte für die Postakute Versorgung

Für eine bedarfsgerechte postakute Versorgung der Südtiroler Bevölkerung ergibt sich für die **Langzeitpflege** eine Bettenmessziffer von 0,33, welche um 0,13 Betten je 1.000 Einwohner über der Mindestvorgabe gemäß den staatlichen Standards liegt. Für die **Rehabilitation** ergibt sich somit eine Bettenmessziffer von 0,37. Für den gesamten postakuten Bereich wurde eine Bettenmessziffer von 0,7 geplant.

Der entsprechende postakute Bettenplan ist in der Tabelle A.5 im Anhang dargestellt. Darin finden sich die Vorgaben zur Bettenanzahl je Gesundheitsbezirk und Kategorie.

7.6 ANGEBOTSPLAN FÜR ÜBERGANGSBETTEN

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen, beispielsweise im Gesundheitsbezirk Brixen, und internationaler Vergleichsdaten kann von einem Bedarf von bis zu **0,2 Übergangsbetten pro 1.000 Einwohner** ausgegangen werden. Daher ist ein Kontingent von zunächst bis zu 100 Betten für ganz Südtirol zu schaffen. Um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, sollen diese Übergangsbetten in Seniorenwohnheimen, in vom Sanitätsbetrieb geführten Einrichtungen oder in privaten Einrichtungen des Gesundheitsbereiches angeboten werden.²² Unabhängig von der Art der Einrichtung soll die Höhe der Kostenselbstbeteiligung der Patientin/des Patienten landesweit gleich hoch sein. In Bezug auf die Bettenverortung ist auf eine ausgewogene Verteilung zwischen den Gesundheitsbezirken zu achten. Die Weisungsbefugnis über die Betten soll für den Übergang aus dem Krankenhaus beim Sanitätsbetrieb liegen. Für die Übergangsbetten im Sinne der Kurzzeitpflege liegt die Weisungsbefugnis weiterhin beim Sozialdienst.



In diesem Zusammenhang ist zusätzlich festzuhalten, dass im nächstfolgenden **Landessozialplan** ein besonderes Augenmerk auf den Ausbau des betreuten Wohnens gelegt wird. Des Weiteren wird der Landessozialplan die bedarfsgerechte Anzahl an Betten in den Alters- und Pflegeheimen mit dem Planungshorizont 2030 vorsehen.

7.7 BETRIEBSWEITE FUNKTIONEN

Die nachstehende Tabelle 4 listet die versorgungsrelevanten betriebsweiten Funktionen auf.²³ Als betriebsweite Funktionen gelten jene **Versorgungsbereiche**, deren Tätigkeiten aufgrund der Notwendigkeit einer Abstimmung auf betrieblicher Ebene an nur einem bestimmten Standort betriebsweit einmalig durchgeführt oder von einer Stelle aus geführt bzw. koordiniert werden, wobei die effektive Leistungserbringung auch dezentral erfolgen kann. Die organisatorische

²² Die Mindestgröße für die Verortung von Übergangsbetten in einem Alters- und Pflegeheim beläuft sich auf 60 Gesamthausbetten.

²³ Darüber hinaus kann der Sanitätsbetrieb bei Bedarf noch weitere betriebsweite Funktionen vorsehen, welche nicht im engeren Sinne als versorgungsrelevant verstanden werden. In diesem Zusammenhang sind z. B. der tierärztliche Dienst oder die Umweltmedizin zu nennen.

und strukturelle Ausgestaltung dieser betriebsweiten Funktionen bzw. – sofern vorhanden – der einzelnen peripheren Strukturen (ob betriebsweiter Dienst, komplexe oder einfache Struktur, Department, verbindliche strukturelle oder funktionale Zusammenarbeit usw.) wird hingegen in der Betriebsordnung des Sanitätsbetriebs unter Einhaltung der in Tabelle 4 dargestellten Vorgaben festgehalten.

Für jede dieser betriebsweiten Funktionen legt die Tabelle 4 außerdem die geplante Verortung jenes Standortes fest, der für die Führung/Koordination der peripheren Einheiten zuständig ist, wobei sich diese Verortung primär an der Zielsetzung orientiert, die Koordinierungsstelle dort einzurichten, wo bereits die notwendigen Komplementärstrukturen bzw. andere erforderliche Leistungsschwerpunkte vorhanden sind. Als geplante Standorte für die Führung/Koordination sind daher drei Kategorien vorgesehen:

- **Bozen:** Für diese betriebsweiten Funktionen ist der Koordinations-Standort Bozen aufgrund der Komplexität und/oder deren Abhängigkeit von am Landeskrankenhaus bereits vorhandenen Komplementärstrukturen erforderlich.
- **Standortunabhängig:** Die Koordinierungsstelle dieser betriebsweiten Funktionen kann grundsätzlich an jedem Standort verortet werden.
- **Prinzipiell standortunabhängig:** Die Koordinierungsstelle dieser betriebsweiten Funktionen ist als solche zwar standortunabhängig, wird aber einem bestimmten Standort zugewiesen, da sie dort historisch gewachsen ist.

BETRIEBSWEITE FUNKTION	STRUKTURVORGABEN			Geplanter Standort der Führungs-/Koordinierungsstelle
	Betriebsweit einmalig – landesweite Versorgung – keine Leistungserbringung vor Ort/an anderen Standorten	Betriebsweit einmalig – verpflichtender Konsiliardienst vor Ort/an anderen Standorten	Betriebsweite Koordination – strukturelle Einheiten und Leistungserbringung vor Ort/an anderen Standorten	
Abhängigkeitserkrankungen			X	Standortunabhängig
Apotheken/Pharmazeutischer Dienst			X	Standortunabhängig
Diät und Ernährung			X	Standortunabhängig
Gefäß- und Thoraxchirurgie	X			Bozen
Genetik	X			Bozen
Hygiene			X	Standortunabhängig
Immunhämatologie und Bluttransfusion	X			Bozen
Kieferchirurgie (Polytrauma)	X			Bozen
Kinder- und Jugendpsychiatrie			X	Prinzipiell standortunabhängig aber historisch bedingt Meran
Kinderchirurgie	X			Bozen

Komplementärmedizin			X	Prinzipiell standort-unabhängig aber historisch bedingt Meran
Künstliche Befruchtung und Kryokonservierung der Gameten			X	Prinzipiell standort-unabhängig aber historisch bedingt Bruneck
Labor			X	Bozen
Labor für Mikrobiologie und Virologie			X	Bozen
Medizinische Strahlenphysik		X		Bozen
Netzwerk Dialyse (angebunden an Nephrologie)			X	Bozen
Neugeborenen-Intensivstation		X		Bozen
Neurochirurgie		X		Bozen
Neuroradiologie (Neurochirurgie mit Neuroradiologie)	X			Bozen
Notfallmedizin			X	Bozen
Nuklearmedizin	X			Bozen
Onkologie			X	Standortunabhängig
Palliativmedizin			X	Standortunabhängig
Pathologische Anatomie und Histologie und Tumorregister (Vorsorge und Screenings)			X	Bozen
Plastische Chirurgie (Polytrauma)		X		Bozen
Pneumologie			X	Standortunabhängig
Psychologische Dienste			X	Standortunabhängig
Radiologie			X	Standortunabhängig
Rechtsmedizin		X		Standortunabhängig
Rehabilitation			X	Standortunabhängig
Rheumatologie			X	Prinzipiell standort-unabhängig aber aufgrund des Beschlusses der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016 in Bruneck verortet
Sportmedizin			X	Standortunabhängig
Strahlentherapie	X			Bozen

Tabelle 4: Betriebsweite Funktionen

Die betriebsweiten Funktionen, deren strukturell-organisatorische Ausgestaltung sowie die Verortung des Koordinierungsstandortes können unter Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit geändert werden. Dies bedarf eines Beschlusses der Landesregierung.

7.8 KOMPLEXE UND EINFACHE STRUKTUREN

Für die Planung der komplexen und einfachen Strukturen wird die Orientierung an den gesamtstaatlichen Vorgaben insbesondere unter Einhaltung folgender **Grundsätze** empfohlen:

- jegliche Veränderung im Bereich der Planung von einfachen und/oder komplexen Strukturen muss sich an den **epidemiologischen Bedürfnissen der Bevölkerung** orientieren;
- das Prinzip einer **einheitlichen Führung** trägt wesentlich zu **Verbesserung der Leistungsabstimmung** zwischen den Standorten bei.

**Grundsatz:
"Ein Krankenhaus –
Zwei Standorte"
mit Leitungsfunktion
vor Ort.**

Bei der Planung von einfachen und komplexen Strukturen gilt es außerdem, die Umsetzung des im Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10. Februar 2015 festgeschriebenen Grundsatzes „**Ein Krankenhaus – Zwei Standorte**“ sicherzustellen, wobei grundsätzlich eine Leitungsfunktion vor Ort garantiert wird.

Ansonsten gilt die Beibehaltung der derzeit besetzten komplexen Strukturen. Etwaige Veränderungen dazu sowie die Neudefinition von komplexen Strukturen werden von der Landesregierung auch aufgrund epidemiologischer Kennzahlen und Kriterien vorgenommen.

7.9 QUALITÄT DER LEISTUNGSERBRINGUNG

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem **abgestuften Versorgungsmodell**, in welchem die Krankenhäuser als Verbund fungieren, um dadurch die Leistungsabstimmung zu verbessern und somit in weiterer Folge die bestmögliche Qualität für die Patientinnen und Patienten zu bieten.

**Schwerpunkte auf die
Standorte verteilen,
um Kompetenzen und
Erfahrung optimal
einzusetzen.**

Für die Leistungserbringung ist eine entsprechende **Qualitätssicherung** unter Berücksichtigung von Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualitätskriterien vorzusehen.

Hierfür sind die rechtlichen Vorgaben sowie relevante **Qualitätsstandards**, wie z.B. Mindestfallzahlen, klinisches Outcome oder Patientenzufriedenheit, einschließlich der an international anerkannten **Kriterien** orientierten Anforderungen der institutionellen Akkreditierung, maßgeblich. Gründe für die Bündelung von Maßnahmen können einerseits in der Komplexität der Leistungserbringung als auch in der Rarität zu finden sein. Vor allem in Bezug auf die Mindestfallzahlen wird das Erreichen der notwendigen „**Clinical Competence**“ für alle Gesundheitsberufe als notwendige Voraussetzung angesehen, um die bestmögliche Qualität zu erlangen. Die Qualitätsstandards sind sowohl für öffentliche als auch für konventionierte Anbieter gültig und durch die Landesabteilung Gesundheit zu monitorieren. In diesem Zusammenhang gilt es auch, die Angemessenheit der Versorgung – im Sinne der Vermeidung potentieller Über-, Unter- oder Fehlversorgung – zu berücksichtigen.

7.10 KLINISCHES RISIKO-MANAGEMENT

Elementare Voraussetzung für die Förderung der Qualität der Leistungserbringung ist ein strukturiertes klinisches Risikomanagement. Dafür ist der Aus- und Aufbau eines landesweit einheitlichen klinischen Risikomanagements in funktioneller und struktureller Hinsicht notwendig. Dies soll **Risiken minimieren**, die **Sicherheit steigern** und **Defensivmedizin vermeiden**. Zu diesem Zweck sollen die relevanten Risiken mittels **Fehlermeldesystemen** und **Prozessanalysen** erfasst

**Fehlermeldesysteme
und Prozessanalysen
minimieren die
Risiken.**

und ausgewertet werden. Des Weiteren ist ein einheitlicher Umgang in den Bereichen Schadensvermeidung, Schadensersatzforderungen und Versicherungswesen, Rechtsmedizin, Beschwerdemanagement und Arbeitssicherheit notwendig. Entsprechende Funktionen sind im Sanitätsbetrieb als auch in der Landesabteilung Gesundheit als Schnittstelle der Governance zum Südtiroler Sanitätsbetrieb und den staatlichen und internationalen Institutionen im Bereich des klinischen Risikomanagements vorzusehen.

8 SPEZIELLE VERSORGUNGSTHEMEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG kümmert sich um die Menschen in besonderen Lebenssituationen.

Das vorliegende Kapitel beinhaltet die strategischen Leitlinien und Handlungsfelder für besonders zentrale Bereiche der Gesundheitsversorgung. Die Kapitelstruktur stellt keine Wertung dar und besitzt auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sehr wohl aber sind die ausgewählten Versorgungsthemen und Versorgungsbereiche solche von strategischer Bedeutung.

8.1 ONKOLOGISCHE VERSORGUNG

Alle Institutionen und personellen Ressourcen, die sich mit der Früherkennung, Diagnostik, Therapie und nachsorgenden Betreuung von bösartigen Neubildungen (Tumoren) befassen, sind im onkologischen Leistungsangebot zu berücksichtigen.

Oberstes Ziel der onkologischen Versorgung ist die Erbringung **qualitativ hochwertiger** und **sicherer Leistungen** für onkologische Patientinnen und Patienten. Konkret bedeutet dies, eine **integrierte Betreuung** mit speziellen Strukturen im Bereich der stationären und territorialen Dienste zu etablieren und eine flächendeckende Verbesserung im Bereich der ganzheitlichen Betreuungsangebote von der Früherkennung über die Diagnostik und Behandlung bis hin zur Nachsorge im onkologischen Bereich mit messbaren Ergebnissen zu gewährleisten. Auch die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 131 vom 28. Jänner 2013 beschlossene onkologische Zertifizierung bildet in diesem Zusammenhang einen Eckpfeiler zur Sicherung der Qualität der Leistungen im Bereich der onkologischen Versorgung.

Im Fokus steht die höchste Qualität der Versorgung.

Der Fokus sollte hierbei auf **Kooperationen** und – wo immer möglich und sinnvoll auf Daten und Fakten beruhenden – **Standardisierungen** in der onkologischen Versorgung liegen. Zudem müssen Arbeits- und Prozessabläufe in der gesamten Behandlungskette optimiert werden, um eine Erhöhung der **Behandlungssicherheit** – bei gleichzeitiger Verringerung des Risikopotenzials – zu erreichen. Des Weiteren müssen die **psychosoziale Begleitung**, die **Informationsweitergabe** und die **Beteiligung** der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Daher ist es wichtig, eine schnittstellenübergreifende **Vernetzung** von akutstationären Leistungserbringern, Fachärzten im Territorium, Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, frei wählbaren Kinderärztinnen/-ärzten, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und Reha-Einrichtungen zu fördern.

Folgende Punkte sind bei der Etablierung des ganzheitlichen Betreuungsnetzes mit onkologischem Schwerpunkt zu berücksichtigen:

- Sicherstellung des bestmöglichen Einsatzes der vorhandenen Ressourcen nach den Erkenntnissen des medizinischen Fortschrittes zum Wohl der Patientinnen und Patienten;
- Initiierung der Anwendung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie; im Bedarfsfall Erarbeitung von Vorgaben zu den Inhalten der Leitlinien;

- Vernetzung onkologierelevanter Ausbildungsthemen in der Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte und des Gesundheitspersonals;
- Evaluierung und Weiterentwicklung des onkologischen Versorgungs- und Leistungsangebotes in Bezug auf Ergebnisqualität, Bedarfsentsprechung und Kostenentwicklung;
- Konzeption von patientenorientierten Versorgungsstrukturen (z.B.: Prävention, Territorium, Rehabilitationsbereich);
- Empfehlung zum Einsatz bzw. zur Verortung von onkologierelevanten (Groß-) Geräten inkl. ökonomischer Bewertung.

8.2 PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie und Psychotherapie gewinnen in allen Gesundheitssystemen zunehmend an Bedeutung. Einerseits befinden sich psychische Störungen weiter im Steigen ²⁴, andererseits sind Nutzen und Wirksamkeit psychologischer und psychotherapeutischer Interventionen fundiert untersucht und eindeutig belegt. Die Psychologie hat sich in den letzten Jahrzehnten differenziert entwickelt und bietet heute transversal in den meisten Fachbereichen der Gesundheitsversorgung ihre Leistungen an. Die wachsende Bedeutung der Psychologie spiegelt sich unter anderem in den staatlichen und internationalen Leitlinien wider und führt dazu, dass immer neue Anfragen um Zusammenarbeit aus den unterschiedlichen Fachdisziplinen gestellt werden.

Die vorliegenden Prävalenzdaten, hohe psychiatrische und somatische Komorbiditäten, das Altersspektrum, Geschlechtsspezifität, Ethnopsychiatrie, Sensibilisierung, Prävention, Früherkennung, Diagnose, Frühintervention und Behandlung, Rehabilitation/Inklusion, Langzeitbetreuung sind also allesamt Herausforderungen, die bei den Planungen berücksichtigt werden müssen.

Ziel ist es, die Dienste nach realen Bedürfnissen einzurichten und laufend weiterzuentwickeln. Dabei steht eine prozessorientierte Organisations-, Führungs- und Leistungsstruktur eines funktionalen **Departments für die psychische Gesundheit** im Vordergrund. Damit sollen Parallel-Strukturen, Überschneidungen und Schnittstellen verringert und Zugangsbarrieren und Wartezeiten reduziert werden.

Ein koordinierendes
landesweites
Departement für
psychische
Gesundheit bildet die
Basis für eine
ganzheitliche
Betreuung der
Patientinnen und
Patienten.

Diese organisatorische **Neuausrichtung des Angebotes** erfordert ein interdisziplinäres, dienstübergreifendes und transparentes Organisationskonzept, das horizontale Schwerpunkte bildet. Das zu schaffende betriebliche Departement für psychische Gesundheit umfasst somit den psychiatrischen Dienst, den psychologischen Dienst und den Dienst für Abhängigkeitserkrankungen und baut auf die aktive Inklusion des Bereiches Kinder- und Jugend-Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei ist es wichtig, koordiniert mit den Gesundheitsdienstleistern, den unterschiedlichen Organisationen und Partnern, vor allem mit den Sozialdiensten, dem Amt für Menschen mit Behinderung und dem Verband der Seniorenwohnheime Südtirol zusammenzuarbeiten. Eine fachbereichsübergreifende Kooperation bildet die Basis für eine ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten.

²⁴ z.B. Depressionen s. WHO Report 2001, 2006, Bundesgesundheitsurvey: Jakobi und Wittchen 2006.

Folgende Umsetzungsschritte sind bei der Neuausrichtung zu berücksichtigen:

- Aufbau der Basispsychologie;
- Definition von Vereinbarungen zur Zusammenarbeit der Ambulanzen der psychologischen Grundversorgung;
- Festlegung der Inhalte, der Organisations- und Vergütungsstruktur;
- Präsentation der Ambulanzen nach innen und außen;
- Auflistung der bestehenden Netzwerke mit Nennung der Verantwortlichen.

Neben den technischen und organisatorischen Neuerungen behält der Faktor „**gelingende Beziehungsqualität**“ zwischen der/dem zu behandelnden Patientin/Patient und dem zuständigen ärztlichen und/oder therapeutischen Personal eine wesentliche Rolle im Bereich der psychologischen und psychiatrischen Versorgung. Dazu gehören beispielsweise die Sicherstellung der freien Arzt- bzw. Therapeutenwahl sowie eine Planung und vor allem die spezifische Ausbildung des Personals, welche es ermöglicht, den betroffenen Patientinnen und Patienten die gebührende Wertschätzung entgegen zu bringen.

Die **gesetzlichen Grundlagen** in diesem Bereich finden sich im Beschluss der Landesregierung Nr. 711 vom 4. März 1996, dem die staatlichen Gesetze Nr. 180 vom 13. Mai 1978 und Nr. 833 vom 23. Dezember 1978 zu Grunde liegen. Die im Staatlichen Aktionsplan für psychische Gesundheit 2013 enthaltenen Leitlinien und der Fachplan Suchterkrankungen sind für Südtirol von der Landesregierung mit Beschluss Nr. 106 vom 21. Januar 2013 genehmigt worden. Auch für das Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und Integration der Kinder-Reha und Neuropädiatrie gibt es Beschlüsse der Landesregierung aus den Jahren 2000, 2001, 2007, 2009 und 2012.

8.2.1 DIENST FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN (DFA)

Im Rahmen des Departements für psychische Erkrankungen werden die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen zusammengeführt. Die diversen Schnittstellen des Dienstes für Abhängigkeitserkrankungen (z.B. mit der Erwachsenenpsychiatrie, den Psychologischen Diensten, der Kinder- und Jugendpsychiatrie) lassen es als unumgänglich erscheinen, dass ein **betriebsweiter Dienst für Abhängigkeitserkrankungen** inhaltlich und funktionell dem Departement für psychische Gesundheit angegliedert wird.

8.2.2 KONZEPT KLINISCHE PSYCHOLOGIE ALS ABGESTUFTE PSYCHOLOGISCHE VERSORGUNG IM SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEB

In Anlehnung an die Entwicklungen im medizinischen Bereich ist ein abgestuftes Betreuungsmodell auch für die klinische Psychologie sinnvoll. Im Rahmen der Planung der Gesundheitsversorgung ist es daher erklärtes Ziel, die klinische Psychologie im Sanitätsbetrieb fachlich und organisatorisch im Einklang mit den Grundsätzen der Nachhaltigkeit, der Effizienz und jenen der klinischen Reform landesweit einheitlich weiter zu entwickeln, um ein nachhaltiges Konzept zu implementieren.

Vier Teilzielsetzungen spielen dabei eine wichtige Rolle:

1. Abgestufte Versorgung von einer Basisbetreuung hin zu spezialisierten Angeboten

Der Gesamtprozess der Entwicklung soll anhand einer gesamtbetrieblichen Perspektive gesteuert und koordiniert werden. Hierfür wird ein/e landesweit verantwortliche/r Koordinator/in eingesetzt, der/die als direkter Ansprech-

partner/in für die Betriebsdirektion fungiert. Die klinische Psychologie soll zum einen auf Bezirksebene eine einheitliche, wohnort- und patientennahe und früh intervenierende psychologische Grundversorgung in Form einer Basispsychologie (inkl. Krisenintervention und Notfallpsychologie) bieten und zum anderen bezirksübergreifende bzw. landesweite Zentren vorsehen.

Eine weitere Versorgungsstufe stellt die spezialisierte Grundversorgung dar, welche landesweit einheitlich und lokal vernetzt angeboten wird und folgende Teilgebiete umfasst:

- Kinder- und Jugendpsychologie und -psychotherapie,
- Entwicklungsneuropsychologie,
- Erwachsenenpsychotherapie,
- Neuropsychologie und Gerontopsychologie,
- Psychologische Versorgung von körperlich Kranken (akut und chronisch) und Angehörigen im Rahmen der medizinischen Psychologie/Krankenhauspsychologie.

Des Weiteren stellen multiprofessionelle Angebote den vollen Leistungsumfang in folgenden Bereichen sicher: Dienst für Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrischer Dienst, Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Palliativstation. Voraussetzung für eine wirksame Betreuung der Patientinnen und Patienten ist die lokale Vernetzung und Koordination der Dienste.

2. Patientenorientierte Organisation der Behandlungs- und Betreuungspfade

Für die Gewährleistung fachlicher Standards und der dafür notwendigen Spezialisierung werden bestimmte Angebote bezirksübergreifend oder landesweit organisiert (z.B. Notfallpsychologie, Bad Bachgart, Verkehrspsychologie, Essstörungen, usw.). Diese Leistungen und das Know-how müssen durch eine vertikale Vernetzung auch in der Grundversorgung der Bezirke wirksam werden (z. B. Nachsorge nach speziellen Therapien in den Zentren, Supervisionsangebote in Spezialgebieten, usw.). Die landesweit einheitliche Einführung und Umsetzung der im Ministerialdekret vom 19. Juli 2016 Nr. 165 festgelegten Leistungen für die psychologische Versorgung und Erarbeitung der wesentlichen Betreuungsstandards (LEA) im Bereich der Psychologie gehören in diesem Zusammenhang genauso zu den Prioritäten wie die Einbringung und Realisierung von bezirksübergreifenden Forschungsprojekten.

3. Vertikale Vernetzung

Die Aufgabe der landesweiten psychologischen Betreuungsangebote besteht in erster Linie in der hoch spezialisierten Patienten- und Patientinnenversorgung, welche ständig an neue wissenschaftliche Erkenntnisse adaptiert wird. Die Vernetzung mit internationalen Zentren und Forschungseinrichtungen soll zukünftig weiter forciert werden, um bei Forschungsprojekten mitzuarbeiten oder gegebenenfalls auch selbst Forschung zu betreiben, was sich wieder auf die Kompetenz der Dienste und die Patienten- und Patientinnenbetreuung positiv auswirkt. Diese Art der vertikalen Vernetzung ist eine zentrale Aufgabe.

4. Verbindliche, landesweite inhaltliche Vernetzung von Themen und Störungsbildern

Neben der oben beschriebenen Aufbauorganisation ist es sinnvoll und notwendig, zusätzlich themenspezifische, transparente Netzwerke systematisch aufzubauen und zu pflegen. Sie sind dienst- und bezirksübergreifend über Hierarchien hinweg organisiert und sollen Synergien schaffen und vielfältiges Wissen und Erfahrungen gegenseitig nutzbar machen. Derartige Netzwerke ermöglichen eine schnelle und unbürokratische kollegiale Unterstützung in der klinischen Arbeit,

bei organisatorischen Belangen und in der Entwicklung der jeweiligen Schwerpunkte. Eine verantwortliche Person soll relevante Themenbereiche und Netzwerke koordinieren, (z.B. Psychotraumatologie, Psychoonkologie, Neuropsychologie und Demenz, psychologische Betreuung bei chronischen Erkrankungen, etc.).

8.2.3 BETRIEBSWEITES NETZWERK DES DIENSTES FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE/-PSYCHOTHERAPIE

Mit Beschluss der Landesregierung vom 18.06.2007 Nr. 2085 wurde das Konzept „Netzwerk Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie“ genehmigt. In der Folge wurde dieses Projekt erfolgreich weiterentwickelt und mit Beschluss der Landesregierung vom 19.11.2012, Nr. 1710 „Genehmigung des Konzeptes und des Raumprogramms für die Errichtung einer Akutabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie“ genauer festgelegt.

Angestrebt wird in diesem Bereich ein **betriebsweiter Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie** nach dem oben beschriebenen Modell mit Standort Meran, weil dort auch die entsprechende stationäre Einrichtung angesiedelt ist.

Im Zusammenhang mit der psychiatrischen bzw. psychologischen Versorgung soll auch der Teilbereich Schulpsychologie nicht unerwähnt bleiben, welcher mittelfristig im Zuständigkeitsbereich Bildung verortet werden soll.

8.3 DEMENZVERSORGUNG

Die soziodemografischen und epidemiologischen Entwicklungen der kommenden Jahrzehnte weisen auf eine rasche, deutliche Zunahme der Demenzerkrankungen hin. Immer mehr Menschen werden mit kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten behandlungs- und betreuungsbedürftig. Die Erkrankungen gehen mit einer massiven Pflegebedürftigkeit einher, verlaufen chronisch und belasten Angehörige und Familien. Die Belastungen sind körperlicher, psychologischer wie ökonomischer Natur. Die Gesamtbetreuungskosten steigen rasant in die Höhe. Die Demenzversorgung verlangt nach Diskussion mit inhaltlichen wie auch ethisch-moralischen Schwerpunkten.

Aus dieser und der Tatsache, dass bisher weder effiziente Präventivansätze noch kausale Therapiemöglichkeiten bekannt sind, ergeben sich besondere Anforderungen an das globale, das Gesundheits- und das Sozialwesen betreffende Versorgungssystem.

Anzustreben ist daher eine **spezielle Versorgungslinie in allen Settings**, ausgehend von der Ärztin/vom Arzt für Allgemeinmedizin über die Sprengeldienste, zu den Notaufnahmen und den unterschiedlichen Abteilungen im Krankenhaus. Diese gewährleisten in enger **Vernetzung** mit den Sozialdiensten eine **Betreuungskontinuität** für die betroffenen Menschen. Dazu eignen sich **Behandlungs- und Betreuungspfade**, die auf folgenden Grundsätzen basieren:

Die rasche Zunahme der Demenzerkrankungen verlangt nach einer speziellen Versorgungslinie.

- Grundversorgung mit Fallverantwortung und Verdachtsdiagnose;
- Fachambulanz mit diagnostischer Abklärung und therapeutischer Beratung (Memory Klinik);
- stationäre Anforderungen bei Akutgeschehen;
- Verlaufskontrollen.

Um Entgleisungen und der Eskalation von Grenzsituationen vorbeugen zu können, erscheint die Schaffung einer multiprofessionellen **Einheit zur Krisenintervention** besonders wichtig.

8.4 KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Das **allgemeine Vertrauen** der Bevölkerung in die Komplementärmedizin als Alternative bzw. Ergänzung zur Schulmedizin ist in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen. Dementsprechend ist auch in Südtirol die Anwendung von komplementärmedizinischen Behandlungen im Steigen begriffen, wobei man davon ausgehen kann, dass sich ca. 25 Prozent der Südtiroler Bevölkerung komplementärmedizinischen Heilmethoden unterzieht und die Hälfte aller Bürgerinnen und Bürger komplementärmedizinische Therapien und Heilmethoden für gesundheitsfördernd hält. Die am häufigsten beanspruchten Leistungen in der Komplementärmedizin sind Akupunktur, manuelle Therapie, Homöopathie und Phytotherapie.

Der Komplementärmedizin kommt eine wachsende Bedeutung als wertvoller Beitrag zur Ergänzung der Schulmedizin zu.

Der wachsenden Bedeutung der Komplementärmedizin zu Grunde liegt die zunehmende Erwartung vonseiten breiter Bevölkerungsschichten, dass sich die moderne Medizin wieder vermehrt auf die ursprünglichen Qualitäten und wesentlichen Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes besinnt. In diesem Kontext kann die Komplementärmedizin als **Ergänzung zur** sogenannten **Schulmedizin** einen wertvollen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten. Durch die Fokussierung auf primär ärztliche, pflegerische und therapeutische Kompetenz und weniger auf technisches Instrumentarium liefert die Komplementärmedizin möglicherweise eine willkommene Antwort auf die „Übertechnisierung“ der Medizin (z. B. in Form von aufwendigen bildgebenden Verfahren und invasiven Behandlungsmethoden).

Infolge des Vertrauensverhältnisses der Bevölkerung zur Komplementärmedizin und der in Kombination mit der Schulmedizin erwartbaren Ergebnisse, können folgende **Maßnahmen** zur ergänzenden Einbindung der Komplementärmedizin in die Südtiroler Versorgungslandschaft beitragen:

- Prüfung der Möglichkeit zur Erweiterung des Zugangs zu komplementärmedizinischen Behandlungen auf Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten, zusätzlich zum bereits bestehenden Zugang für onkologische Patientinnen und Patienten nach evidenzbasierten Grundsätzen;
- Weiterführung des Dienstes für Komplementärmedizin und Entwicklung zu einem landesweiten Kompetenzzentrum;
- Förderung des komplementärmedizinischen Angebots im territorialen Bereich;
- Verstärkter Fokus auf komplementärmedizinische Inhalte in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

9 LÄNDERÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG bietet höchsten Leistungsstandard gemeinsam mit Partnereinrichtungen im muttersprachlichen Umfeld.

Um den in Südtirol ansässigen Personen eine umfassende Gesundheitsversorgung, auch außerhalb der italienischen Staatsgrenzen anbieten zu können, hat die Südtiroler Landesregierung im Sinne des Artikels 7 des Dekrets des Staatspräsidenten Nr. 197 vom 29. Januar 1980 **Vereinbarungen mit österreichischen und deutschen Gesundheitseinrichtungen** für eine länderübergreifende, stationäre sowie fachärztliche Versorgung abgeschlossen. Die Erarbeitung und Ratifizierung dieser Abkommen erfolgt vor dem Hintergrund der Berücksichtigung der besonderen ethnischen und sprachlichen Situation der Südtiroler Bevölkerung und zielt darauf ab, jenes Leistungsangebot, das den Bürgerinnen und Bürgern Südtirols aufgrund der interregionalen Krankenhospitalität bereits auf italienischem Staatsgebiet zur Verfügung steht, auch auf die unmittelbaren Nachbarländer auszuweiten.

In Kooperation mit den unmittelbaren Nachbarländern wird eine Ausdehnung der hochspezialisierten Leistungen möglich.

Diese umfassende, gesundheitliche Betreuung der Südtiroler Bevölkerung ist auch deswegen von großer Bedeutung, da sie neben der **Wahrung der sprachlichen Rechte** besonders dann greift, wenn **Krankenhausleistungen** erbracht werden müssen, die nicht durch den örtlichen Gesundheitsdienst sichergestellt werden können. Es handelt sich hierbei vor allem um **hochspezialisierte Leistungen**, die sowohl vom technischen als auch vom fachärztlichen Standpunkt aus gesehen eine hohe Komplexität aufweisen. Die Inanspruchnahme des länderübergreifenden Angebotes kann, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Landes Südtirol, schließlich auch erfolgen, um den Zugang der Bürgerinnen und Bürger zum Betreuungsangebot innerhalb einer **angemessenen Zeit** zu gewährleisten.

Als Beispiele für Einrichtungen in Österreich und Deutschland, mit denen das Land Südtirol im Geiste der obgenannten Zielsetzungen Vereinbarungen abgeschlossen hat, sollen in erster Linie die Tirol Kliniken GmbH und ihre vertragsgebundenen Einrichtungen, die Universitätsklinik Salzburg, das Anton-Proksch-Institut in Wien, die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) und das Land Vorarlberg Erwähnung finden.

Das Allgemeine öffentliche Landeskrankenhaus Innsbruck fungiert auch als operatives Transplantationszentrum für das Land Südtirol. Im Kurzentrum Bad Häring in Kufstein werden hingegen Südtiroler Patientinnen und Patienten aufgenommen, die frische Rückenmarksläsionen aufweisen oder Opfer von schweren Traumata geworden sind. Als weiteres Beispiel seien kardiochirurgische Eingriffe genannt, welche ebenfalls am Landeskrankenhaus Innsbruck oder in einem der weiteren hochspezialisierten süddeutschen Zentren erfolgen, die von der Landesregierung dazu ermächtigt sind.

Eine weitere länderübergreifende Kooperation zum Wohle der Südtiroler Patientinnen und Patienten besteht auf dem Gebiet der Behandlung von an Rheuma erkrankten Menschen. Hierbei arbeitet der Landesgesundheitsdienst mit hochspezialisierten Einrichtungen in Garmisch-Partenkirchen und Oberammergau zusammen.

10 MEDIZIN-GROSSGERÄTEPLAN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG unterstützt die Patientinnen und Patienten mit modernster Medizintechnologie.

Folgende medizinisch-technische Geräte sind als **Großgeräte** einzuordnen und entsprechend zu planen: ²⁵

- Computertomographiegeräte (CT)
- Magnetresonanztomographiegeräte (MR)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze; COR; inkl. medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren vorgehalten werden)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR; Linearbeschleuniger, Gamma-Knife)
- Emissions-Computer-Tomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT)
- Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT)

10.1 PLANUNGSGRUNDSÄTZE

Die Planung im Bereich der Großgeräte orientiert sich an den folgenden **Planungsgrundsätzen**:

- **Qualitätskriterium**: Je nach Leistungsangebot, medizinischen Anforderungen und im Rahmen der jeweiligen Schwerpunkte des Krankenhauses bzw. Gesundheitsbezirkes werden medizinisch-technische Großgeräte vorgesehen;
- **Versorgungsgerechtigkeit**: Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung wird durch eine optimale Standortwahl für Großgeräte gewährleistet;
- **Wirtschaftlichkeitskriterium**: Die Versorgung muss auch unter wirtschaftlichen Aspekten nachhaltig erfolgen.

10.2 BEDARFSORIENTIERTE GROSSGERÄTEPLANUNG

Die Basis für die bedarfsorientierte Großgeräteplanung bilden untenstehende **Einwohnerrichtwerte** und **Erreichbarkeitsempfehlungen**. Diese Werte sind für die unterschiedlichen Gerätegruppen bzw. Verfahren definiert. Beim Einwohnerrichtwert handelt es sich um Sollbereiche für die Anzahl der Einwohner je Großgeräte. Die Erreichbarkeitsfrist ist in Minuten angeführt, binnen welcher zumindest 90 Prozent der gesamten Bevölkerung den jeweils nächstgelegenen, leistungs anbietenden Standort bezüglich der betreffenden Großgerätegruppe erreichen soll. Die tatsächliche Verfügbarkeit für die erforderliche Leistungserbringung im territorialen und stationären Bereich ist neben den vorgegebenen Richtwerten zu gewährleisten.

Allfällige Anpassungen der Richtwerte können unter Berücksichtigung bestimmter Faktoren erfolgen, beispielsweise Geräteauslastungen inkl. Berücksichtigung einer Vorhaltenotwendigkeit für den akuten Bedarfsfall, Veränderung des Leistungsangebotes in den Krankenhäusern sowie organisatorische oder betriebs-/ gesamtwirtschaftliche Gründe inkl. entsprechender Kostenbewertungen. Die Auslastung der Großgeräte ist zu überwachen und entsprechend zu steuern.

²⁵ Dieses Kapitel orientiert sich in Bezug auf die Klassifikation der Großgeräte und Planungsgrundsätze und -richtwerte am Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2012, S. 116–117.

GERÄTEGRUPPEN/VERFAHREN	EINWOHNERRICHTWERTE (BEREICHE)	ERREICHBARKEIT (IN MINUTEN)
Computertomographie [CT]	30.000–50.000	30
Magnetresonanztomographie	70.000–90.000	60
Coronarangiographie [COR] *	200.000–300.000	60
Strahlentherapie [STR]	100.000–140.000	90
Emissions-Computer-Tomographie (ECT)** bzw. ECT-CT	80.000–100.000	45
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) bzw. PET-CT	300.000–400.000	60

Tabelle 5: Planungsrichtwerte GGP

* Richtwerte gültig auch für medizinisch-technische bildgebende Geräte, mit denen COR-Leistungsspektren vorgehalten bzw. erbracht werden können, unter gesamthafter Betrachtung bestehender bzw. vorgesehener COR-Vorhaltungen.

** exklusive „nicht SPECT-fähiger“ Gammakameras

Sogenannte **Funktionsgeräte**, die ausschließlich intraoperativ, für unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum oder für Therapieplanung bzw. Therapieüberwachung bei der Strahlentherapie verwendet werden, finden für allgemeine Planungsarbeiten und Bedarfsprüfungen im Sinne des Großgeräteplans grundsätzlich keine weitere quantitative Berücksichtigung. Diese Geräte sind zu erfassen und gesondert darzustellen.

Die **Gerätschaft** ist gültigen Erneuerungsstandards und Richtlinien entsprechend zu planen.

11 INNOVATIONSRICHTLINIE

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG integriert Innovationen zur spürbaren Verbesserung der Behandlungsqualität für die Menschen.

Ziel dieser Richtlinie ist es, Rahmenbedingungen und Kriterien zu beschreiben, die es ermöglichen, Innovationen auf ihre tatsächliche Wirksamkeit, ihre angemessene und effiziente Anwendung, auf Qualitätsverbesserungen, klinische und organisatorische Auswirkungen und ihre gesellschaftliche Akzeptanz zu untersuchen und deren Verbreitung entsprechend zu fördern oder zu unterbinden.

Innovation bewerten
und wo sinnvoll
fördern.

Als international anerkannte Methode und als gültiges Instrument, klinisch relevante Technologien sinnvoll einzusetzen bzw. auch zu ersetzen, dient die **Beurteilung von Gesundheitstechnologien („Health Technology Assessment“ - HTA)**. In diesem Kontext bezieht sich der Begriff „Technologie“ auf Medikamente, Instrumente, Geräte, medizinische und chirurgische Verfahren, Leitlinien und Betreuungspfade, aber ebenso auf Projekte und Informationstechnologien sowie auf Organisations- und Managementmodelle.

Um angesichts der steigenden Kosten eine Kürzung der Leistungen zu vermeiden, muss der Einsatz der vorhandenen Ressourcen durch Umschichtung wenig sinnvoller Leistungen zugunsten nachweislich nützlicher und notwendiger Technologien erfolgen.

HTA ist die systematische Bewertung von Verfahren und Technologien, die einen Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung haben. Vorhandene Forschungserkenntnisse und Informationen werden bewertet, in einem Bericht zusammengefasst, entsprechende Schlussfolgerungen abgeleitet und Handlungsempfehlungen gegeben.

Entscheidungen im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik sind auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnissen zu treffen, d.h. sie müssen **„evidenzbasiert“** sein. So trägt HTA dazu bei, die unkontrollierte Verbreitung unzureichender Technologien im Gesundheitssystem zu verhindern und damit daraus entstehende finanzielle Belastungen zu mindern und die Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern. Zudem soll eine Brücke zwischen Forschung und gesundheitspolitischer Entscheidungsfindung geschaffen werden.

Um diese Ziele zu erreichen, braucht es eine transparent definierte, **landesweit einheitliche Vorgehensweise bei Ersatz/Neuanschaffung von Technologien** im Hinblick auf die Beantragung, Beurteilung und Entscheidungsfindung.

Als Innovationen gelten Technologien mit einem Investitionsvolumen von über 300.000 Euro. Diese müssen einem eigenen **Genehmigungsprozess** unterzogen werden. Dazu wird, wie von den staatlichen Normen vorgesehen, eine multiprofessionelle **HTA- und Innovationseinheit** in der Landesabteilung Gesundheit eingerichtet. Für Neuinvestitionen über 1.000.000 Euro ist ein eigener **HTA-Bericht** anzufertigen oder auf bestehende HTA-Berichte zurückzugreifen. Für Neuinvestitionen darunter, aber über 300.000 Euro, ist eine Prüfung nach einem einfachen Prüfverfahren durch die Innovationseinheit ausreichend.

Diese organisatorische Einheit stützt sich bei ihrer Arbeit auf ein multiprofessionelles **Team**, das Kompetenzen in den Bereichen Medizintechnik, Gesundheitsökonomie und HTA besitzt und deren Mitglieder sowohl von der Landesabteilung Gesundheit als auch vom Sanitätsbetrieb gestellt werden können. Die Arbeit dieses Teams kann durch externe Experten zum Beispiel in Form von Konventionen mit staatlichen (Agenas) oder regionalen HTA-Einrichtungen und/oder mitteleuropäischen HTA-Institutionen (z.B. in Österreich, Deutschland, Schweiz oder England) auch durch Zurverfügungstellung oder Erstellung von HTA-Berichten unterstützt werden. Die Innovationseinheit leitet daraus eine Entscheidungsgrundlage inkl. Empfehlung für das Landeskomitee für die Planung im Gesundheitswesen ab.

Um eine nachvollziehbare technische Begutachtung leisten zu können, braucht es einen **standardisierten Antragsprozess**. Dieser sieht seitens des Sanitätsbetriebes und anderer Antragssteller eine Begründung und eine Darlegung des klinischen Zugewinns sowie eine Vorlage von evidenzbasierten Daten vor, welche folgende Bereiche betreffen:

- Sicherheit
- Bedarf
- Klinische Wirksamkeit
- Klinische Effektivität
- Zugang
- Wirtschaftlichkeit.

Ein standardisierter
Antragsprozess ist
Voraussetzung für
eine nachvollziehbare
technische
Begutachtung.

12 BEGLEITMASSNAHMEN

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG fördert die stete Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie eine transparente Kommunikation mit informierten Patientinnen und Patienten.

Begleitmaßnahmen sind als Unterstützung im Rahmen der Umsetzung des Landesgesundheitsplans zu sehen. Folgenden Themen kommt eine besondere Bedeutung zu: Personalentwicklung, Anreizsysteme, IT-Vernetzung, Bürgerbeteiligung und Gesundheitskommunikation.

12.1 PERSONALENTWICKLUNG

Das Wissen und die Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist die wichtigste Ressource für die Qualität, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsdienste. Neben der **kontinuierlichen Verbesserung der Kompetenzen** des bereits beschäftigten Personals mittels laufender **Aus- und Weiterbildung** stehen **Neugewinnung und Bindung qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** sowie die Sicherung ihrer **Leistungsbereitschaft** und Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt der betrieblichen Personalpolitik. All dies sind Voraussetzungen für ein erfolgreiches Personalentwicklungskonzept, welches stets im Rahmen einer nachhaltigen Betriebskultur zu erfolgen hat.

Kompetente, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit hoher Leistungsbereitschaft sind für eine gute Versorgung entscheidend.

Daher ist es Aufgabe des Sanitätsbetriebes im Planungszeitraum das Instrument der Personalentwicklung wirksam zu implementieren, da dieses einen Schlüsselfaktor zur Optimierung des Betriebserfolges darstellt. Der Betriebserfolg ist an der Qualität der Patientenversorgung und an der Intensität der Forschungs- und Lehrtätigkeit genauso messbar wie an Indikatoren zur Mitarbeiterzufriedenheit und am betriebswirtschaftlichen Ergebnis. Die Personalentwicklung stellt eine nicht delegierbare Aufgabe der Führungskräfte des Betriebes dar, da diese unweigerlich mit Ergebnisverantwortung verbunden ist. All dies entbindet die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jedoch nicht von der persönlichen Verantwortung für die eigene berufliche Entwicklung. Um einen hohen Durchdringungsgrad zu erreichen, wird die Steuerung der Personalentwicklung dort angesiedelt, wo sie wirken soll: Im klinischen, Verwaltungs- und technisch-pflegerischen Bereich. Nachfolgende Maßnahmen werden als besonders wichtig erachtet:

1. Umsetzung eines **integrierten Personalentwicklungskonzeptes**: Ausgangspunkt dafür ist die Personalplanung, welche als vorausschauende und gedankliche Vorbereitung aller Maßnahmen im Zusammenhang mit den zu erbringenden Arbeitsleistungen und den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verstehen ist. Weitere Eckpfeiler des Personalentwicklungskonzeptes sind ein klares Anforderungsprofil, eine gezielte Anwerbung des Personals, eine professionelle Personalauswahl, eine strukturierte Einführung in den Betrieb und in die Organisationseinheit, ein individuell angepasstes Aus- und Weiterbildungsprogramm zur kontinuierlichen Erweiterung der Kompetenzen sowie Maßnahmen zur nachhaltigen Mitarbeiterförderung und Laufbahnplanung (sowohl im Führungsbereich als auch im fachspezifischen Bereich). Die Definition und Umsetzung von Führungsgrundsätzen und die Nachwuchsförderung im Führungsbereich runden ein zukunftsorientiertes Personalentwicklungskonzept ab.

2. Wiederaufnahme der **Facharztausbildung** in den Krankenhäusern Südtirols durch ein Abkommen Österreich-Italien zur Anerkennung der Facharztausbildung.
3. Zügige Abwicklung des **Aufnahmeverfahrens** von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
4. Umsetzung eines nachhaltigen **Mitarbeitergewinnungs- und -bindungskonzeptes**.
5. Gezielte **Förderungen** für **junge Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin**, auch im Lichte eines geordneten Übergangs der Tätigkeit zwischen den Generationen sowie die Schaffung einer Anlaufstelle für Jungärztinnen und Jungärzte.
6. Maßnahmen zur Personalentwicklung und zur Erhaltung der Arbeitsmotivation über das gesamte Arbeitsleben aller Berufsgruppen, auch durch **Verstärkung der Forschungs- und Weiterbildungstätigkeiten** als institutioneller Auftrag des Sanitätsbetriebes.
7. Rechtliche Prüfung, ob die Aufnahme von Fachpersonal auch durch befristete Einstellung mit verpflichtendem Besuch von Sprachkursen und der Verpflichtung, innerhalb eines angemessenen Zeitraums den Nachweis über die Kenntnis der beiden Landessprachen zu erbringen, möglich ist.
8. Ausarbeitung eines spezifischen **Dienstleistungspakets** für Fachkräfte, die von außerhalb nach Südtirol kommen (Informationen über Förderungen für die Rückkehr von Fachkräften, Hilfe bei der Wohnungssuche und der Arbeitssuche für Familienangehörige usw.).
9. Weiterentwicklung und Vereinheitlichung der **Personalbedarfsberechnung** nach dem Vorbild staatlich und international gängiger Best-Practice-Beispiele und unter der Berücksichtigung eines effizienten Personaleinsatzes und der Qualitätsansprüche durch die Patientinnen und Patienten.
10. Fortführung der Maßnahmen zur kontinuierlichen **Aufwertung der nicht-ärztlichen Berufe**, sowohl mit Bezug auf die Übernahme von mehr Verantwortung im medizinischen und pflegerischen Alltag als auch in der Führung bzw. Koordinierung von Gesundheitsdiensten, auch um dem zunehmenden Ärztemangel nachhaltig zu begegnen.

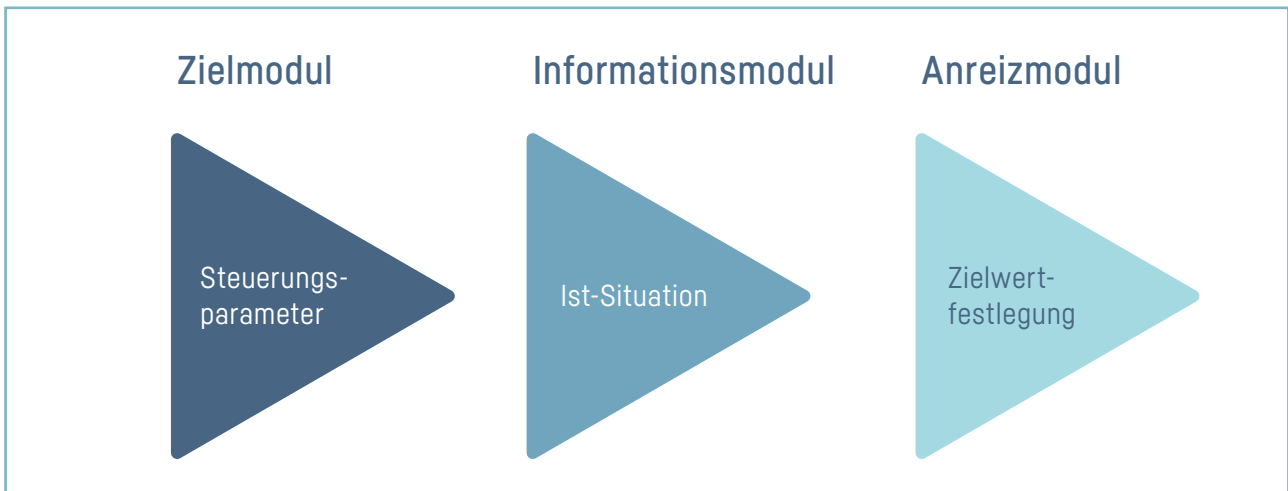
12.2 ANREIZSYSTEME

Um die Ziele des Landesgesundheitsplans zu erreichen, bedarf es neben der gemeinsam mit den Fachleuten des Südtiroler Sanitätsbetriebes erarbeiteten konkreten Maßnahmenliste auch der Anreize für eine zielgerichtete Umsetzung dieser. So kann die nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems – welche die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt hat – mittels transparenter, messbarer Vorgaben und flächendeckender Anwendung international gängiger Methoden, Instrumente und Prozesse der **„Clinical governance“** („klinische Steuerung“) garantiert werden.

Fehlanreize sollen dabei möglichst ausgeschlossen werden. Im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung soll ein periodisches Benchmarking gefördert werden.

Ein begleitendes Konzept unterstützt die Darstellung dieser relevanten Bereiche. Die Messung der Ziele erfolgt über Steuerungsparameter innerhalb des Zielmoduls. Die Steuerungsparameter müssen relevant für die Zielerreichung sein, können durch die Entscheidungsträger verändert werden und müssen Messbarkeit und Umsetzbarkeit gewähren. Ein Informationsmodul zeigt die Ist-Situation auf und steigert die Transparenz der gesetzten Maßnahmen (Benchmarking). Abschließend kann die Zielerreichung durch ein Prämiensystem unterstützt werden. Die Prämien sollen unter den Aspekten der Verhältnismäßigkeit, des Mindestniveaus und der Flexibilität gewählt werden.

ABBILDUNG 11: ANREIZ-PROZESS



Das Konzept ermöglicht zudem eine stufenweise Abwicklung des Anreiz-Prozesses:

1. Schritt: Definition und Monitoring von Steuerungsparametern (**Zielmodul**)
2. Schritt: Beschreibung der Ist-Situation, daraus ergeben sich konkrete Zielwertfestlegungen – ohne Gewährung von Anreizen (**Informationsmodul**)
3. Schritt: Implementierung des **Anreizmodules** (Prämienystem bei Zielerreichung)

12.3 IT-VERNETZUNG

Eine schnittstellen- und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erfordert neue Ansätze, die ganzheitliche IT-Konzepte und E-Health-Strategien gesamtheitlich berücksichtigen und zielgerichtet einbinden.

Dabei muss klar die **Dienstleistungsorientierung** für die Zielgruppen (Bevölkerung, Patienten/Patientinnen, Angehörige der Gesundheitsberufe, Gesundheitspolitik und -verwaltung etc.) beachtet werden. Die soziosanitären Behandlungs- und Betreuungsprozesse werden durch den Einsatz der Informations- und Kommunikationstechnik unterstützt und eine stärkere und qualitativ hochwertige Einbindung und Beteiligung der direkt Betroffenen und pflegenden Angehörigen möglich gemacht („**Empowerment**“). Darüber hinaus gilt es, die **Steuerung, Führung und Kontrolle der Gesundheitsdienste** zu verbessern sowie die Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sicherzustellen. Die Umsetzung von E-Health-Strategien fördert zudem die organisatorische und inhaltliche Erneuerung und Veränderung des Gesundheitssystems als Ganzes.

Zahlreiche Initiativen, beispielsweise die Vereinheitlichung der E-Health Lösungen, werden seit 2008 vom Gesundheitsministerium auf staatlicher Ebene in Abstimmung mit den Regionen und Autonomen Provinzen durchgeführt. Die Harmonisierung im Rahmen des „Neuen Gesundheits-Informationssystems“ (NSIS) bildet unter anderem die Voraussetzung für die Schaffung der wesentlichen Informationsebenen („Livelli essenziali di informazioni – LEI“). Diese sind grundlegend für die Unterstützung der Betreuung und die Digitalisierung von klinischen Dokumenten.

Die E-Government- und E-Health-Strategien des Landes Südtirols berücksichtigen die Leitlinien und die gesetzlichen Bestimmungen auf europäischer und staatlicher Ebene und werden in enger Abstimmung mit den Projekten und Initi-

ativen auf nationaler Ebene, wie dem System der Gesundheitskarte („sistema della tessera sanitaria“) und der Elektronischen Gesundheitsakte („FSE – Fascicolo sanitario elettronico“), umgesetzt. Für Südtirol sind folgende Handlungsfelder im Planungszeitraum zentral:

- Gewährleistung des Informationsaustausches zwischen den Krankenhäusern;
- Bereitstellung und Austauschmöglichkeit aller gesundheitsrelevanten Daten zwischen den Krankenhäusern und dem Territorium;
- direkter Datenfluss zwischen Sanitätsbetrieb und Landesabteilung für Gesundheit;
- Optimierung des Datenflusses zwischen Landesabteilung Gesundheit und den staatlichen Institutionen (Ministerien, AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, usw.).

Das Thema der konkreten IT-Vernetzung erfordert klare Rahmenbedingungen und Zielsetzungen mit Blick auf die Gesamtstrategie im Bereich E-Health und E-Government sowie die Einbindung aller Akteure, insbesondere des Territoriums und der Basismedizin.

Für den Südtiroler Sanitätsbetrieb ist das wesentliche strategische Planungsinstrument der im April 2016 vorgestellte **IT-Masterplan 2016-2018**. Er sieht die Einführung und Entwicklung einheitlicher landesweiter Informationssysteme für den Krankenhaus- und territorialen Bereich, die Verwaltung und die Basismedizin vor. Außerdem sind **Online-Dienste** (Vormerkung, Bezahlung, Befundabholung etc.) und **telemedizinische Dienste**, wie Fernberatungen, Ferndiagnosen, Fernüberwachung, Telerehabilitation und Telemedizin, für die Bürgerinnen und Bürger geplant. Herzstück der klinischen Versorgung ist die Einführung und Entwicklung der **Integrierten Patientenakte**. Diese wird von den verschiedenen Subsystemen gespeist und dokumentiert in ganzheitlicher Weise den Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten, deren/dessen Betreuungs- und Pflegebedürfnisse, ihre/seine Gesundheitsziele sowie Betreuungspfade. Die Patientenakte verfügt über hochwertige Funktionen wie z.B. das „Clinical Decision Support System“.

Die IT-Vernetzung
sorgt für einheitliche
Information.

Das Herzstück ist die
integrierte
Patientenakte.

Online- und
telemedizinische
Dienste rücken die
Leistungen näher zur
Bürgerin/zum Bürger.

In konkreter Umsetzung befinden sich bereits verschiedene Projekte und eine Prioritätenreihung in Zusammenhang mit den genannten Themen. E-Health-Strategien sind bereits auf verschiedenen Ebenen etabliert und werden laufend evaluiert und damit hinsichtlich ihres Fortschrittes und Zielerreichungsgrades überprüft. Zu nennen sind diesbezüglich:

- Entwicklung und Ausbau des Landesinformatiksystems;
- Einführung eines für die Landesabteilung Gesundheit und den Südtiroler Sanitätsbetrieb gemeinsamen Data-Warehouses;
- Errichtung eines einheitlichen Registers („registry“) und Landesarchivs („repository“) mit klinischen Unterlagen der Gesundheitsdienste;
- Ermöglichung einer eindeutigen Identifikation der Patientinnen und Patienten mittels einer einheitlichen Liste / meldeamtlicher Gesundheitsdatenerfassung;
- Digitalisierung des Verschreibungsverlaufs (digitale Rezepte und Krankenscheine);
- Einführung einer Elektronischen Gesundheitsakte des Bürgers („FSE“/Fascicolo sanitario elettronico) unter Voraussetzung und Berücksichtigung der staatlichen und internationalen Standards wie zum Beispiel HL7;

- Einrichtung eines einheitlichen Vormerksystems, das allen Altersgruppen einen ihren jeweiligen Fähigkeiten und Anforderungen entsprechenden Zugang zu innovativen Vormerkinstrumenten ermöglicht;
- Modernisierung des Südtiroler Sanitätsbetriebs mittels Einführung von Verfahren zur Unterstützung der Betriebsleitung durch gemeinsame landesweite Datasets;
- Modernisierung der Verwaltungsprozeduren gemäß den Richtlinien für die digitale Verwaltung („Codice Amministrativo Digitale“- CAD).

Alle Projekte und Initiativen müssen den Kriterien der Datensicherheit und des Datenschutzes entsprechen.

12.4 BÜRGERBETEILIGUNG UND GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Die Gesundheitssysteme der fortgeschrittenen Länder erleben derzeit einen tiefgreifenden Wandel: Fand sich der Patient/Bürger bisher in der Rolle des „passiven“ Nutznießers von Dienstleistungen, innerhalb eines „paternalistisch“ ausgerichteten Versorgungssystems, so ist heutzutage allorten der Anspruch auf selbstbewusste und **aktive Miteinbeziehung** und **Beteiligung** zu erkennen.

Patienten/innen und Bürger/innen sind immer informierter und erwarten sich eine aktive Miteinbeziehung.

Auch in Südtirols Gesundheitswesen ist dieser Paradigmenwechsel spür- und erkennbar. So sind beispielsweise die **Patienten- und Volontariatsorganisationen** über die gegenseitige Information und das Einholen von Stellungnahmen hinaus an viel umfassenderer Mitarbeit und Beteiligung zur Verbesserung der Dienstleistungen interessiert.

Es ist die Intention der politischen Verantwortungsträger, der Landesabteilung Gesundheit und auch des Managements des Sanitätsbetriebes, die Patienten- und Volontariatsorganisationen, die Gemeinden und Bezirksgemeinschaften, die **Sozialpartner** und verschiedenen **Verbände** sowie alle weiteren **Interessensvertreter („stakeholder“)** in die Entwicklung des Gesundheitssystems einzubinden, aus dem Bewusstsein heraus, dass das Recht auf qualitativ hochwertige und würdevolle Behandlung nur durch die Steigerung der Kunden- und Servicequalität und auf der Grundlage eines ganzheitlichen, humanistischen Menschenbildes verwirklicht ist.

Im Bemühen um eine menschliche und zeitgemäße Gesundheitsversorgung werden nämlich auch in Südtirol zusehends die **Nachteile mangelnder Partizipation** sichtbar: die Unangemessenheit in der Nachfrage nach Dienstleistungen und Diensten steigt, die Einhaltung therapeutischer und gesundheitlicher Vorgaben („compliance“) ist verbesserungsbedürftig, die Wirksamkeit von sogenannten „self-care“-Instrumenten ist kaum bewusst und es gibt nur wenige Modelle an gemeinsamen gesundheitlichen Entscheidungsprozessen.

Die Beteiligung der Patienten/innen und der Bevölkerung kann auf verschiedenen **Ebenen** erfolgen und ist von ihrem Wesen her sektorenübergreifend und multidisziplinär.

Konkret kann sie:

- die Erhöhung der persönlichen Gesundheitskompetenz der/des Einzelnen betreffen und damit präventiv sowie angemessen sein;
- die Gesundheit der einzelnen Patienten und Patientinnen und therapeutische Maßnahmen betreffen;

- sich auf die Gesundheitsdienste und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen beziehen, insbesondere die Zugänglichkeit zu stationären und fachärztlichen Einrichtungen, die Verfügbarkeit der Therapien, den Abbau der Wartezeiten, die Verbesserung der Krankenhaus-Versorgung und der Gesundheitsbetreuung vor Ort sowie die Beteiligung an klinischen und pharmakologischen Forschungsprojekten;
- die Bevölkerung und Patienten und Patientinnen im Rahmen von strukturierten Prozessen an Entscheidungen über Priorisierung, Planung und Organisation von Gesundheitsdiensten beteiligen.

Im Planungszeitraum sollen die **bestehenden Organe, Instrumente und Kanäle verstärkt und ausgebaut** werden. Insbesondere sollen:

- die Zusammenarbeit und Vernetzung mit Vereinen, Verbänden, Patienten- und Volontariatsorganisationen wie auch der Volksanwaltschaft gefestigt und gefördert werden;
- die Integration und Harmonisierung der verschiedenen Erwartungen und Perspektiven auf Landesebene vorangetrieben werden (Stakeholder-Management), um die Effizienz und Wirksamkeit des Gesamtsystems zu erhöhen;
- auf Betriebsebene landesweit einheitliche organisatorische und strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, mit klar definierten Schnittstellen von der bzw. zur Landesabteilung Gesundheit, um eine zeitgemäße Steuerung und Kontrolle der Informations-, Kommunikations- und Beteiligungsprozesse zu ermöglichen;
- spezielle Programme und Projekte zur Erhöhung der internen wie externen Kunden- und Servicequalität des Sanitätsbetriebes ins Leben gerufen werden, um die Humanisierung des Gesamtsystems voranzutreiben.

Weiteres werden folgende Schwerpunkte und Maßnahmen als prioritär erachtet:

- Entwicklung und Umsetzung eines integrierten Konzeptes der Gesundheitskommunikation auf Betriebsebene auf Basis der Zielvorgaben der Gesundheitspolitik;
- Auf- und Ausbau des betrieblichen Beschwerdemanagements und des Systems der Patienten- und Kundenzufriedenheitsbefragungen;
- Einführung wirksamer Informations- und Kommunikationsmittel und Maßnahmen zur Stärkung der Kompetenzen im Bereich Kommunikation, vor allem auch zwischen den Gesundheitsberufen und der Patientin und dem Patienten;
- Spezifische Kampagnen der Information, der Vorsorge und des Empowerments, auch mit Blick auf soziale Rand- bzw. benachteiligte Bevölkerungsgruppen;
- Verbesserung des Zugangs zu den Dienstleistungen durch neue Organisationsmodelle sowie Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. Telemedizin);
- Entwicklung von Modellen und Instrumenten der Partizipation zur Verbesserung und Entwicklung der Dienste und Dienstleistungen sowie zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Einzelnen /des Einzelnen.

13 PLANUNGSKREISLAUF UND AKTUALISIERUNG DES LGP

UNSERE GESUNDHEITSVERSORGUNG entwickelt sich laufend weiter und unterliegt einer kontinuierlichen Prüfung der gesteckten Ziele.

Ziel der Festlegung eines Planungskreislaufes ist es, den Prozess für die **laufende Weiterentwicklung des LGPs** sicherzustellen und zu gewährleisten, dass die **Umsetzung** – entsprechend den gesetzlichen Regelungen – laufend **gesteuert** wird.

13.1 STEUERUNG DER IMPLEMENTIERUNG DES LANDESGESUNDHEITSPLANES

Der jeweils aktuelle LGP enthält Maßnahmen, welche die Umsetzung der Ziele für eine nachhaltige und hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Die festgelegten Maßnahmen unterstützen die Erreichung dieser Ziele. Demzufolge ist eine priorisierende Umsetzungssteuerung der Maßnahmen notwendig. Für die Steuerung relevant sind:

- Management der jeweils umzusetzenden Maßnahmen;
- Permanenter Reflexionskreislauf;
- Laufende Verankerung der Ergebnisse im Landesgesundheitsplan und/oder im behördlichen Richtlinienprozess.

Die **jährliche Bewertung des Umsetzungsstandes**, welche die Grundlage zur Evaluierung und Festlegung der Maßnahmen im weiteren Verlauf der Umsetzung bildet, erfolgt nach folgenden drei Kriterien:

1. Qualität und Sicherheit der Leistungserbringung;
2. Auswirkung auf die Bevölkerung bzw. Patientinnen/Patienten;
3. Ökonomische Auswirkungen.

Laut den geltenden Bestimmungen des Landesgesetzes Nr. 7 vom 5. März 2001 obliegt die Aufgabe der Kontrolle über den Stand der Umsetzung des LGPs sowie die periodische Erarbeitung von Vorschlägen zur Lösung allfälliger Probleme, die bei der Durchführung des LGPs entstehen, dem Landeskomitee für die Planung im Gesundheitswesen, in der Folge **Plankomitee** genannt. Zur Unterstützung und wirksameren Wahrnehmung dieses Aufgabenbereiches kann das Plankomitee die fachliche Expertise einzelner oder mehrerer **externer Experten** einholen.

In diesem Sinne erarbeitet das Plankomitee mit fachlicher Unterstützung und gegebenenfalls auf Vorschlag der externen Experten einen **jährlichen Umsetzungsbericht**. Dieser Bericht zeigt anhand noch zu definierender Kennzahlen den Status der Umsetzung des Plans, aber auch Veränderungen von Rahmenbedingungen wie bspw. Patientenströme auf und enthält, sofern erforderlich, **Empfehlungen zur Umsetzungsadaptierung**. Dieser Bericht wird anschließend der Landesregierung zur Beschlussfassung übergeben. Die Beteiligung von externen Experten an der Umsetzungsüberprüfung sowie an der Erarbeitung der Empfehlungen für die weitere Vorgehensweise stärkt die unabhängige, fachliche Sichtweise von außen zur laufenden Bewertung der Umsetzung des LGPs.

Maßnahmencontrolling

Das Maßnahmencontrolling stellt nach folgendem Kreislauf sicher, dass die im Landesgesundheitsplan festgelegten Maßnahmen auch umgesetzt werden.

ABBILDUNG 12: KREISLAUF WIRKUNGSKETTE



Für die Auswahl der Maßnahmen wurde folgende Wirkungskette erstellt:

Zielsetzung	Strategien	Indikatoren	Maßnahmen
Sicherstellung einer flächen-deckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> abgestuftes Versorgungsangebot nach Referenzzentren, Schwerpunktleistungen und Leistungen der Basisversorgung Schaffung von Versorgungsangeboten, die der demografischen Entwicklung und der Entwicklung der Krankheitsbilder und des Pflegebedarfs entsprechen gleichbleibende Qualität Reduktion der Hospitalisierungsrate Senkung der Belagstagedichte Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs im Sinne der Betreuungskontinuität bei der Verlagerung von Diensten und Leistungen vom stationären Bereich in den Bereich der wohnortnahen Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der für die Umsetzung der Betreuungspfade notwendigen territorialen Einrichtungen und Dienste einschließlich Gesundheits- und Sozialzentren, Subakut und Übergangsbetten Übernahme der Patienten und Patientinnen mit chronischen Erkrankungen durch territoriale Strukturen und Dienste wie von den Betreuungspfaden vorgesehen Anzahl von wirksamen durchgängigen Betreuungspfaden Entwicklung des Patientinnen- und Patienten-Saldos Befragungen der Bürgerinnen und Bürger, Patienten- und Patientinnen Entwicklung vollstationärer Aufnahmen je 1.000 Einwohner Entwicklungen Belagstage je 1.000 Einwohner 	Gemäß Maßnahmenliste
Optimierung der Leistungserbringung unter bestmöglicher Nutzung von Synergien in allen Bereichen (Krankenhaus/ Territorium/Soziosanitär) sowohl medizinisch als auch administrativ. Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patienten keinen direkten Nutzen stiften.	<ul style="list-style-type: none"> Abgestuftes Leistungsprofil der Krankenhäuser Substitution von vollstationärer Leistungserbringung mit tagesklinischer bzw. ambulanter Leistungserbringung Betriebsorganisationsmodell nach unternehmerischen Gesichtspunkten 	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzung des abgestuften Leistungsprofils Prozentsatz der jeweiligen Leistungen Entwicklung der Belagstagedichten im Verhältnis zur Entwicklung der territorialen Leistungserbringung bzw. Pflagetage in Senioren- und Pflegeheimen Verhältnis der direkten medizinischen Kosten zu sonstigen Kosten Erfüllungsgrad des Standardkostenmodells 	
Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems – insbesondere des medizinischen Fortschritts	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierung der medizinischen Versorgung unter Effektivitäts- und Effizienzkriterien Innovationen, die die Versorgung der Patientinnen/der Patienten verbessern und den Effektivitäts- und Effizienzkriterien entsprechen 	<ul style="list-style-type: none"> Einhaltungsgrad von Ausgabenvorgaben Lückenlose Umsetzung von Innovationen, die die Versorgung der Patientinnen/der Patienten verbessern und den Effektivitäts- und Effizienzkriterien entsprechen Eintreibungsquote bei nicht in Südtirol ansässigen Patienten und Patientinnen 	

Tabelle 6: Wirkungskette Landesgesundheitsplan

Mit der Überprüfung und Steuerung der Maßnahmen wird die Kausalität zu den Strategien und die Wirkung zu den Zielen beurteilt. Wenn in dieser Evaluierung Maßnahmen nicht ihre Wirkung zeigen, sind sie entsprechend zu korrigieren und anzupassen. Somit ist ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess gewährleistet.

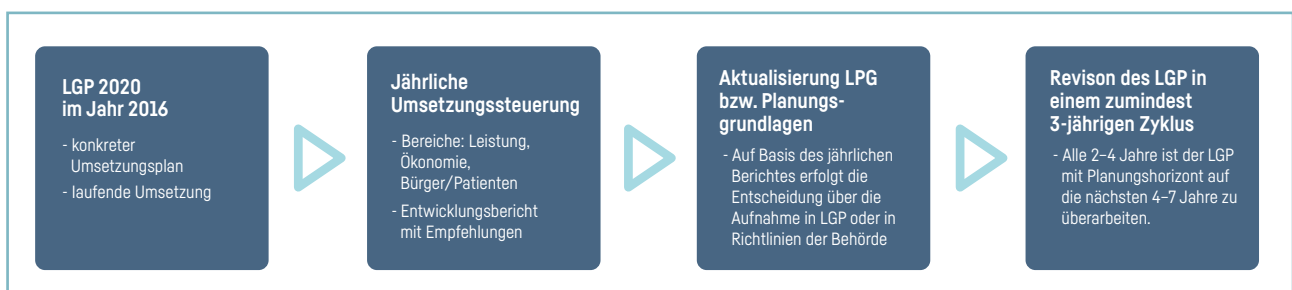
13.2 WEITERENTWICKLUNG DES LANDESGESUNDHEITSPLANES

Mit der Erstellung des vorliegenden LGPs 2016-2020 wurde die Basis für die künftige Bereitstellung der Angebotsstruktur zur Gesundheitsversorgung der Südtiroler Bevölkerung geschaffen. Um den laufenden Veränderungen in der medizinischen Entwicklung sowie Änderungen im Leistungsbedarf der Bevölkerung Rechnung zu tragen, ist der LGP laufend zu aktualisieren bzw. weiterzuentwickeln.

In diesem Zusammenhang wird einerseits Rücksicht auf die **Planungssicherheit der Leistungsanbieter** und andererseits auf die **Entwicklung des Leistungsbedarfes** Rücksicht genommen.

Neben den aktuellen Anpassungen auf Basis der Umsetzungssteuerung des LGPs, ist der LGP selbst im Zeitraum von jeweils 2-4 Jahren zu überarbeiten und der entsprechende Rahmen für den Planungshorizont auf jeweils 4-7 Jahre auszuweiten. Im Fall Südtirols sollte die nächste Revisionierung, einschließlich jener der Bettenplanung unter Berücksichtigung der medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen sowie der bis dahin erzielten Ergebnisse in der vorliegenden Planung, somit 2019 mit einem möglichen Planungshorizont von 2025 erfolgen.

ABBILDUNG 13: SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER UMSETZUNGSSTEUERUNG UND WEITERENTWICKLUNG DES LGPS.



14 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

GESUNDHEIT 2020 SICHER. GUT. VERSORGT.

Der vorliegende Landesgesundheitsplan stellt sowohl die Vision als auch die Grundlage für die Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung in Südtirol dar. Er versteht sich als ein **Rahmenplan**, der die Gestaltung der Gesundheitsversorgung mit ausreichend Planungssicherheit ausstattet, aber gleichzeitig so flexibel gestaltet ist, dass auf sich verändernde Rahmenbedingungen entsprechend reagiert werden kann. Die im Plan definierten **Zielsetzungen** und **Strategien** werden die hohe medizinische Versorgungsqualität auch in Zukunft sicherstellen.

Die zukünftige Gesundheitsversorgung soll sich, neben der qualitativ hochwertigen Versorgung bereits erkrankter Menschen, verstärkt in die Richtung bewegen, dass die Bürger und Bürgerinnen durch Prävention, **Gesundheitsvorsorge** und auch durch die Stärkung der **Eigenverantwortung** erst gar nicht zu Patienten oder Patientinnen werden, sondern ihre Gesundheit möglichst lange selbstständig und eigenverantwortlich wahren und bewusst leben können.

Im Rahmen der Stärkung der **wohnortnahen Gesundheitsversorgung** gilt die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung im Netzwerk als ein Schlüsselfaktor für die angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Ziel ist es, die vorwiegend am Akutgeschehen orientierte, abwartende Versorgung in den Krankenhäusern um eine salutogenetische, Initiative ergreifende, bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung über die wohnortnahen Einrichtungen – im Sinne des **Chronic Care Models** – zu ergänzen. Das Chronic Care Model umfasst das Management von chronischen Erkrankungen unter Miteinbeziehung aller im Sozial-, Gesundheits- und Gesellschaftswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Evidenzbasierte Veränderungskonzepte führen im Zusammenspiel zwischen informierten und aktiven Patientinnen und Patienten und einem vorbereiteten und proaktiven Praxisteam zu verbesserten Gesundheitsergebnissen.

Für die wohnortnahe Versorgung ist die verstärkte **Integration zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich** von herausragender Bedeutung. Im Sinne einer echten Betreuungskontinuität sind hierbei alle Initiativen zur besseren Zusammenarbeit der jeweiligen Dienste untereinander und aller territorialen Dienste mit den Einrichtungen der Akutversorgung zu fördern. Eine engmaschigere Vernetzung im Bereich der Allgemeinmedizin, das flächendeckende Angebot von Gesundheits- und Sozialsprengeln, der sukzessive Ausbau des dort angebotenen Leistungsumfangs und die gute Zusammenarbeit der entsprechenden Dienste: All dies sind unverzichtbare Voraussetzungen für eine wirksame wohnortnahe Versorgung „aus einer Hand“ und sichern einen hohen Leistungsstandard.

Die stationär zu betreuenden Patientinnen und Patienten werden in einem **landesweiten Krankenhausverbund** versorgt, in welchem die Leistungsabstimmung zwischen den sieben Krankenhausstandorten, im Sinne der Patientinnen und Patienten und unter Berücksichtigung der einheitlichen Verantwortung auf betrieblicher Ebene intensiviert wird. Die Vernetzung aller Krankenhausstandorte bietet den Bürgerinnen und Bürgern einen **gleichwertigen Zugang** zu einer landesweit abgestimmten Versorgungslandschaft und ermöglicht einen **nahtlosen Übergang** zwischen den einzelnen Diensten und Einrichtungen innerhalb des Netzwerkes. Sie garantiert ein **abgestimmtes Leistungsangebot**, das sich an den Prinzipien von Angemessenheit, Qualität, Nachhaltigkeit und Sicherheit in der Leistungserbringung ausrichtet, und stellt sicher, dass die/der einzelne Patientin/Patient am „**Best Point of Service**“ betreut wird.

Die vernetzte Leistungserbringung funktioniert daher entsprechend einem **abgestuften Versorgungssystem**, in welchem hochkomplexe Eingriffe und Behandlungen primär am Landeskrankenhaus Bozen erbracht werden, wobei hochspezialisierte Leistungen auch in den anderen Gesundheitsbezirken verortet werden können. Die Krankenhäuser in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck sind gemäß dem Prinzip „**Ein Krankenhaus – zwei Standorte**“ organisiert, welche in dieser Form die Akutversorgung der Bevölkerung des jeweiligen Einzugsgebietes abdecken. Für die Grundversorgungsstandorte gilt es moderne und bereichsübergreifende Versorgungskonzepte zu implementieren und weiter zu entwickeln, um die wichtige Rolle dieser Standorte im landesweiten Stufenmodell noch weiter zu stärken und die Versorgungswirksamkeit nachhaltig zu gewährleisten.

Im Sinne einer nachhaltigen Planung der Gesundheitsversorgung enthält der Landesgesundheitsplan Grundsätze und Richtlinien in den Bereichen **Großgeräteplanung** und Umgang mit **Innovationen** sämtlicher Art.

Um die wirksame Implementierung der im LGP festgeschriebenen Grundsätze, Ziele und Maßnahmen zu erreichen, sieht der Plan einerseits eine Reihe von **unterstützenden Begleitmaßnahmen** (Personalentwicklung, Anreizsysteme, IT-Vernetzung, Bürgerbeteiligung und Gesundheitskommunikation) vor und schreibt andererseits eine laufende, von externen Fachleuten unterstützte **Überprüfung des Umsetzungsstandes** der Planung fest.

In ihrer Gesamtheit zielen alle diese Maßnahmen darauf ab, den eingeschlagenen Weg in Richtung Gesundheitsversorgung 2020 und darüber hinaus konsequent weiterzuverfolgen und das Südtiroler Gesundheitssystem damit wirksam, ökonomisch tragbar und nachhaltig für die Zukunft zu gestalten.

Bozen, im November 2016

15 LITERATURVERZEICHNIS

Barlow J., Wright C., Sheasby J., Turner A., Hainsworth J. (2002): „Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review.“, *Patient Education and Counseling*, 48(2):177-87.

Department für Gesundheitsvorsorge des Südtiroler Sanitätsbetriebes (2016): „Landespräventionsplan 2016-2018“, URL: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/vorsorge/2564.asp>, [Stand 07.04.2016].

Gesundheit Österreich GmbH (2012): „Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan“.

Lecci F., Longo F. (2004): „Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN“, in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, Milano.

Lega F., Longo F. (2001) „Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto“, in *Mecosan*, n. 41.

Longo F. (1998): *ASL, Distretto, medico di base. Logiche e strumenti di management*, EGEA Milano.

Longo F. (2002): *Le tendenze degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie*“, in E. Anessi Pessina, E. Cant (a cura di), *Rapporto OASI 2001, L'Aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA Milano.

Longo F. (2003): „Il ruolo delle cure domiciliari nel welfare italiano: attori, strategie, costi, modelli istituzionali e management“, in L. Scaffino, S. Casazza, P.M. Zannier, F. Clerici (eds.), *Cure domiciliari. La partnership tra pubblico e privato*, Milano.

Longo F. (2005): „Governance dei network di pubblico interesse: strumenti operativi economico aziendali“, Egea, Milano.

NHS, Modernisation Agency und Department of Health (2002): „Chronic Disease Management“.

Progetto Bersaglio S. Anna di Pisa: „Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali“, URL: <http://performance.sssup.it/netval/start.php>, [Stand 07.06.2016].

Ressort für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit (2015): „Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015, Gesundheitsversorgung Südtirol 2020“.

The World Health Report (2001): „Mental Health: New Understanding, New Hope“, World Health Organization, Genf.

Wagner et al. (2006): „Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke“, *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100, 365-374.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006): „Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung“, *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38 (1), 189-192.

16 ANHANG A – ANGEBOTSPLANUNG

TABELLE A.1: BETTENPLAN AKUTBETTEN

Bettenplan Akutbetten für öffentliche und konventionierte Strukturen ¹⁾					
Makro-Fach	Gesundheitsbezirk				Summe der Betten je Makro-Fach
	Bozen	Brixen	Bruneck	Meran	
Chirurgie	195	118	97	128	538
Frau/Mutter-Kind	84	44	36	74	238
Intensiv und Überwachung	14	6	6	9	35
Medizin (inkl. intermediäre Pflege)	349	83	90	157	679
Psychiatrie	32	17	14	15	78
Summe der Betten je Krankenhaus	674	268	243	383	1.568
Bettenaufteilung	KH Bozen ²⁾ : 674	KH Brixen ³⁾ : 209 KH Sterzing ⁴⁾ : 59	KH Bruneck ³⁾ : 200 KH Innichen ⁴⁾ : 43	KH Meran ³⁾ : 312 KH Schlanders ⁴⁾ : 71	

¹⁾ Aufgrund der Vorgaben für die Geburtshilfe kann es zu einer entsprechenden Veränderung der Bettenstruktur kommen. Subintensiv-Betten sind je nach Krankenhaus in den Fachbereichen enthalten.

²⁾ Krankenhaus der Stufe 2

³⁾ Krankenhaus der Stufe 1

⁴⁾ Krankenhaus der Grundversorgung

TABELLE A.2: ANZAHL DER FÄCHER PRO MAKRO-FACH

Makro-Fach	Anzahl von Fächern
Medizin	16
Chirurgie	8
Frau/Mutter-Kind	5
Postakute Versorgung	3
Intensiv und Überwachung	2
Psychiatrie	1

TABELLE A.3: PLANAUSLASTUNG DER MAKRO-FÄCHER

Makro-Fach	Plan-Auslastung
Medizin	85%
Chirurgie	80%
Frau/Mutter-Kind	75%
Intensiv und Überwachung	75%
Psychiatrie	85%

TABELLE A.4: ZUORDNUNG DER FÄCHER

CHIRURGIE
Allgemeine Chirurgie
Augenheilkunde
Gefäßchirurgie
HNO
Neurochirurgie
Orthopädie und Traumatologie
Urologie
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
INTENSIV UND ÜBERWACHUNG
Beobachtungsstation
Intensivtherapie
MEDIZIN
Allgemeinmedizin
Aufnahme
Dermatologie
Endokrine Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen
Gastroenterologie
Geriatric
Hämatologie
Infektionskrankheiten und Tropische Krankheiten
Kardiologie

Koronareinheit
Medizin
Nephrologie
Neurologie
Stroke Unit
Onkologie
Pneumologie
FRAU/MUTTER-KIND
Gynäkologie und Geburtshilfe
Intensivtherapie der Neonatologie
Kinderchirurgie
Kinderneuropsychiatrie
Pädiatrie
PSYCHIATRIE
Psychiatrie
POSTAKUTE VERSORGUNG
Langzeitpflege
Neuro-Reha
Wiederherstellung und funktionelle Reha

TABELLE A.5: BETTENPLAN POSTAKUTBETTEN

Bettenplan Postakutbetten für öffentliche und konventionierte Strukturen*				
Gesundheitsbezirk	Funktionelle Reha [Kodex 56]	Neuro-Reha [Kodex 75]	Langzeitpflege [Kodex 60]	Summe
Bozen	93	10	67	170
Meran	42	0	53	95
Brixen	20	15	28	63
Bruneck	20	0	28	48
Summe	175	25	176	376

* Anmerkung: Die Verteilung der Betten zwischen den Gesundheitsbezirken kann unter der Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit geändert werden.

17 ANHANG B – RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND RAHMENBEDINGUNGEN

Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, Neuregelung des Landesgesundheitsdienstes

Landesgesetz vom 5. November 2001, Nr. 14, Bestimmungen im Bereich Planung, Buchhaltung, Controlling und Vertragstätigkeit des Landesgesundheitsdienstes

Landesgesetz vom 2. Oktober 2006, Nr. 9, Änderung der Ordnung des Landesgesundheitsdienstes

Landesgesetz vom 3. Juli 2006, Nr. 6, Schutz der Gesundheit der Nichtraucher und Bestimmungen im Bereich des Sanitätspersonals

Landesgesetz vom 15. November 2002, Nr. 14, Bestimmungen über die Grundausbildung, die Fachausbildung und die ständige Weiterbildung sowie andere Bestimmungen im Gesundheitsbereich

Die Artikel 39 und 40 des Landesgesetzes 5. März 2001, Nr. 7, und der Beschluss der Landesregierung vom 17. Februar 2003, Nr. 406, regeln das Bewilligungsverfahren der Gesundheitseinrichtungen, in denen Fachleistungen und anderen Leistungen erbracht werden, und zwar ambulant oder im Rahmen des Hauspflegedienstes, einschließlich Krankenpflege, Rehabilitation sowie Instrumental- und Labordiagnostik und die Bewilligung der Freiberufler, welche eine nicht komplexe medizinische Tätigkeit in der eigenen Praxis oder am Wohnsitz der Patientinnen und Patienten ausüben.

Landesgesundheitsplan 2000-2002 (Beschluss der Landesregierung vom 19. Juli 1999, Nr. 3028)

Landespräventionsplan 2016-2018 (Beschluss der Landesregierung vom 22. Dezember 2015, Nr. 1546)

Gesetz Nr. 296 vom 27. Dezember 2006, Art. 1, Abs. 796 zur institutionellen Akkreditierung der Gesundheitseinrichtungen

Wesentliche Betreuungsstandards (Livelli essenziali di assistenza-LEA: Gesetzesvertretendes Dekret Nr. 502 von 1992, aktualisiert mit gesetzvertretendem Dekret Nr. 229 von 1999, und vom Gesetz Nr. 405 von 2001, Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 29. November 2001 (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri)

Dekret des Präsidenten des Ministerrates vom 16. April 2002, Einvernehmen Staat-Regionen vom 11. Juli 2002 und staatlicher Plan zur Eindämmung der Wartezeiten 2006-2008

Gesetzesdekret vom 6. Juli 2012, Nr. 95, Dringende Maßnahmen zur Revision der öffentlichen Ausgaben ohne Beeinträchtigung der Dienste für die Bürger, so genannte spending review, umgewandelt mit Änderungen durch das Gesetz vom 7. August 2012, Nr. 135

Ministerialdekret vom 2. April 2015, Nr. 70, Qualitative, strukturelle, technologische und quantitative Standards für die Krankenhausbetreuung (standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)

Einvernehmen Staat-Regionen vom 16. Dezember 2010 betreffend die Qualität, Sicherheit und Angemessenheit der Leistungen bei den Geburten

Gesundheitsabkommen "Patto per la Salute" 2014-2016 vom 10. Juli 2014

Staatlicher Gesundheitsplan 2006-2008

Staatlicher Präventionsplan 2014-2018

Staatlicher Plan für chronische Erkrankungen („Piano Nazionale della Cronicità“), Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz vom 15. September 2016

Grenzüberschreitende Gesundheitsbetreuung: EU-Richtlinie 2011/24, mit gesetzvertretendem Dekret Nr. 38 vom 4. März 2014 und mit Landesgesetz vom 19. Juni 2014, Nr. 4, rezipiert

Beschluss der Landesregierung Nr. 690 vom 21. Juni 2016, "Genehmigung der Leistungsprofile der Grundversorgungskrankenhäuser"

www.provinz.bz.it/ressorts/wohlfahrt

KONTAKT

Landhaus 12

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1

39100 Bozen

T +39 0471 41 80 10

F +39 0471 41 80 09

welfare@provinz.bz.it