



AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Ressort Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit



Gesundheitsversorgung Südtirol 2020

Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015



Gesundheitsversorgung Südtirol 2020

In Verantwortung

*„Es ist nicht entscheidend, dorthin zu laufen,
wo der Puck ist, sondern dorthin, wo er als
nächstes sein wird.“*

*Martha Stocker frei nach Wayne Gretzky,
Eishockey-Idol*

Der Auftrag zu einer Reform des Südtiroler Gesundheitssystems wurde im Koalitionsprogramm 2013-2018 festgeschrieben. Es geht davon aus, dass Südtirol trotz der enormen Herausforderungen auch für die Zukunft eine Gesundheitsversorgung garantiert, die steuerfinanziert die essentiellen medizinischen Dienstleistungen für die Menschen bereitstellt. Dafür gilt es, die Selbstverantwortung jedes und jeder einzelnen zu stärken und damit sowohl die Angemessenheit sowie die Vorsorge im Sinne auch der Nachhaltigkeit mit zu denken.

Die höchste Qualität der Dienstleistungen, die Sicherheit und die Grundversorgung der Menschen sind in allem die leitenden Grundprinzipien, denen der ausgearbeitete Konzeptvorschlag für das zukünftige Modell der Südtiroler Gesundheitsversorgung verpflichtet ist. Das Modell ist auch und vor allem in der Ausrichtung auf morgen festgelegt.

Diese Gesamtverantwortung für die Zukunft macht selbstverständlich Veränderungen notwendig, die manchmal auch schmerzhaft sein können. Für die Zukunftssicherung sind sie jedoch erforderlich.

Martha Stocker

Martha Stocker

Landesrätin für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit



INHALT

DER AUFTRAG	6
DIE AUSGANGSLAGE	6
Südtirol im Vergleich zu den Nachbarregionen	7
Laufende Ausgaben für den Gesundheitsdienst im Vergleich zum BIP	8
DIE HERAUSFORDERUNGEN	10
Alternde Gesellschaft und Zunahme chronischer Erkrankungen	10
Geänderte Erwartungen	10
Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten	11
Geänderte rechtliche Rahmenbedingungen	11
DER ANSATZ: DIE REFORM IST EIN PROZESS	13
DAS ZIEL: DIE HOHE MEDIZINISCHE VERSORGUNGSQUALITÄT AUCH IN ZUKUNFT SICHERSTELLEN....	14
Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge	14
Innovation und Forschung	15
DIE ZENTRALEN HANDLUNGSFELDER DER REFORM	16
Gesundheitsversorgung vor Ort stärken	15
Pilotprojekte.....	17
Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	17
7 Krankenhäuser sichern	17
Betriebliche Organisation und Prozesse optimieren	19
Führungs- und Verwaltungsstruktur neu ordnen	21
FINANZIERBARKEIT SICHERN - ERGEBNIS	25
DER ENTWICKLUNGSFAHRPLAN DER REFORM.....	28
UMSETZUNGSSTEUERUNG.....	29
DANK.....	30



Der Auftrag

Der Auftrag zur Gesundheitsreform ergibt sich wesentlich aus dem Koalitionsabkommen für die Legislaturperiode 2013 -2018. Unter dem Bereich 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 demographischen 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.

Die Ausgangslage

Mit der Reform des Gesundheitssystems 2001 wurden die 4 Sanitätseinheiten in 4 Sanitätsbetriebe umgewandelt. Der aktuell immer noch gültige Landesgesundheitsplan ist für den Zeitraum 2000-2002 erarbeitet worden. Durch die zweite Gesundheitsreform im Jahr 2007 wurden die 4 Sanitätsbetriebe in einen Südtiroler Sanitätsbetrieb mit 4 großteils eigenständigen Gesundheitsbezirken zusammengeführt.

Das derzeitige Südtiroler Gesundheitssystem ist wie folgt gegliedert:

1 Südtiroler Sanitätsbetrieb

4 Gesundheitsbezirke

7 Krankenhäuser

5 vertragsgebundene Kliniken bzw. Reha-Zentren (privat geführt)

20 Gesundheitssprengel

273 Hausärztinnen und Hausärzte

61 Kinderärztinnen und -ärzte freier Wahl

119 Apotheken

...sowie zahlreiche Partner wie z.B. die Rettungsorganisationen, private Fachärztinnen und Fachärzte, Patientenvereinigungen, Selbsthilfegruppen u.a.m.



Südtirol im Vergleich zu den Nachbarregionen

Region	Prov. Südtirol (2013) ①	Prov. Trentino (2013) ①	Prov. Udine (2013) ②	Prov. Belluno (2013) ③	Tirol (2013) ④	Vorarlberg (2013) ④	Steiermark (2013) ④
Einwohner ①	508.551	530.038	537.943	209.430	721.732	375.130	1.214.738
Anzahl Allg. Krankenhäuser	7	7	3	6	8	5	14
Akut-Betten (stat. + Day Hospital.)	1.704	1.329	1.714	903	3.746	1.459	4.359
Betten/1000 EW	3,4	2,5	3,2	4,3	5,2	3,9	3,6
davon Day-Hospital Betten	179	172	205	81			

Datenquelle:

- ① für Südtirol: Datenbank der Betreuungsberechtigten 2013 (Südtirols Bevölkerung laut ISTAT: 515.714 Einw.); für andere Regionen/Provinzen: ISTAT
 ② von der Region Friaul Julisch Venetien mitgeteilte Daten über die Provinz Udine
 ③ von den Sanitätsbetrieben von Belluno und Feltre gelieferte Daten
 ④ www.statistik.at und Daten von Tilak

Im Vergleich mit Österreich liegt Südtirol mit den Betten je tausend Einwohner unter Schnitt, während wir im staatlichen Vergleich noch über dem Schnitt liegen. Auf europäischer Ebene ist hierzu einiges in Bewegung, wobei die Bettenanzahl auch damit zusammenhängt, ob es ein Mehr oder Weniger an Gesundheitsstrukturplanung gibt und/oder ob die Bettenanzahl stärker marktwirtschaftlich und auf DRG-Erlöse ausgerichtet ist. So hat z.B. Bayern mit 6,1 Betten auf 1.000 Einwohner eine noch deutlich höhere Anzahl als das Bundesland Tirol, dagegen stehen die nordischen Länder, z.B. Schweden mit 2,6 Betten auf 1.000 Einwohner (und dies in wesentlichen Bereichen mit deutlich besseren Gesundheits-Daten als die BRD).

In Italien gab die „Spending Review“ zuletzt weitere Einschränkungen vor.

Spending Review

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben der „Spending Review“ ergibt sich die Notwendigkeit, den landesweiten Bettenplan in der Akutversorgung und im Bereich der Rehabilitation weiter zu reduzieren.

Mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 2016 vom 27.12.2012 wurde beschlossen, dass aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (3 Betten pro 1.000 Einwohner) 216 Akutbetten abzubauen sind, wobei die Aufteilung im Gesundheitsbezirk Bozen einen Abbau von 30 Betten, im Gesundheitsbezirk Meran von 67 Betten, im Gesundheitsbezirk Brixen von 75 Betten und im Gesundheitsbezirk Bruneck von 45 Betten vorsieht. Zusätzlich sind 61 Reha-Betten abzubauen.

Der Beschluss der Landesregierung Nr. 406 vom 18.03.2013 legte fest, dass 30% der abzubauenden Akutbetten und 30% der abzubauenden Reha-Betten innerhalb 31.12.2013 abzubauen sind. Dies entspricht einem Abbau von 65 Akutbetten, wobei 20 Betten im Bezirk Bozen, 18 im Bezirk Meran, 14 im Bezirk Brixen und 13 im Bezirk Bruneck abzubauen sind. In Martinsbrunn betrifft es 20 Reha-Betten.

Zum Überprüfungszeitpunkt 31.10.2014 sind von den 216 abzubauenden Akut-Betten bereits 84 abgebaut worden, von den vorgesehenen 61 Reha-Betten insgesamt 22.



Daraus ergibt sich nachstehender Stand der laut den Spending Review-Vorgaben zulässigen Bettenanzahl im Akut- und im Reha-Bereich:

Bettenabbau laut Spending review	Summe Akutbetten (IST-Stand) insgesamt zum 31.10.2014	Summe Akutbetten zulässig laut Spending Review pro GB (3 Betten/1000 EW)	Summe Rehabetten insgesamt zum 31.10.2014	Summe Rehabetten zulässig laut Spending Review (0,7 Betten/1000 EW)
GB Bozen	742	732	167	123
GB Brixen	267	210	47	55
GB Bruneck	255	222	29	41
GB Meran	425	393	153	135
Gesamtergebnis	1689	1557	396	354

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb, Controlling

Mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 1569 vom 23.12.2014 wurden die obgenannten Beschlüsse bestätigt und festgelegt, dass der Zeitraum für den Abbau der restlichen Akut- und Reha-Betten im Rahmen des Reformprozesses definiert wird.

Noch abzubauenen Betten pro Bezirk Stand 31.10.2014 (Differenz)	Erforderlicher Abbau von Akutbetten pro GB	Erforderlicher Abbau von Rehabetten pro GB
GB Bozen	10	44
GB Brixen	57	*-8
GB Bruneck	33	*-12
GB Meran	32	18
Gesamtergebnis	132	42

*Umwandlung von Akut-Betten in Reha-Betten vorgesehen

Laufende Ausgaben für den Gesundheitsdienst im Vergleich zum BIP

	2008	2009	2010	2011	2012
Piemont	6,35	7,74	7,66	7,36	7,38
Aosta-Tal	6,08	7,21	7,28	7,30	7,31
Lombardei	5,16	6,00	6,02	5,96	6,05
Trentino-Südtirol	6,06	6,71	6,75	6,67	6,82
<i>Bozen</i>	6,38	6,63	6,64	6,46	6,55
<i>Trient</i>	5,71	6,81	6,87	6,90	7,13
Veneto	5,64	6,61	6,59	6,35	6,47
Friaul-Julisch-Venetien	6,55	7,73	7,62	7,55	7,68
Ligurien	7,21	8,48	8,60	8,29	8,19
Emilia-Romagna	5,51	6,56	6,60	6,37	6,47
Toskana	6,35	7,59	7,52	7,36	7,18

Quelle: ISTAT (health for all)



Das Verhältnis der laufenden Ausgaben für den Gesundheitsdienst zum BIP ist in Südtirol niedriger als in einigen anderen oberitalienischen Regionen, mit Ausnahme des Veneto, der Emilia-Romagna und der Lombardei. Das BIP des Landes Südtirol würde daher auch eine höhere Ausgabe im Gesundheitsdienst rechtfertigen. Für eine schlüssige Aussage ist in dieser Überlegung jedoch ein zweiter Vergleichswert heranzuziehen, nämlich das Verhältnis der Ausgaben für den Gesundheitsdienst im Verhältnis zur Bevölkerungsanzahl.

Ausgaben für den Gesundheitsdienst pro Einwohner

Angaben in €

	2010	2011	2012	2013
Piemont	1.922	1.906	1.904	1.847
Aosta-Tal	2.187	2.237	2.193	2.160
Lombardei	1.825	1.850	1.814	1.807
Trentino-Südtirol	2.054	2.084	2.145	2.084
<i>Bozen</i>	2.219	2.235	2.307	2.231
<i>Trient</i>	1.895	1.943	1.990	1.943
Veneto	1.754	1.745	1.734	1.724
Friaul-Julisch-Venetien	2.001	2.045	2.060	2.040
Ligurien	2.070	2.061	2.019	1.999
Emilia-Romagna	1.850	1.863	1.893	1.872
Toskana	1.889	1.902	1.853	1.813

Quelle: ISTAT (health for all)

In diesem Vergleich ist festzuhalten, dass Südtirol – eben auch aufgrund des höheren BIP pro Einwohner – pro Person mit etwa 2.300 Euro pro Jahr am meisten der Regionen Oberitaliens ausgibt und z.B. Ligurien „nur“ 2.000 Euro oder Piemont „nur“ 1.900 Euro pro Einwohner pro Jahr. Hinzuzufügen bleibt, dass Südtirol zudem Leistungen von hoher Versorgungsqualität gewährleistet.

Die derzeitige Haushaltsslage Südtirols ermöglicht nur wenig Spielraum für eine Anhebung der Mittel für die Gesundheitsdienste, außer es werden Mittel aus anderen Bereichen zur Verfügung gestellt. Klar ist aber auch, dass die Sanität schon aufgrund der demografischen Entwicklung ein Wachstumsbereich bleibt.

Dazu der Landeshauptmann in seiner Rede zum Haushalt 2015:

„... Also, wer glaubt, dass wir künftig weniger für unsere Gesundheit ausgeben oder ausgeben können, der irrt. Was wir aber tun müssen, ist die Kostensteigerung einzudämmen, damit der Bereich finanzierbar bleibt, damit wir nicht Leistungen einsparen müssen, damit wir nicht auf Kosten der Bürger sparen.“



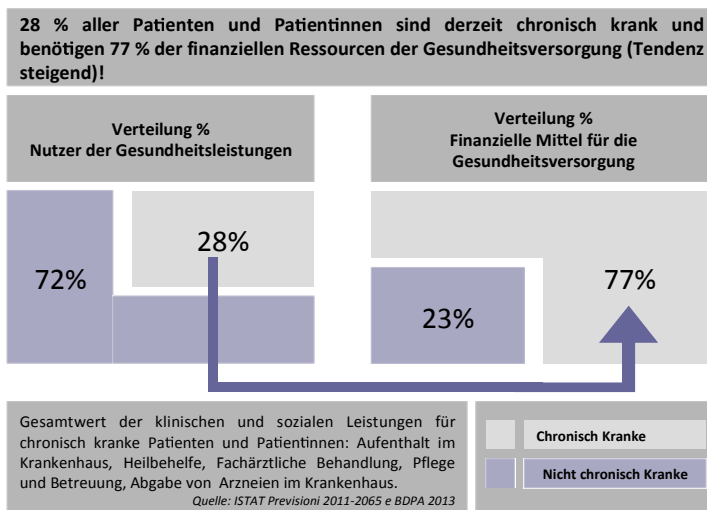
Die Herausforderungen

Alternde Gesellschaft und Zunahme chronischer Erkrankungen

Die alternde Gesellschaft stellt die sicherlich größte Herausforderung für alle Systeme der sozialen und gesundheitlichen Sicherung der westlichen Industrieländer dar.

Heute leben in Südtirol 98.000 Über-65-jährige Menschen; $\frac{3}{4}$ von ihnen leiden an einer oder mit zunehmendem Alter auch mehreren chronischen Erkrankungen.

Die Alterung der Bevölkerung schreitet mit großen Schritten voran, so wird in der Bevölkerungsstatistik für das Jahr 2030 bereits mit einer Anzahl von 140.000 Über-65-jährigen in Südtirol ausgegangen.



Für die Gesundheitsversorgung bedeutet dies ein erhebliches Mehr an Empfängerinnen und Empfängern von medizinischen Leistungen, zumal bereits heute die 28% chronisch kranken Patientinnen und Patienten insgesamt 77% der Leistungen in Anspruch nehmen.

Angesichts dieser Entwicklungen ist es ein Muss, die medizinische Versorgung der Menschen mit chronischen Erkrankungen dorthin zu verlagern, wo sie sie am dringendsten benötigen: nicht als Akutversorgung im Krankenhaus sondern als fortwährende stabile Versorgung in ihre Wohnortnähe.

Geänderte Erwartungen

In letzter Zeit haben sich die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Gesundheitsversorgung geändert: Viele Menschen wollen nicht nur die beste medizinische Leistung überall und sofort, sie erwarten sich dies auch vom öffentlichen Gesundheitssystem.

Die Informationsgesellschaft („Dr. Google“) befördert zudem die Selbstdiagnose. Deshalb hinterfragen die Patientinnen und Patienten heute häufiger und intensiver die Leistungen und Ergebnisse der medizinischen Behandlungen, die Forderung nach einer Zweit- und Drittdiagnose wird immer mehr zu einer Normalität.

Die Fortschritte in Forschung und Innovation werden zudem dazu führen, dass wir zunehmend mehr personalisierte Leistungen anzubieten haben, die einen viel größeren Kostenaufwand bedeuten.



Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten

Wie in ganz Europa zeigt sich auch in Südtirol ein akuter Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass einerseits mit der Alterung der Bevölkerung ein wachsender Bedarf an medizinischen Leistungen einhergeht, andererseits altert die Ärzteschaft selber und ein entsprechender Nachwuchs an jungen Ärztinnen und Ärzten ist nicht ausreichend vorhanden.

Eine zentrale Herausforderung ist daher für die kommenden Jahre die Facharztausbildung. Hierfür brauchen wir Maßnahmen für den Zugang zum Medizinstudium und für die Spezialisierung, welche den Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte, vor allem aber den Notwendigkeiten unseres Gesundheitssystems Rechnung tragen. Das Ausbildungsangebot muss weitgehend attraktiver gestaltet werden.

Damit Ärztinnen und Ärzte nach ihrer Facharztausbildung im Ausland oder in Italien auch wieder nach Südtirol zurückkehren, ist Südtirol als Arbeitsplatzstandort mit entsprechenden Maßnahmen zu stärken:

- Die gesellschaftliche Entwicklung bringt es mit sich, dass der Arztberuf weiblich wird. Die Feminisierung der Medizin und damit die Herausforderung für Ärztinnen, Beruf und Familie zu vereinbaren, verlangt nach einer Flexibilisierung der Einstellungsbedingungen und nach neuen flexibleren Arbeitszeitmodellen.
- Der Abbau von Hierarchien in den Krankenhausabteilungen fördert die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den leitenden Ärztinnen und Ärzten und den Teammitgliedern sowie eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Verstärkung der Mobilität und damit die Möglichkeit zur Rotation zwischen den Krankenhausstandorten eröffnen neue Entwicklungsperspektiven.
- Die Ermöglichung sich an Forschungsprojekten zu beteiligen, ist für Ärztinnen und Ärzte, die sich dafür interessieren, von besonderer Wichtigkeit. Die Forschungstätigkeit in den Bereichen Vorbeugung, diagnostisch-kurative Medizin, physische und psychische Rehabilitation sowie Organisation bzw. Führung der Gesundheitsdienste in den Einrichtungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit Einbeziehung von überregionalen bzw. internationalen Forschungsnetzwerken stellt einen weiteren Attraktivitätsfaktor dar, der auch Ärztinnen und Ärzten, die sich derzeit im Ausland oder in anderen Regionen Italiens befinden, dazu bewegen kann, wieder nach Südtirol zurückzukehren.
- Auch die Klarheit in der Ausrichtung und Strukturplanung, die Berechenbarkeit in der Umsetzung der Reform gehören zu den Maßnahmen dazu.

Geänderte rechtliche Rahmenbedingungen

Die Neuorganisation der Gesundheitsversorgung kann nur im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben erfolgen, wobei zu unterstreichen ist, dass der „Schutz der Gesundheit“ wie überall in den europäischen Ländern in primärer Kompetenz des Staates liegt. Dem vorliegenden Konzept liegen folgende Vorgaben zugrunde:

- das Abkommen der Konferenz des Staates, der Regionen und der Autonomen Provinzen vom Dezember 2010 betreffend die „Richtlinien zur Förderung und Qualitätsverbesserung



der Sicherheit und Angemessenheit in der Betreuung von Geburten und zur Herabsetzung der Geburtenanzahl mit Kaiserschnitt“,

- Gesetz vom 7. August 2012, Nr. 135 – Definition der qualitativen, strukturellen und technologischen Standards in der Krankenhausbetreuung,
- der „Gesundheitspakt 2014-2016“ („Patto della salute“ 2014-2016) vom Juli 2014 und
- die „Verordnung betreffend die qualitativen, strukturellen, technologischen und quantitativen Standards der Krankenhausversorgung“, welche von der Staat-Regionen-Konferenz im August 2014 genehmigt wurde.

Laut diesen staatlichen Vorgaben müssen die medizinischen Behandlungen in sämtlichen Gesundheitseinrichtungen unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, der Effizienz, der Qualitätssicherung und Patientensicherheit gewährleistet werden.

Die Gesundheitsversorgung muss die vom Staat im Staat-Regionen-Abkommen festgelegten Qualitätsstandards aufweisen, welche Veränderungen in der medizinischen Angebotslandschaft und auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Effizienz eine Reduzierung der Bettenanzahl fordern. Die Abteilungen werden von der Patientensicherheit bzw. der Qualitätssicherung beurteilt, wobei die Anzahl der jährlichen Eingriffe eine entscheidende Rolle spielt.

Um den Qualitätsgrundsätzen der Gesundheitsversorgung Rechnung tragen zu können, sind die Regionen und Autonomen Provinzen angehalten, bestehende Ressourcen effizienter und angemessener einzusetzen, indem auch alternative Möglichkeiten zu Krankenhausaufenthalten implementiert werden. Zur Erreichung dieses Ziels muss die Gesundheitsversorgung so umstrukturiert werden, dass Krankenhäuser sich untereinander vernetzen und das Krankenhausnetz mit dem Netz der Dienste auf dem Territorium (Allgemeinmedizin, private Facharztambulatorien, Sprengel usw.) integriert wird.



Der Ansatz: Die Reform ist ein Prozess

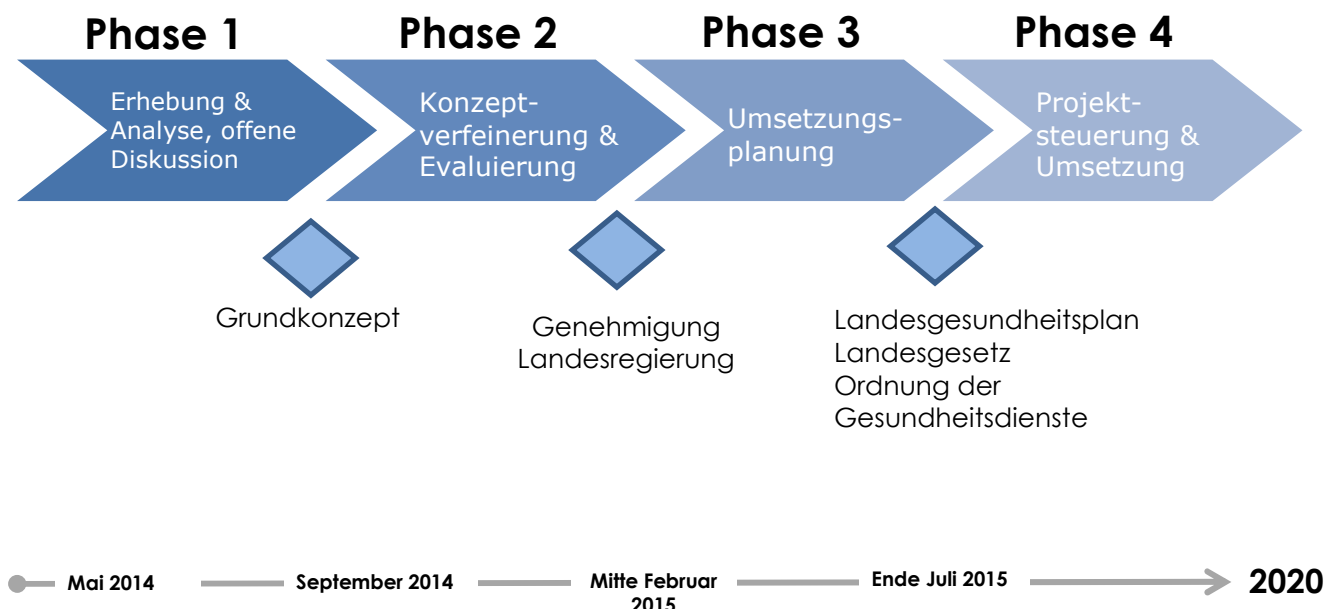
Das Ressort für Gesundheit startete im Frühjahr 2014 den Reformprozess zur Neuorganisation der Südtiroler Gesundheitsversorgung. An der Entwicklungsarbeit nahmen die zuständige Landesrätin Martha Stocker, ihre Ressortdirektion und die Führungskräfte der Landesabteilung Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebes teil.

In einer ersten Klausur im Mai 2014 wurden vier Hauptarbeitsgruppen für die Erarbeitung der Eckpunkte der Neuorganisation bestimmt, die bis zur Abschlussklausur im September 2014 ihre Vorschläge vorgelegt haben. Die Arbeitsgruppen wurden extern von Expertenteams mit langjähriger Erfahrung in der Reorganisation von Gesundheitssystemen begleitet.

Das erste Konzeptpapier vom Herbst 2014 bildete einen Vorschlag für die Diskussion in der breiten Öffentlichkeit, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesabteilung Gesundheit und des Sanitätsbetriebes, mit den Sozialpartnern, den Patientenvereinigungen, mit den lokalen politischen Verantwortungsträgern und dem Koalitionspartner und wurde in verschiedenen weiteren Veranstaltungen vorgestellt. Mit einer Anhörung im Südtiroler Landtag am 27.11.14 wurde die erste Phase des Reformprozesses, die der Information, Diskussion und Einholung von Vorschlägen diente, abgeschlossen.

Als nächster Schritt erfolgte die Bewertung und Diskussion der Vorschläge aus diesem Diskussions- und Partizipationsprozess unter enger Einbindung der Gesundheitsbezirke und der Verwaltungsbezirke durch die Arbeitsgruppen.

Das vorliegende Konzept „Gesundheitsversorgung Südtirol 2020“ mit dem Maßnahmenkatalog als integrierendem Bestandteil fasst die Ergebnisse dieses Beteiligungsprozesses zusammen und dient als Entscheidungsgrundlage für die Südtiroler Landesregierung.



Das Ziel:

Die hohe medizinische Versorgungsqualität auch in Zukunft sicherstellen

Die Integrität und Würde des Menschen in jeder Lebensphase stehen im Mittelpunkt der Gesundheitsreform. Daher ist es unser Auftrag, jedem Menschen unabhängig von seinem sozialen Hintergrund, seiner Herkunft, seinem Geschlecht, seinem Alter die bestmögliche medizinische Versorgung zu garantieren. Das gesammelte ExpertInnenwissen muss daher in den Dienst des Menschen und seiner wohnortnahen, qualitativ hochstehenden und angemessenen Versorgung gestellt werden. Dafür ist es auch notwendig, dass die Dienstleister im Gesundheitsbereich konsequent und bestmöglich miteinander vernetzt sind. Nur in diesem Miteinander, in der Abgestimmtheit aufeinander ist eine nachhaltige Gesundheitsversorgung möglich, die gerade auch die besondere Herausforderung der demografischen Entwicklung berücksichtigt.

Wesentliche Strategien für die Zielerreichung sind:

- verstärkte Prävention und Vorsorge,
- umfassende Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung,
- bedarfsorientierte Betreuung der Patientinnen und Patienten im Zusammenspiel zwischen den Diensten im Gesundheits- und Sozialbereich,
- Erbringung der Leistung am „best point of service“ (wohnortnah, effektiv, effizient, bürgerfreundlich, interdisziplinär),
- Bündelung der Kompetenzen und Erfahrung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Steigerung der Qualität und Effizienz der Leistungserbringung,
- Verstärkung der Interdisziplinarität, die sich am Krankheitsbild (z.B. Rheuma) ausrichtet,
- Vermeidung unnötiger Organisations- und Verwaltungsabläufe (Vereinfachung, Entbürokratisierung etc.), die nicht direkt dem Patienten zugute kommen,
- Verstärkung und Koordinierung von Forschung und Innovation.

Von grundlegender Bedeutung für das Konzept „Gesundheitsversorgung 2020“ ist die Schwerpunktsetzung auf präventive Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Vorsorge sowie auf den Bereich Innovation und Forschung:

Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung konvergieren in der gemeinsamen Perspektive, die Gesundheit zu schützen, zu erhalten und zu fördern. Ein wichtiges Unterscheidungskriterium ist die Spezifität der Intervention. Gesundheitsvorsorge bezieht sich gezielt auf bestimmte Krankheiten oder Risiken, während Gesundheitsförderung allgemeiner auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse und der Lebensstile auf allen gesellschaftlichen Ebenen setzt.

Im Gegensatz zur Gesundheitsvorsorge will Gesundheitsförderung nicht ein spezifisches Verhalten oder eine spezifische Krankheit verhindern, sondern „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur



Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Diese Definition aus der Ottawa-Charta der WHO von 1986 zur Gesundheitsförderung besagt, dass Gesundheitsförderung Voraussetzungen schaffen will, welche es den Menschen ermöglicht, für ihre Gesundheit selbstverantwortlich Sorge zu tragen.

In Südtirol sollen Maßnahmen und Initiativen zur Förderung von Gesundheit intensiviert werden, mit dem Ziel, die körperliche, psychische und soziale Gesundheit der Südtiroler Bevölkerung zu stärken. Mit gezielten landesweiten Kampagnen werden die Menschen über die gesundheitsbeeinflussenden Faktoren aufgeklärt und darin bestärkt, ihr Potenzial für mehr Gesundheit auszubauen und die bessere Wahl für ihre Gesundheit zu treffen. Dafür sollen öffentliche und private Akteure im gesundheitsfördernden Bereich unter Federführung des Gesundheitsressorts vernetzt werden.

Innovation und Forschung

Die Strategien für die Förderung der wissenschaftlichen Forschung und der Innovation begründen sich auf das Programm Horizon 2020 (europäisches Programm für die Forschung und Innovation), auf das Gesetzesvertretende Dekret Nr. 502/1992 sowie auf die Landesgesetze Nr. 14/2002 und Nr. 14/2006.

Es soll ein breites Spektrum an Aktivitäten im Bereich der Grundlagenforschung, der Versorgungsforschung (einschließlich Forschung im sozio-ökonomischen Bereich) und der Forschung zur Gesundheitspolitik gefördert werden.

Ziel der Forschungs- und Innovationspolitik im Gesundheitsbereich ist es, Netzwerke und nicht Strukturen zu schaffen.

Die Forschung muss auf wirksame Weise auf die Bedürfnisse des Gesundheitswesens in unserem Land eingehen und die bestehenden Institutionen und Player in einem Netzwerk zusammenschließen. Weiters sollen die Kontakte im In- und Ausland sowie die internationalen Netzwerke genutzt werden, um Synergien zu schaffen.



Die zentralen Handlungsfelder der Reform

Der Konzeptvorschlag zur Neuorganisation der Südtiroler Gesundheitsversorgung fußt auf vier zentralen Handlungsfeldern:

1. Gesundheitsversorgung vor Ort stärken
2. 7 Krankenhäuser sichern
3. Betriebliche Organisation und Prozesse optimieren,
4. Führungs- und Verwaltungsstruktur neu ordnen.

Ihnen zugrunde liegen die maßgebenden Prinzipien für eine gesicherte Ausrichtung eines modernen Gesundheitssystems:

Sicherheit

Qualität

Angemessenheit

Nachhaltigkeit

1

Gesundheitsversorgung vor Ort stärken

Bedarfsorientiert und wohnortnah muss die Gesundheitsversorgung sein.

Die Hausärztin bzw. der Hausarzt ist dabei die erste Anlaufstelle für die Menschen, sie bieten medizinische Grundversorgung, eröffnen den Zugang zu Facharztleistungen und/oder zur stationären Aufnahme im Krankenhaus und begleiten die Patientinnen und Patienten zurück in den Alltag. Eine weitere wichtige Rolle der Nahversorgung nehmen die Gesundheits- und Sozialdienste im Sprengel ein.

Die Reform bietet den Menschen einen einfacheren Zugang zu Leistungen der Grundversorgung, verlängerte Öffnungszeiten der Sprengel, eine fachübergreifende Betreuung durch das soziale und medizinische Fachpersonal und eine individuelle Begleitung vom Zuhause über den Hausarzt ins Krankenhaus und wieder zurück nach Hause.

Für eine gute Gesundheitsversorgung vor Ort braucht es:

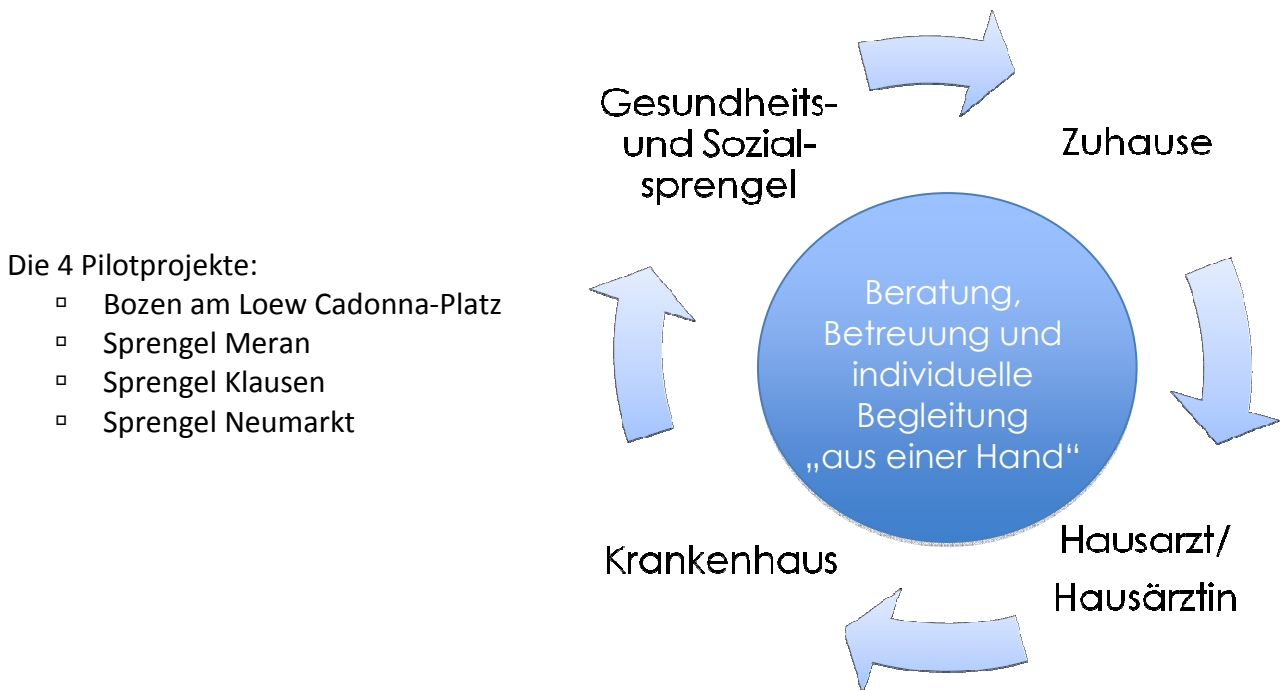
- Maßnahmen zur Stärkung des Hausarztstandes in entlegenen Gebieten,
- die Förderung der vernetzten Medizin und der Gruppenmedizin,
- den Ausbau von Gesundheits- und Sozialsprengeln,
- die Vernetzung aller Leistungserbringer im Sprengelbezugsgebiet, auch durch die Zusammenschau von Territorium und Krankenhaus,
- den Aufbau eines Modells der Beratung, Betreuung und Begleitung „aus einer Hand“ für die Patientinnen und Patienten in ihrer Wohnortnähe.



Pilotprojekte

Die Neuorganisation der territorialen Gesundheitsversorgung wird mit Pilotprojekten in verschiedenen Gesundheitsbezirken und unterschiedlichen Anforderungen der Einzugsgebiete begonnen.

Ziel der Pilotierung ist es, ein umfassendes Erfahrungsspektrum für den Ausbau der wohnortnahen Gesundheitsversorgung und der konsequenten Vernetzung aller Dienste in Form von verschiedenen Modellen der Zusammenarbeit und zeitlichen Verfügbarkeit aufzubauen.



Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin

Das Pensionierungsszenario der frei wählbaren Kinderärztinnen und Kinderärzte ist weniger dramatisch als jenes der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Bei Letzteren muss damit gerechnet werden, dass im Laufe der nächsten 5 Jahre etwa 50% in Pension gehen werden. Zudem erfolgt eine Feminisierung der Medizinberufe, die mit allen Herausforderungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stärker einhergeht als bisher, wobei dieser Auftrag ein gesamtgesellschaftlicher ist und selbstverständlich zunehmend stärker auch die Männer in dieser Herausforderung sieht. Diese Entwicklungen erfordern eine Neuorganisation der Dienste, allerdings in erster Verantwortung für den Patienten/die Patientin.

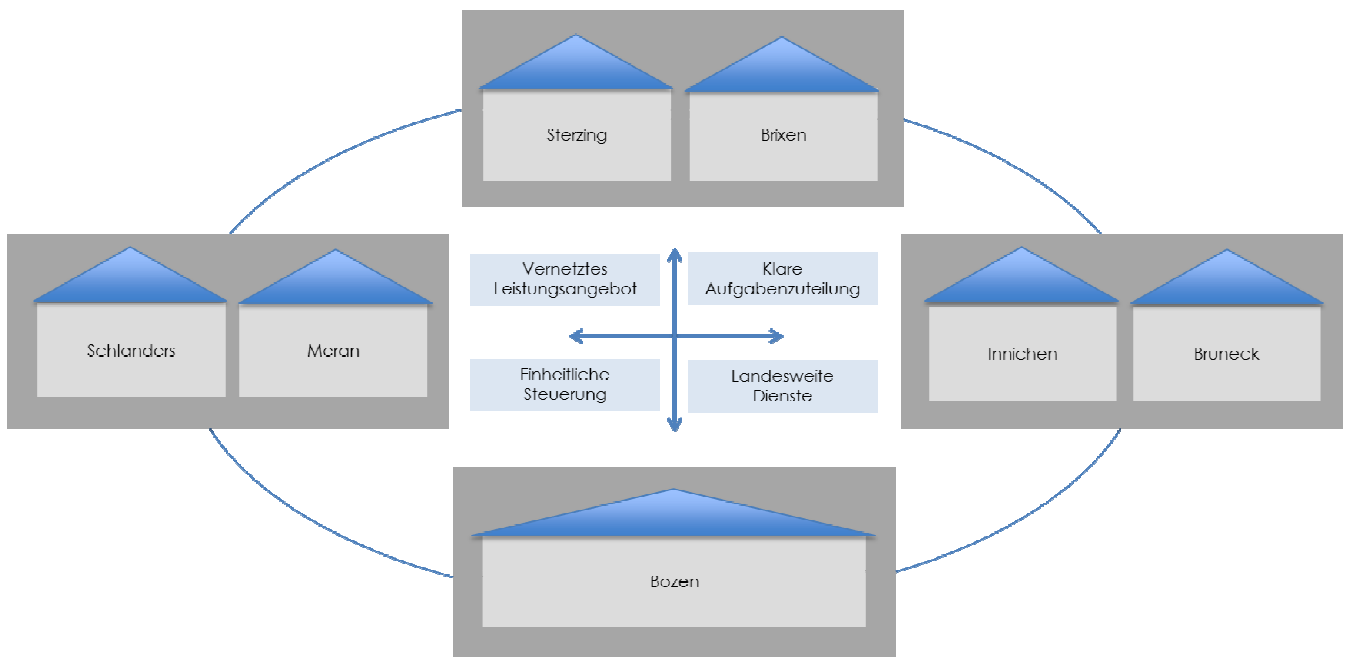
Es braucht daher all jene Maßnahmen, welche schon eingangs genannt wurden sowie die Ermöglichung der Ansiedlung von Jungärzten und Jungärztinnen an den Sprengelsitzen (Startup-Förderung). Dazu sollte noch die Aufwertung des Berufs durch eine Unterstützung der Eigeninitiative kommen, die auch in der Ausweitung des medizinischen Leistungsangebots bestehen könnte sowie die Stärkung der Rolle der/s Allgemeinmedizinerin/s als „Transmitter“ (Übermittler) der Patienten hin zum Krankenhaus und wieder zurück nach Hause.



Entsprechend der Vorgabe im Koalitionsabkommen 2013 – 2018 bleibt die Südtiroler Krankenhaus-Landschaft mit ihren sieben Häusern bestehen. Vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklungen, des akuter werdenden Mangels an Fachärzten und Fachärztinnen sowie der erforderlichen Dämpfung der notwendigen finanziellen Ausstattung für das Gesundheitssystem wird das derzeitige medizinische Leistungsangebot im Verbund der Südtiroler Krankenhäuser optimiert und stärker vernetzt.

Ziel ist es, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander zu verbessern und die Leistungserbringung zwischen den Krankenhausstandorten insbesondere im Bezirk bzw. bezirksübergreifend, aber auch landesweit und mit dem Territorium aufeinander abzustimmen.

Die derzeitige Leistungs-Zuordnung der 7 Krankenhäuser wird im stärkeren Miteinander konzipiert. Die jeweils zwei Krankenhäuser in den Bezirken werden zukünftig im funktionalen Zusammenspiel als *ein* Krankenhaus mit *zwei* Standorten organisiert. Das Landeskrankenhaus Bozen übernimmt zentrale landesweite Dienste von hoher Komplexität, wobei aber weiterhin gilt, dass hoch spezialisierte Leistungen auch in den anderen Bezirken verortet werden.



Die 7 Krankenhäuser arbeiten mit dieser Neuorganisation in einem integrierten und vernetzten Betreuungssystem und entsprechen europäischen Qualitäts- und Patientensicherheitsstandards. Die Erbringung der Leistungen unterliegt dem Nachweis von Angemessenheit, Effizienz und Wirksamkeit.

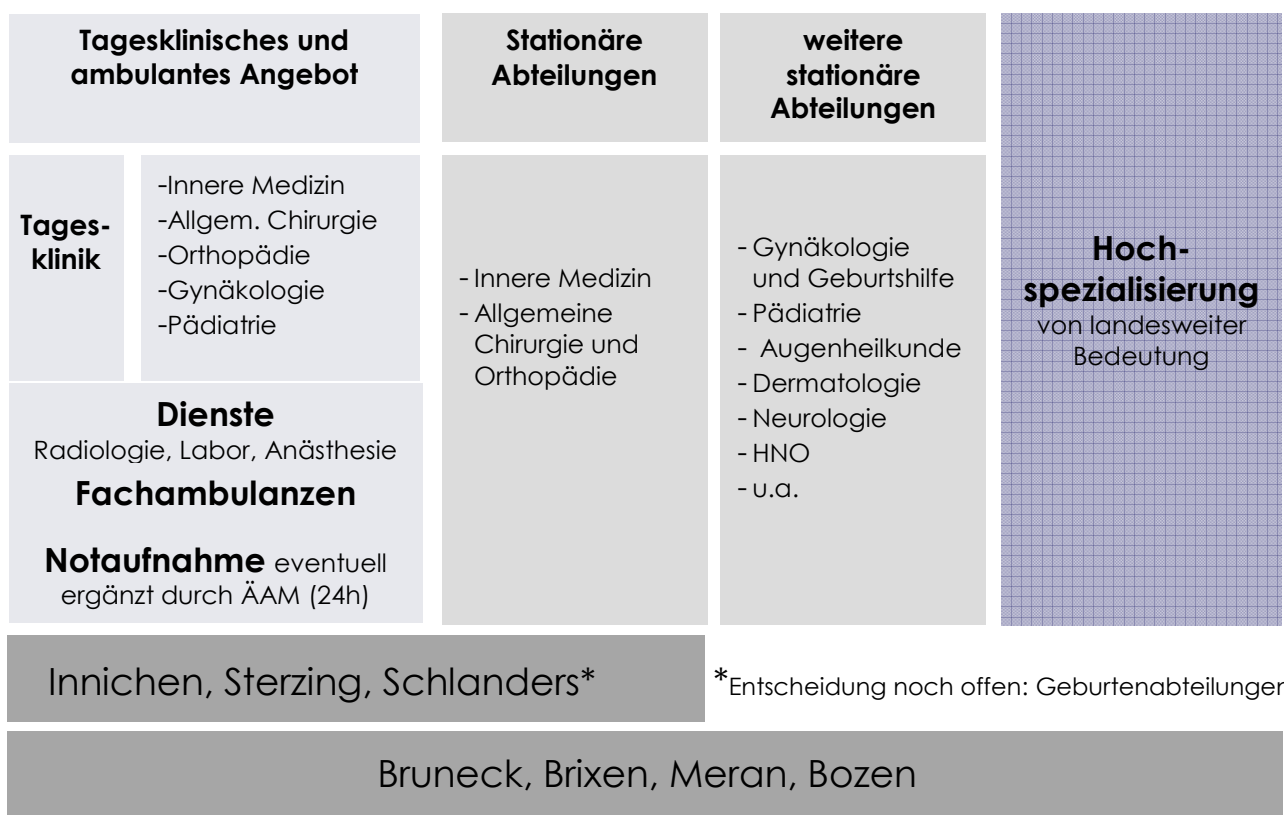
Die versorgungsorientierte Medizin wird vermehrt von einer forschungsorientierten Ausrichtung aller Gesundheitsberufe begleitet.

Private Anbieter werden in das Angebotsspektrum der öffentlichen Gesundheitsversorgung integriert.



Das medizinische Leistungsangebot wird entsprechend gestärkt und mit folgenden Maßnahmen sichergestellt:

- Ressourcenbündelung und klare Zuständigkeiten,
- Abbau von Parallelstrukturen bei gleichzeitiger Beibehaltung von Bürgernähe und hoher Leistungsqualität,
- bezirksübergreifende Standortstärkung durch Schaffung von dezentralen medizinischen Kompetenzzentren,
- verbesserte Mobilität des medizinischen und nichtärztlichen Personals,
- Verbesserung der beruflichen Entwicklungsperspektiven durch die Schaffung von Rotationsmöglichkeiten,
- Steigerung der Attraktivität des Standortes Südtirol für Fachärztinnen und Fachärzte,
- landesweite Standards der Leistungserbringung.



Die einzelnen Fachdisziplinen werden in den Bezirken künftig in standortübergreifenden Abteilungen organisiert, deren Führungsverantwortung in der Hand eines zuständigen Primars liegt, der nicht automatisch dem größeren Haus zugeordnet ist bzw. von dort kommt. Die standortübergreifende Organisation braucht eine klare Planung und Verortung der Leistungen und eine Überprüfung der Zielvorgaben.

Eine konsequente Bündelung der Ressourcen und die Zuweisung von klaren Aufgabenbereichen für den jeweiligen Krankenhausstandort verbessert die medizinische Leistungserbringung. Eine erhöhte Mobilität und die zielgerichtete Rotation des Personals ermöglichen deutlich verbesserte Entwicklungsperspektiven.

Im **Landeskrankenhaus Bozen** wird eine Steigerung der Performance insbesondere durch eine Neuorganisation der Abteilungen und Dienste erreicht. Diese reicht von der Zusammenlegung von Abteilungen zu Krankenhausdepartments, der Bündelung der Subintensivstationen, der Ablaufoptimierung des Operationstraktes bis zur Reorganisation der Notaufnahme und der



Schaffung einer zentralen Überwachungsstation mit der damit einhergehenden Reduzierung der aktiven Dienste in den Bettenabteilungen u.a.m. Diese Veränderungen bringen eine Reduzierung der Primariate mit sich. Die Vollendung des Neubaus des Klinikums ermöglicht die Schaffung eines Day-Hospital und Day-Surgery-Bereichs. Zudem werden in Bozen Dienste privatisiert, wie beispielsweise jenen Teil der Arbeitsmedizin, welcher nicht notwendigerweise in der öffentlichen Hand sein muss.

Exkurs Geburtenabteilungen: Der „Gesundheitspakt“ (patto della salute 2014-2016) und die Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz (2010 und 2014) legen die allgemeingültigen Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die medizinische Leistungserbringung aller Fachdisziplinen fest. Insbesondere die **Geburtshilfe** hat in diesen aktuellen Vorgaben eine deutliche Erhöhung der Sicherheitskriterien zum Schutz von Mutter und Kind erfahren.

Die „conferenza unificata“ (Staat-Regionen-Konferenz) vom 16.12.2010 definiert unabdingbare Standards für die Versorgung in den Geburtenabteilungen. Es handelt sich hierbei um Qualitäts- und Sicherheitsstandards, welche keine Ausnahme vorsehen. Aus Gründen der Sicherheit für Kind und Mutter (Patientensicherheit) ist bei der geburtshilflichen Versorgung die Präsenz einer Gynäkologin/eines Gynäkologen, einer Pädiaaterin/eines Pädiaaters, einer Hebamme und einer Anästhesistin/eines Anästhesisten im aktiven Dienst für 24 Stunden, sieben Tage die Woche, vorgeschrieben. Zudem gilt für Geburtenstationen grundsätzlich ein Richtwert von 1.000 Geburten/Jahr, wobei dieser Wert in begründeten Ausnahmefällen auf 500 Geburten/Jahr reduziert werden kann. Die Grundstandards müssen auch in Südtirol garantiert werden.

Die Nicht-Erfüllung der vorgegebenen personellen und strukturellen Standards hat zivil-, straf- und ärarialrechtliche Haftungsfragen zur Folge. Das Abkommen der Staat-Regionen-Konferenz von 2010 hat die Sicherheits- und Qualitätsstandards festgelegt, diejenige von 2014 sieht eine Umsetzung der Standards innerhalb 01.01.2016 vor.

In den Schwerpunktkrankenhäusern sowie im Landeskrankenhaus könnten diese Standards mit einer neuen Einsatzplanung der bestehenden Personalressourcen erfüllt werden.

In den Krankenhäusern von Innichen, Sterzing und Schlanders können diese Vorgaben nicht erfüllt werden.

Die Landesregierung behält sich die definitive Beschlussfassung zu den Geburtenabteilungen bis zu einer weiteren Klärung im Gesundheitsministerium und einer möglichen Befassung in der Staat-Regionen-Konferenz noch vor. Alternativen zu den Geburtenabteilungen könnten sogenannte Frauengesundheitszentren sein, insbesondere aber der Ausbau der Betreuung durch Hebammen vor und nach der Geburt.



In der ersten Phase des Reformprozesses erfolgte eine detaillierte Erhebung und Analyse der verschiedenen Ebenen der Leistungserbringung im Südtiroler Gesundheitssystem. Sowohl die eingesetzten Arbeitsgruppen, die Verantwortlichen in den Gesundheitsbezirken, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betriebes sowie verschiedenste Vereinigungen und Organisationen haben Vorschläge zur Verbesserung der Organisation eingebracht. Diese Vorschläge wurden in einem insgesamt über 150 Maßnahmen umfassenden Katalog erfasst. Der Maßnahmenkatalog stellt eine zentrale Arbeitsgrundlage für die Umsetzungsphase der Neuorganisation dar.

Exemplarisch werden hier zwei zentrale Arbeitspakete angeführt und auf Maßnahmen zur Einnahmengenerierung verwiesen:

Optimierung der Prozesse in der Leistungserbringung im Krankenhaus – Standardkostenabgleich

Mit Implementierung der „Pasdera-Datenbank“ wurden im Jahr 2012 die Standardkosten der Leistungserbringung in der stationären Betreuung der einzelnen Abteilungen der sieben Südtiroler Krankenhäuser ermittelt. Im Kostenvergleich zwischen den Krankenhausabteilungen wurde der interne Benchmark festgelegt, an dem die Leistungserbringung zu orientieren ist. Diese Ausrichtung am „Klassenbesten“ bietet als eines der zentralen betrieblichen Controlling-Elemente eine enorme Steigerung der Effizienz und bildet eine Teilgrundlage für die Budgetzuweisung an die verschiedenen Krankenhausabteilungen.

Der zweite Ausbauschnitt sieht die Ausarbeitung eines detaillierten Konzepts zur Fortführung des Standardkostenmodells für die Ambulatoriumsleistungen und die betriebsweiten Dienste vor.

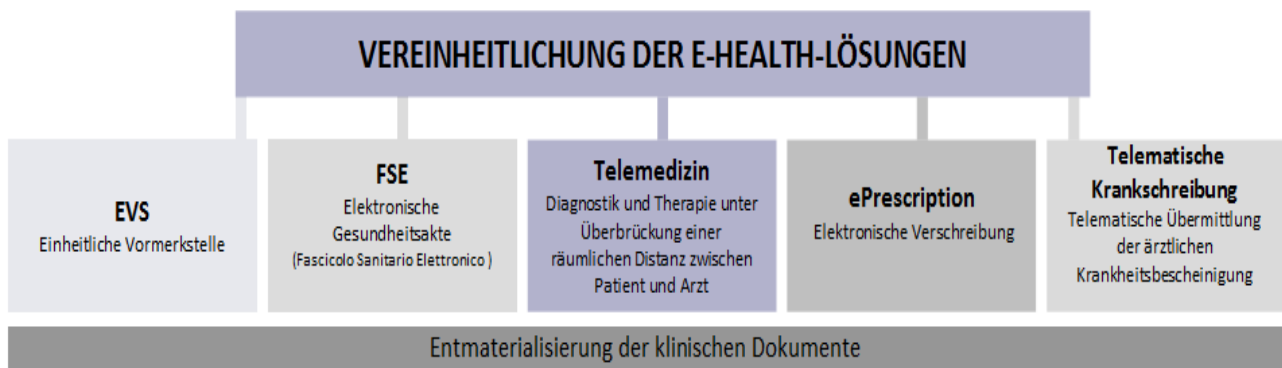
Die Erreichung der Zielvorgaben wird durch ein leistungsorientiertes Anreizsystem für die verantwortlichen Führungskräfte unterstützt.

EDV-gestütztes Informationssystem

Es wird schnellstmöglich ein landesweites EDV-gestütztes Informationssystem realisiert, das dem Grundsatz folgt: „dem mobilen Patienten folgen auch die mobilen Daten“. Der Datenfluss unter den Leistungsabteilungen der Krankenhäuser und der Sprengel sowie den HausärztInnen wird vereinfacht und beschleunigt, wobei die Datensicherheit als grundlegendes Prinzip gewährleistet ist.

Unter dem Stichwort der „Entmaterialisierung der klinischen Dokumente“ ist ein Projekt der Zusammenführung und betriebsweiten Vereinheitlichung der elektronischen Anwendungsmöglichkeiten sowohl für die Leistungserbringer/innen als auch die Nutzer/innen des Gesundheitssystems erarbeitet worden.





Das System ist in ersten Teilen schon implementiert (Beispiel Einheitliche online-Vormerkstelle für derzeit vier verschiedene Bereiche: Dermatologie, HNO, Kardiologie und Urologie) und wird derzeit in einer Testphase weiter entwickelt. Bereits anfangs 2015 ist die „Elektronische Verschreibung“ gestartet. Die schrittweise Umsetzung der verschiedenen EDV-Lösungen ist eine der prioritären Maßnahmen des Reformkonzeptes.

Einnahmen generieren, Versicherungen einfordern.

In Südtirol werden Leistungen steuerfinanziert erbracht, deren Kosten in den anderen Regionen Italiens oder auch im EU-Ausland die Patientinnen und Patienten selbst tragen.

Auf Landesebene wurden für bestimmte Leistungen so genannte **Extra-WBS** (Wesentliche Betreuungsstandards) in Ergänzung zu den staatlichen WBS eingeführt. Dies hat dazu geführt, dass das Land zusätzliche Kosten für die von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommenen Leistungen trägt. Künftig sollen daher die Extra-WBS reduziert werden (z.B. bezahlt ein Erwachsener aufgrund des Extra-WBS in Südtirol für die sportärztliche Visite 36,15 Euro, in Italien bezahlen Erwachsene stattdessen größtenteils 60 Euro). Die Kosten für bestimmte Leistungen in Südtirol sollen in Zukunft den staatlichen WBS angepasst bzw. diesen angenähert werden.

Die **Notfallaufnahmen** (Erste Hilfe) der Krankenhäuser, insbesondere des Zentralkrankenhauses Bozen, werden unverhältnismäßig oft von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen, deren Versorgungsbedarf vom Arzt für Allgemeinmedizin abgedeckt wäre. Allein im Krankenhaus Bozen werden ca. 70% aller Leistungen der Notfallaufnahme diesen nicht dringenden Fällen (sogenannte weiße und grüne Kodexe) zugeordnet. Dazu kommen die nachfolgenden Leistungen in den Facharztambulatorien, die einen geregelten Ablauf und eine klare Leistungsorganisation der Ambulatorien deutlich erschweren. Die aktuellen Regelungen der Kostenbeteiligung für diese Inanspruchnahme entsprechen nicht den Prinzipien der angemessenen Versorgungsleistungen.

Es gibt in Südtirol wie in Italien Patientinnen und Patienten, welche aufgrund des Krankheitsbildes und des Alters von der Bezahlung des Tickets befreit sind. In Südtirol wurden zudem erweiterte Ticketbefreiungen eingeführt (z.B. Kodex 99 - Ticketbefreiung für Bedürftige). Im Rahmen der Reorganisation wird dies überdacht und ein neues System der Kostenbeteiligung für die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser eingeführt und/bzw. der Zugang zur Notaufnahme verändert.

Derzeit werden sämtliche Transportkosten von Südtirolerinnen und Südtirolern mittels **Flugrettung**, auch bei Freizeitunfällen, vom Landesgesundheitsdienst getragen. Es wird lediglich das so genannte "Ticket" (Mitbeteiligung bei gerechtfertigten Einsätzen im Ausmaß von 100 Euro) den Menschen in Rechnung gestellt, für die keine generelle Ticketbefreiung vorliegt. Insgesamt kosten diese Freizeitunfälle der Südtiroler Bevölkerung etwa 2 Mio. € jährlich. Ausländische Patientinnen und Patienten müssen dagegen die Kosten selbst und vollständig übernehmen bzw.



die Kosten werden ihren Kassen bzw. Versicherungen (öffentlich oder privat) verrechnet. Es besteht somit auch eine Ungleichbehandlung, welche nicht EU-konform ist. Durch die Weiterverrechnung der Flugrettungskosten bei Freizeitunfällen an die Südtiroler Patientinnen und Patienten können Einnahmen erzielt werden, die in den allermeisten Fällen durch Privatversicherungen abgedeckt sind. Zudem ist auch zu prüfen, inwieweit bodengebundene Krankentransporte mit Rettungswägen, welche für Einsätze aufgrund von Freizeitunfällen notwendig sind, der Bevölkerung in Rechnung gestellt werden könnten. Die gesamte Erhebung zu den Rettungstransporten bei Freizeitunfällen liegt im ersten Halbjahr 2015 vor.

4

Führungs- und Verwaltungsstruktur neu ordnen

Die Strukturreform im Jahr 2007 führte die bis dahin eigenständigen vier Sanitätsbetriebe zum einzigen Südtiroler Sanitätsbetrieb zusammen. Die vier Gesundheitsbezirke behielten jedoch weitgehende Eigenständigkeit, wodurch eine strategische und einheitliche Entwicklung des Betriebes erschwert wurde.

Das Organigramm des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird verschlankt und verfolgt das Ziel, klare und übersichtliche Hierarchien zu schaffen und die Führungspositionen zu reduzieren. Die Ämter werden in landesweite dienstleistungsorientierte Supportbereiche (Verwaltung und medizinisch/pflegerischer Bereich) überführt.

Mit der Neuorganisation des Gesundheitssystems werden die Zuständigkeiten zwischen dem Eigentümer, der Landesabteilung Gesundheit und dem Sanitätsbetrieb neu definiert, also Governance (Steuerung mit Vorgaben) und Umsetzung klar getrennt.

Das Ressort und die Abteilung Gesundheit sind neben den hoheitlichen Aufgaben für die Definition der Ausrichtung der öffentlichen Gesundheitsversorgung, die Zuweisung des Budgets und das Controlling (Überprüfung der Zielerreichung: qualitativ, quantitativ, finanziell) zuständig.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb übernimmt die operative Umsetzung der Zielvorgaben.

Eigentümer

Governance-Struktur

- Ausrichtung
- Budget

Abteilung Gesundheit

- Strategie
- Planung
- Controlling

Sanitätsbetrieb

- Geschäftsführung
- Umsetzung

Die unternehmerische Leitung des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird von einer Geschäftsführung wahrgenommen, die in ihren Aufgaben und in ihrer Weisungsbefugnis gestärkt wird.

Der Geschäftsführung stehen die Leitung der landesweiten medizinischen Leistungserbringung



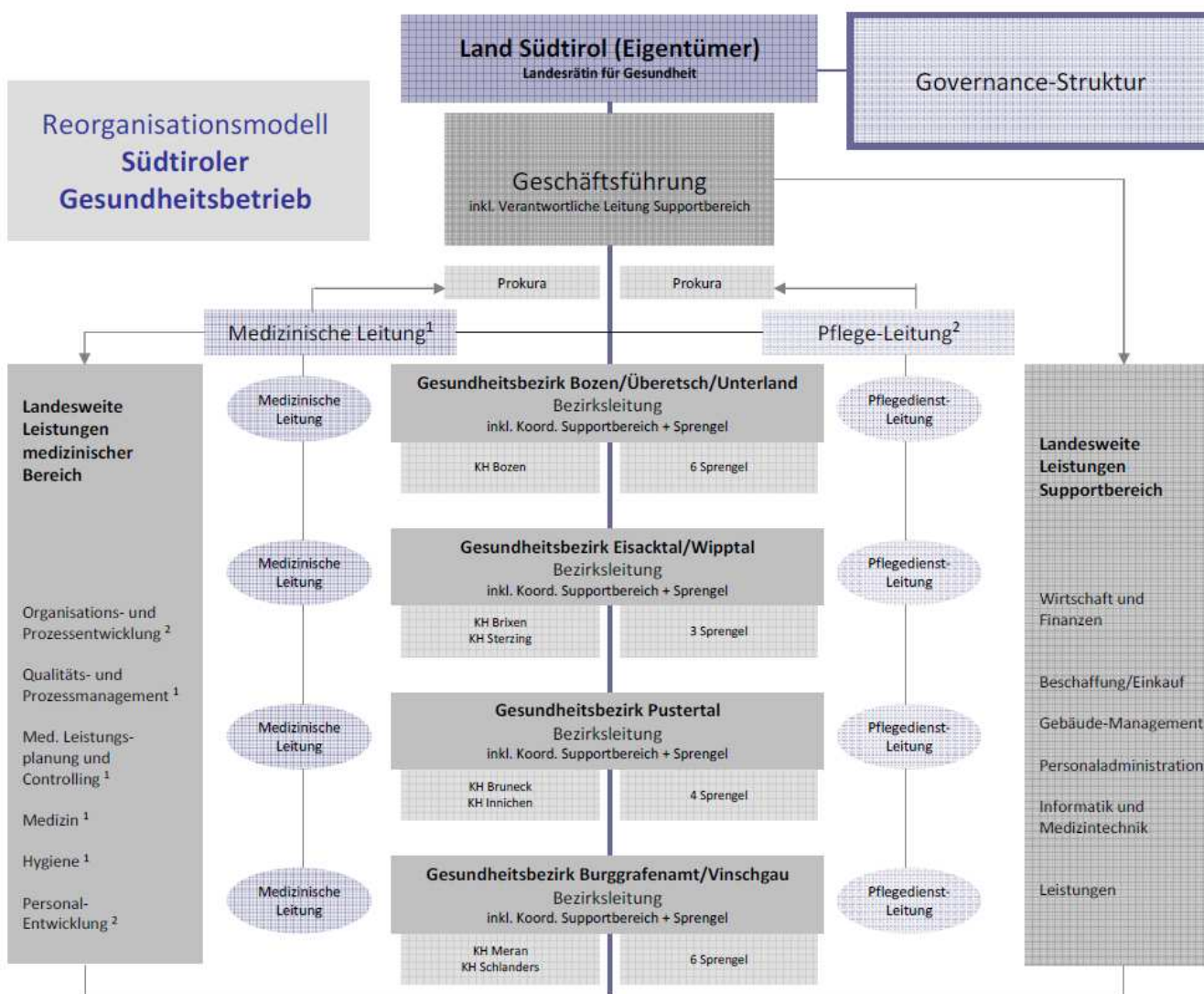
und des landesweiten Pflegedienstes zur Seite. Die Leitung der landesweiten Supportbereiche einschließlich der Funktion der Verwaltungsleitung obliegt zukünftig der Geschäftsführung. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb delegiert die klar definierte territoriale Leistungserbringung an die Gesundheitsbezirke Bozen/Überetsch/Unterland, Burggrafenamt/Vinschgau, Eisacktal/Wipptal und Pustertal.

Die Supportbereiche wie Verwaltung, Wirtschaft und Finanzen, Betriebscontrolling, Rechtsabteilung, Beschaffung und Einkauf, Gebäudemanagement, Personaladministration und Personalentwicklung, Informatik, Kommunikation und Marketing erbringen landesweite Leistungen und sind entsprechend zusammenzuführen und zu organisieren.

Die Reorganisation der betrieblichen Organisation erstreckt sich durchgängig bis auf die Ebene der territorialen Organisation eines Sprengels.

Auf jeder Ebene können somit sowohl Führungs- als auch Verwaltungsprozesse optimiert und eine wesentliche Verschlinkung der verwaltungstechnischen Abläufe erreicht werden. Dieser Prozess erfolgt schrittweise in Form einer sozialverträglichen Redimensionierung der Personalstellen im Umsetzungshorizont des Gesamtkonzeptes bis zum Jahr 2020.

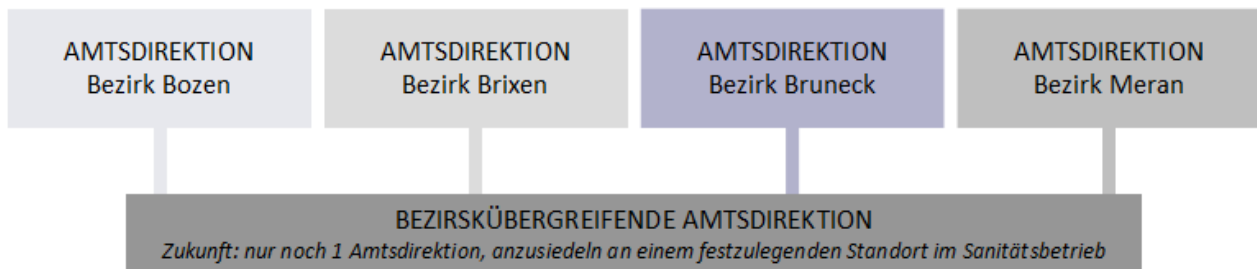
Das Reorganisationsmodell des Südtiroler Gesundheitsbetriebes



Beispiel: Landesweite Leistungen im Supportbereich

Bisher wurden verschiedenste Dienste in jedem Gesundheitsbezirk gesondert geführt, was zu einer Vervielfachung des Verwaltungsaufwandes, zu einer Verkomplizierung der Abläufe und nicht zuletzt auch zu einem Ansteigen an Bürokratie geführt hat.

Als Beispiel kann hier der Dienst für Personalaufnahme angeführt werden, der bisher neben weiteren Ämtern im Personalverwaltungsbereich als Amtsdirektion in allen vier Bezirken angesiedelt war und zukünftig im landesweiten Supportbereich „Personaladministration“ zusammengeführt wird.



Die Situierung der landesweiten Supportbereiche erfolgt nach dem Prinzip der Ausgewogenheit und Kompetenzbündelung, sodass alle notwendigen Leistungen vor Ort erbracht werden, jedoch einer einheitlichen Steuerung und Verantwortung unterliegen. Die „Supportbereiche“ werden als Servicecenter nach dem Prinzip „der internen Kundenorientierung“ für die operativen Bereiche organisiert. Die jeweiligen Personalressourcen werden den neuen Führungsverantwortungen zugeteilt. Die jeweilige örtliche Zuordnung wird in Abstimmung mit der Redefinition der betrieblichen Prozesse erfolgen. Qualitative Anpassungen sind im Einzelfall durch Schulungsmaßnahmen und durch Anpassung des Qualifikationsmix vorzunehmen. Quantitative Anpassungen erfolgen durch den „natürlichen“ Abgang (Pensionierungen, Auslaufen von Verträgen etc.).

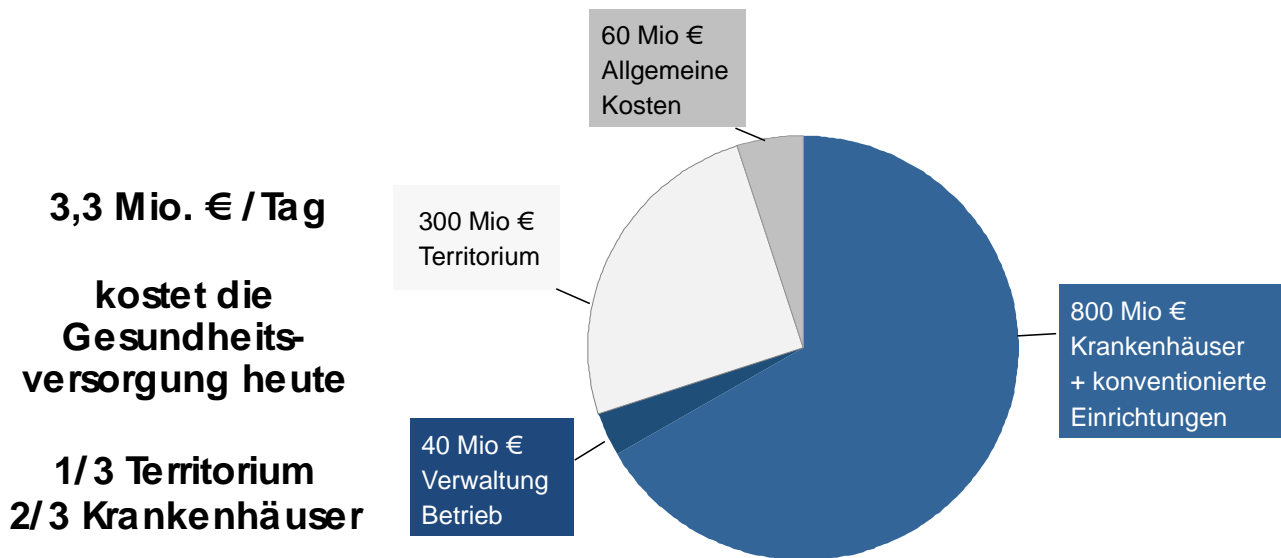
Die Arbeitsgruppen haben sich bei der Verwaltungsreform darauf verständigt, dass in der Umsetzungsplanung alle Verwaltungs- und Führungsprozesse analysiert werden, und die Umsetzung dann schrittweise durchgeführt wird. Wesentlich dabei ist, dass im Zuge der Verwaltungsreform auch alle nicht notwendigen Vorgaben (Stichwort: „Entbürokratisierung“) eliminiert werden müssen. Damit werden einerseits die Verwaltungsprozesse verschlankt, andererseits steigt der Nutzen für die Bürger und Mitarbeiter, welche nicht mehr unnötigen Formalitäten ausgesetzt sind.

Finanzierbarkeit sichern - Ergebnis

Südtirols Gesundheitsversorgung kostet derzeit etwa **1.200 Millionen € pro Jahr**, dies entspricht einer Summe von **3,3 Millionen € pro Tag** oder **2.300 €/Jahr pro BürgerIn**.

Von diesen Haushaltsmitteln fließen derzeit ca. 2/3 in die Krankenhausversorgung und ca. 1/3 in die Gesundheitsversorgung im Territorium.

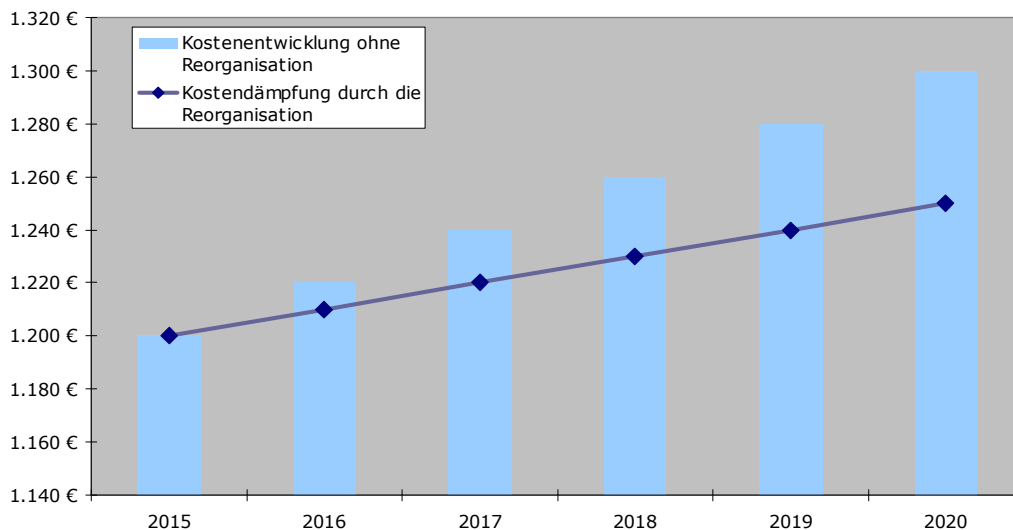




Hausärzte, Sprengel, Medizin im Altersheim, Fachdienste im Territorium, Medikamente und Heilbehelfe 16

Auch ohne jegliche strukturelle Verbesserung, qualitative Aufwertung der Dienste oder Investitionen in Innovation und Forschung steigen die Kosten der Gesundheitsversorgung aufgrund der inflationsbedingten Teuerungen und der vertraglichen Gehaltsvorrückungen jährlich um ca. 20 Millionen € an, bis zum Jahr 2020 also um ca. 120 Millionen €.

Wenngleich eine Senkung der Kosten für den Gesundheitsbereich unrealistisch ist, so erscheint eine Dämpfung der Kostensteigerung durch eine grundlegende Systemreorganisation erreichbar.



Kostendämpfungspotentiale

Durch das verbesserte Zusammenspiel zwischen den Krankenhäusern und dem Territorium, der Leistungserbringung im abgestimmten Versorgungsmodell in und zwischen den Bezirken, der Verschlinkung der Verwaltung, der Generierung von Einnahmen sowie der konsequenten Optimierung der betrieblichen Abläufe ergeben sich die erforderlichen Kostendämpfungspotentiale.

Die vier zentralen Handlungsfelder der Reform sollten ausgewogen und verhältnismäßig zur Kostendämpfung beitragen.

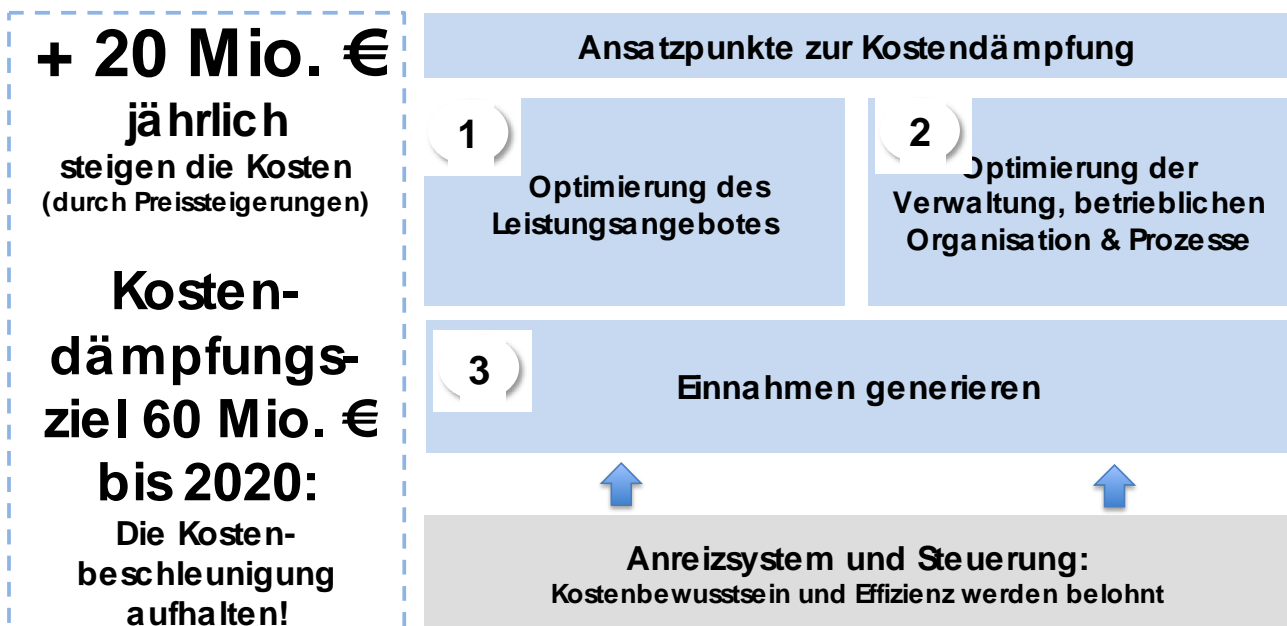


Ausgangspunkt war es, dass alle Bereiche sich mit je einem Viertel daran beteiligen. Es ist derzeit noch nicht zur Gänze absehbar, wie viel die Basis- und Bezirkskrankenhäuser dann definitiv einbringen werden, da dies von den anstehenden Aussprachen in Rom abhängt.



19

Als Ziel der Reformbemühungen wurde eine Dämpfung der Kosten für die Gesundheitsdienste im öffentlichen Haushalt ab dem Jahr 2020 von rund 60 Millionen Euro jährlich vorgegeben.



18

Das ursprüngliche Konzept der zuständigen Landesrätin sah Einsparungen von 62 Mio. € vor, der nun vorliegende Vorschlag ermöglicht noch kalkulatorisch eine Kostendämpfung von ca. 52 Mio. € im Jahr 2020. Dieses Einsparungspotential wird durch die noch ausstehende Entscheidung zu den Geburtenabteilungen in den Basiskrankenhäusern beeinflusst (bei Aufrechterhaltung ist ein jährlicher Kostenmehraufwand von ca. + 10,5 Mio. € zu veranschlagen, d.h. das Kostendämpfungspotential reduziert sich auf ca. 42 Mio €).

Die Arbeitsgruppen haben über 150 Einzelmaßnahmen ausgearbeitet, die zudem ausgewogen kostendämpfend greifen werden. Zum Teil können die Einzelmaßnahmen zum heutigen Zeitpunkt jedoch noch nicht in der definitiven Umsetzungsform entschieden werden und sind somit auch nicht in die vorliegende Berechnung einkalkuliert worden.



Der Entwicklungsfahrplan der Reform

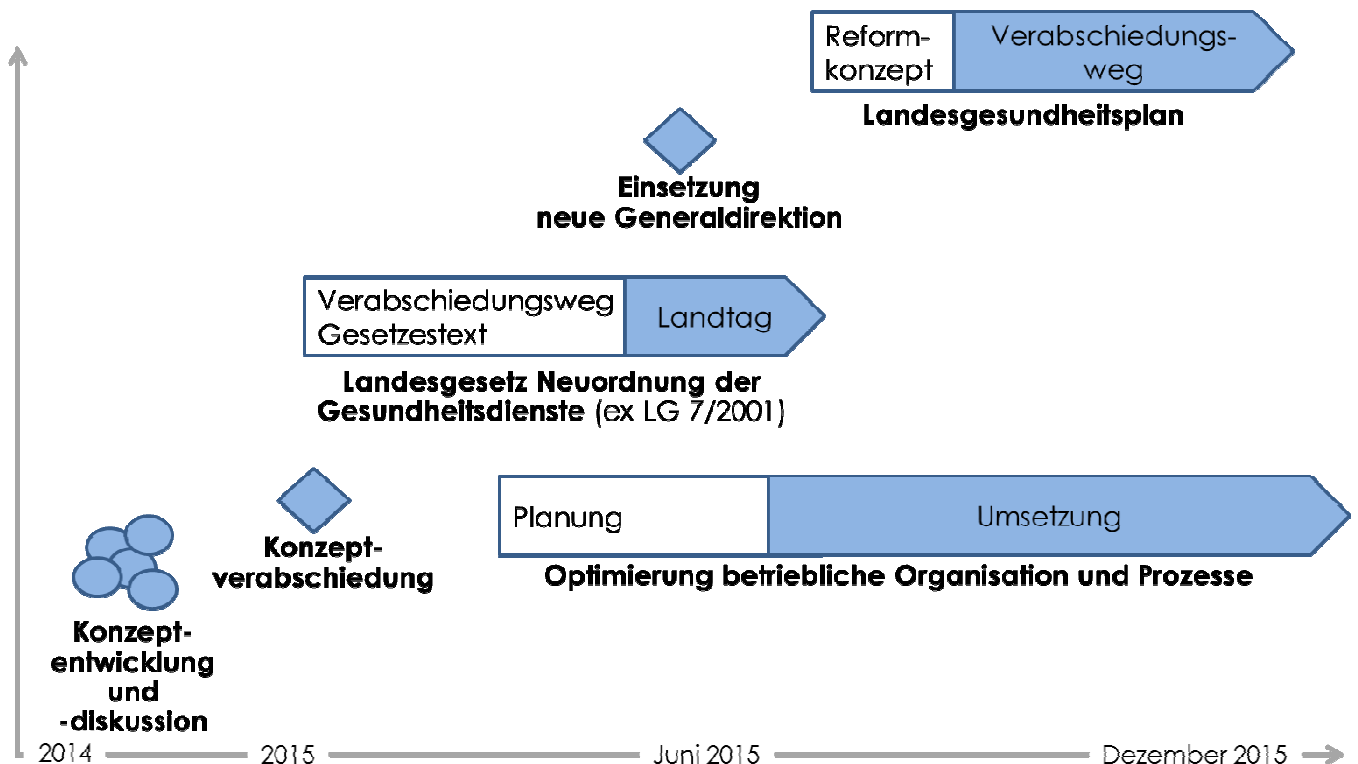
Nach der Genehmigung des vorliegenden Reformkonzeptes durch die Südtiroler Landesregierung erfolgt die detaillierte Umsetzungsplanung der einzelnen Reorganisationsprozesse.

Als erster Schritt erfolgt die Änderung der Gesetzesgrundlage für die Verwaltungsreform (Landesgesetz Nr. 7/2001 - Neuordnung der Gesundheitsdienste).

Die Neuordnung der medizinischen Leistungserbringung findet ihren Niederschlag im neuen Landesgesundheitsplan, der genauso wie die „Neuordnung der Gesundheitsdienste“ in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachgruppen und den Sozialpartnern erstellt wird.

Mit der Optimierung der betrieblichen Organisation und Prozesse kann der Südtiroler Sanitätsbetrieb sofort beauftragt werden, zumal für die in diesem Handlungsfeld vorgesehenen Maßnahmen keine gesetzlichen Änderungen erforderlich sind.

Nächste Schritte:



Parallel zur Steuerung der Maßnahmenumsetzung sind jene Rahmenbedingungen zu verbessern, die die Umsetzung der Maßnahmen unterstützen. Dazu zählen insbesondere die Vereinfachung von Vorschriften und die Vermeidung von Bürokratismus, aber auch die Entwicklung von Anreiz- und Steuerungsmodellen zur Optimierung der betrieblichen Leistungserbringung bzw. für die Erreichung der gesetzten Ziele.



Umsetzungssteuerung

Der gesamte Reorganisationsprozess ist auf einen Zeitrahmen bis ins Jahr 2020 angelegt, die Maßnahmen werden also schrittweise bis 2020 umgesetzt.

Die Umsetzungssteuerung wird im Sinne der Governancestruktur vom Ressort Gesundheit federführend gewährleistet. Mit der Einsetzung einer Projektleitung und einer Experten-Begleitkommission wird der Reformprozess sichergestellt, fortlaufend evaluiert und kommuniziert.



Darüber hinaus werden je nach Bedarf Ressourcen für alle notwendigen Veränderungsmaßnahmen bereitgestellt. Vorstellbar in diesem Zusammenhang sind alle Begleitmaßnahmen für ein durchgängiges „Change Management“.

Weiters soll eine Anlaufstelle für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Clearingstelle) eingerichtet werden, in der eventuelle Unklarheiten der Auswirkungen aus der Reformumsetzung behandelt werden.



Dank

Das vorliegende Reformkonzept „Gesundheitsversorgung Südtirol 2020“ ist unter der Mitwirkung von über 60 Führungskräften und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Ressorts für Gesundheit, der Landesabteilung Gesundheit und des Südtiroler Sanitätsbetriebes erarbeitet worden, die mit sehr großem Einsatz und Engagement die Themen aufbereitet, diskutiert und verifiziert haben. Ihnen allen gilt für den enormen Aufwand, den sie weit über ihr tägliches Aufgabenpensum hinaus erbracht haben, ein besonderer Dank.

Ein großer Dank geht auch an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Gesundheitsdiensten und all jene Menschen, die mir interessante, anregende Überlegungen direkt, bei den Besuchen vor Ort oder mittels Mail oder Brief übermittelt haben. Ich habe aus vielen dieser Mitdenk-Dokumente und Überlegungen gelernt und vieles davon ist auch in diesen Reformprozess eingeflossen, wenn es auch noch nicht immer schon direkt sichtbar ist.

Ebenso bedanke ich mich bei allen politischen Weggefährten, Unterstützerinnen und Unterstützern, den kritischen Mitdenkerinnen und Mitdenkern aus allen gesellschaftlichen Bereichen für die konstruktiven, manchmal nicht ganz einfachen, aber immer informativen und lehrreichen Gespräche und Überlegungen zu den Reformvorstellungen.

Meine dankende Anerkennung gilt auch all jenen Verantwortlichen in den Gesundheitsbezirken und in den Verwaltungsbezirken, die in der Konzeptverfeinerungsphase einen sehr hilfreichen Beitrag geliefert haben.

Abschließend danke ich dem Landeshauptmann und den Kolleginnen und Kollegen in der Südtiroler Landesregierung für die Unterstützung für dieses zukunftsweisende Reformkonzept.



Martha Stocker

Landesrätin für Gesundheit, Sport, Soziales und Arbeit

Bozen, am 10.02.2015

