Planungsdokument für die Festsetzung des gesundheitlichen Betreuungsbedarfs

Zeitraum 2021-2024

deutsche Übersetzung Stand Juni 2022

Anlage A

Ausgearbeitet vom Amt für Gesundheitsbetreuung und der Beobachtungsstelle für Gesundheit
Abteilung Gesundheit – Autonome Provinz Bozen
gesundheitsbetreuung@provinz.bz.it – Tel. 0471-418070

Inhaltsverzeichnis

1 Voraussetzungen und Ziele 4
2 Rechtlicher Rahmen 5
3 Die Covid-19- Pandemie in der Provinz Bozen 7
4 Die Reorganisationspläne des Gesundheitsdienstes in der Provinz Bozen infolge des Notstandes Covid-19 9
5 Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Tätigkeit des Gesundheitsdienstes in Südtirol 10
5.1 Krankenhausbetreuung für Akut-Patienten 11
5.2 Krankenhausbetreuung für Post-akute Patienten 14
5.2.1 Rehabilitation (Operative Einheit Kodex 56) 14
5.2.2 Neurorehabilitation (Operative Einheit Kodex 75) 16
5.2.3 Langzeitpflege (Operative Einheit Kodex 60) 19
5.3 Fachärztliche Betreuung 22
5.4 Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb 25
6 Festsetzung des Betreuungsbedarfs für Präventionstätigkeiten und die Öffentliche Gesundheit, für die territoriale und die Krankenhausbetreuung 28
6.1 Krankenhausbetreuung für Akut- und Post-Akutkranke vor der Pandemie 28
6.1.1 Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb 29
6.2 Planung der fachärztlichen ambulanten Leistungen 31
6.2.1 Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb 31
6.3 Planung der gesundheitlichen und sozio-sanitären ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung auf dem Territorium 33
6.3.1 Medizinische Grundversorgung auf dem Territorium 33
6.3.2 Hauspflege 34
6.3.3 Palliativbetreuung 36
6.3.4 Intermediärpflege 37
6.3.5 Psychische Gesundheit 38
6.3.6 Betreuung im Bereich Abhängigkeiten 43
6.3.7 Betreuung von Personen, die an AIDS und anderen chronischen Krankheiten, die vom Missbrauch von toxischen Substanzen ausgelöst wurden, erkrankt sind. 45
6.4 Weiterer Betreuungsbedarf 46

1 Voraussetzungen und Ziele

Mit **Beschluss der Landesregierung** (*in der Folge BLR genannt*) **vom 17. Februar 2003, Nr. 406**, wird die unter **seiner Anlage A** angeführte „**Regelung der Bewilligung und Akkreditierung der medizinischen Einrichtungen und des freiberuflichen Fachpersonals im Gesundheitswesen**“ genehmigt. Dieses Dokument regelt unter anderem die institutionelle Akkreditierung der Gesundheitseinrichtungen und der anderen Berufe im Gesundheitswesen gemäß Artikel 37, 39 und 40 des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, i.g.F..

Das obgenannte Landesgesetz sieht unter Artikel 39, Absatz 2 vor, dass die Landesregierung Folgendes festlegt:

a. **die Parameter des gesamten Betreuungsbedarfs** mit Bezug auf die Bedürfnisse im Gesundheitsbereich, wie von der Landesplanung festgesetzt, zum Zwecke der Bewertung der zu akkreditierenden Einrichtungen im Verhältnis zu den programmatischen Richtlinien,
b. die Bewertungskriterien, auch auf der Grundlage von Indikatoren, der von den akkreditierten Einrichtungen abgewickelten Tätigkeiten und der erzielten Ergebnisse, zum Zwecke der Aufrechterhaltung der Akkreditierung,
c. die weiteren Voraussetzungen für die Qualifizierung, die mindestens alle 3 Jahre bestätigt oder aktualisiert werden müssen.

Der **gesamte Betreuungsbedarf** wird regelmäßig vom Landesgesundheitsplan und den verschiedenen Fachplänen festgesetzt. Außerdem hat der **BLR Nr. 1544 vom 22. Dezember 2015** die **Parameter betreffend den Gesundheitsbedarf zum Zwecke der Planung** und die Kriterien für die Bewertung der abgewickelten Tätigkeit festgelegt, auch zum Zwecke der Aufrechterhaltung und der Erneuerung der institutionellen Akkreditierung.
Im Besonderen wurde im Beschluss Folgendes festgelegt:

a. die Parameter des Betreuungsbedarf unter Bezugnahme auf die medizinischen Bedürfnisse für die stationären und fachärztlichen sowie einige territoriale Tätigkeiten, um die Bewertung der zu akkreditierenden Einrichtungen gemäß Planungsrichtlinien zu ermöglichen.
b. die Kriterien für die Bewertung der abgewickelten Tätigkeit und der erzielten Ergebnisse zum Zwecke der Akkreditierung;
c. die Kriterien für die Festlegung der Vertragsabkommen seitens des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit den privaten Einrichtungen, die notwendig sind, damit nicht rein die Tatsache, dass ein Subjekt akkreditiert worden ist, schon ausreicht, um eine Vertragsvereinbarung mit dem Sanitätsbetrieb einzugehen.
   In Bezug auf die Vertragsbindungen mit privaten Erbringern ist auch die Bestimmung unter Satz eins des Artikels 15, Absatz 14 des in das Gesetz vom 7. August 2012, Nr. 135 umgewandelte Gesetzesdekret vom 6. Juli 2012, Nr. 95 zu beachten. Sie schreibt die Einhaltung einer Ausgabenobergrenze für private vertragsgebundene Erbringer vor und gibt einen genauen Prozentsatz für die jährliche Ersparnis im Verhältnis zu den genehmigten Ausgaben im Jahr 2011 vor.[1]

[1] *Die gesetzliche Bestimmung, welche die Einhaltung der Ausgabenobergrenze für private vertragsgebundene Einrichtungen vorgeschrieben hat, ist der erste Satz des Artikels 15, Absatz 14 des Gesetzesdekrets Nr. 95 vom 06. Juli 2012: „Auf alle geltenden Verträge und Abkommen für den Ankauf von Gesundheitsleistungen von privaten vertragsgebundenen Erbringern betreffend die ambulanten Facharztleistungen und Betreuung im Krankenhaus, gemäß Artikel 8-quinquies des gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. Dezember 1992, Nr. 502, welche im Jahr 2012 Wirksamkeit haben, wird eine Minderung des von der Region oder autonomen Provinz festgesetzten Betrages und der entsprechenden eingekauften Menge angewandt. Die Minderung erfolgt in dem Ausmaß, dass die jährliche*

Ausgehend vor allem von der Analyse der nicht erbrachten Leistungen aufgrund der Covid-19-Pandemie, hat dieses Dokument zur Zielsetzung, die Anwendung einer standardisierten Prozedur für die Festlegung des Bedarfs einzuführen, die hauptsächlich auf **der regelmäßigen Schätzung aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten beruht.**

Hierbei kommen neben der Datenanalyse auch die **Parameter** der Bemessung der Einrichtung in Funktion des Einzugsgebiets, die sei es auf staatlicher Ebene (wenn auch im Rahmen der organisatorischen Autonomie des Landes), sei es jener auf lokaler Ebene vom Landesgesundheitsplan und den geltenden abgeleiteten Fachplänen und Umsetzungsdokumenten in den einzelnen Bereichen zur Anwendung.
Und schließlich muss die Festlegung des Bedarfs an Leistungen und von Einrichtungen, ausgerichtet sein auf die Möglichkeit für den Südtiroler Sanitätsbetrieb eventuell zusätzliche Vertragsabkommen mit privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen abzuschließen oder die regelmäßig bestehende Vereinbarungen neu zu verhandeln, um das Angebot immer effizienter zu gestalten und dabei Rechnung folgender allgemeiner **Bewertungskriterien** tragen, die es erlauben die vorhandenen Daten zu kontextualisieren:

a. die derzeitige Gestaltung des Angebots und seine Verteilung auf dem Territorium,
b. der effektive Stand der Anfrage,
c. die verfügbaren Ressourcen,
d. das Ausmaß der Tätigkeiten,
e. die Flüsse der interregionalen Mobilität und der Mobilität innerhalb der Bezirke,
f. die bei den Hauptleistungen erhobenen Wartezeiten,
g. sowie die Bedürfnisse, die der Südtiroler Sanitätsbetrieb in Absprache mit den einzelnen Gesundheitsbezirken in Bezug auf sein Einzugsgebiet für fachärztliche Leistungen vertreten hat.

2 Rechtlicher Rahmen

Mit **BLR Nr. 13 vom 29. November 2016** hat das Land den **Landesgesundheitsplan 2016-2020** genehmigt. Mit diesem werden die wesentlichen Strategien festgelegt, die eine qualitativ hohe Gesundheitsbetreuung über die Jahre sichern sollen. Insbesondere ist es vorrangig, eine kapillare Gesundheitsbetreuung auf dem ganzen Landesgebiet sicherzustellen, allen einen angemessenen Zugang zu einer hoch spezialisierten Medizin zu sichern und die Gesundheitsbetreuung als integriertes System zwischen verschiedenen Subjekten, seien sie öffentlich, privat oder aus dem Bereich des Ehrenamtes, aufzustellen. Grundlegende Voraussetzungen hierfür sind die Koordinierung und Optimierung der Leistungserbringung und der Dienste innerhalb des Netzwerks der Gesundheitseinrichtungen auf dem gesamten Landesgebiet. Primäres Ziel ist es, die derzeitige Betreuung, die vor allem in den Krankenhäusern erbracht wird und das Hauptgewicht auf die Akutbehandlung und die Wartezeiten legt, mit einer **proaktiven wohnortnahen Gesundheitsbetreuung zu ergänzen, die möglichst nahe an der Person erbracht wird und dem effektiven Bedarf entspricht**.
In der Folge wurde der **Masterplan Chronic Care**, mit **BLR Nr. 1281** vom **04. Dezember 2018** genehmigt, der die Richtlinien zur Stärkung der Dienste und der auf dem Territorium organisierten Tätigkeiten enthält. Die Autonome Provinz Bozen setzt sich mit genanntem Plan das Ziel das bestehende Modell der Betreuung der Personen mit chronischen Krankheiten, mit besonderem Augenmerk auf pflegedürftige Personen, wobei eine erweiterte Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sowie zwischen Diensten in und außerhalb des Krankenhauses gefördert werden soll, zu stärken. Insbesondere fördert sie die Stärkung der vor Ort erbrachten Leistungen durch den Ausbau und die Schaffung von Strukturen und Einrichtungen in Wohnortnähe (Aktivierung von Betten für die intermediäre Betreuung, Häuser

Gesamtausgabe, im Verhältnis zu der genehmigten Ausgabe für das Jahr 2011, um 0,5 Prozent für das Jahr 2012, 1 Prozent für das Jahr 2013 und 2 Prozent ab dem Jahr 2014 sinkt.“.

der Gesundheit) und die Stärkung der Hauspflege, die in all ihren Formen, auch unter Beteiligung des Privatsektors, umgesetzt werden muss.
Im Rahmen der Hauspflege ist der Miteinbezug auch der Leistungen aus dem sozialen Bereich unumgänglich, denn nur so kann man eine weitestgehende Autonomie und Unabhängigkeit der älteren/behinderten Person in der eigenen Wohnung erreichen und dementsprechend die Anzahl der nicht angemessenen Institutionalisierungen verringern.
Die Pandemie hat einige kritische Punkte bei Aspekten der Organisation und der sozio-sanitären Integration noch deutlicher zutage treten lassen, die künftig durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsversorgung aufgrund der demografischen, epidemiologischen und sozialen Trends noch verschärft werden.

Außerdem gibt es auf dem Landesgebiet Unterschiede bei der Erbringung der Dienste, insbesondere was die Prävention und die wohnortnahe Betreuung, ein nicht angemessenes Zusammenspiel zwischen den Krankenhaus-, den territorialen und den Sozialdiensten, sowie erhöhten Wartezeiten für einige Leistungen, angeht.
Der pandemische Notstand hat deutlich hervorgehoben, dass es notwendig ist, die Kapazität des Gesundheitsdienstes und angemessene Dienste auch auf dem Territorium anzubieten. Die Problempunkte, die während des Notstands hervorgetreten sind, haben aufgezeigt, dass das Hauptaugenmerk in den nächsten Jahren die Stärkung des Landesgesundheitsdienstes insbesondere durch

- die Organisation von Netzwerken von Diensten, die dem Bedarf der Gesellschaft und der Patienten entsprechen,
- die Stärkung der Einrichtungen und der wohnortnahen Gesundheitsdienste und der Hauspflegedienste, indem zwischen diesen ein bestmögliches Zusammenspiel erreicht wird, das in homogener Form auf Landesebene erbracht wird

sein muss.
Durch die Vorstellung des **Plans für die Stärkung und die Reorganisation des Territoriums** an das Ministerium, welcher nach den Richtlinien des Artikels 1 des in Gesetz Nr. 77 vom 17 Juli 2020 umgewandelte Gesetzesdekrets Nr. 34 vom 19. Mai 2020, erstellt worden ist, hat das Land einen weiteren Impuls in diese Richtung gegeben. Dieser Plan, welcher mit dem im vom Artikel 18, Absatz 1 des Gesetzesdekretes Nr. 18 vom 17. März 2020 vorgesehen Operationsplan (**BLR Nr. 677 vom 02. September 2020**) rezipiert worden ist, verfolgt insbesondere folgende Hauptziele:

- Errichtung und Funktionsweise der Sondereinheiten für die Betreuungskontinuität (USCA);
- Stärkung der integrierten Hauspflege oder gleichwertigen Modelle;
- Stärkung der Pflegedienste, insbesondere jenes des Familienpflegers;
- Einrichtung der Operativen Einheit für die Koordinierung (UOC).

Ein anderer wichtiger Fachplan, der auf die Stärkung des Zusammenspiels aller Gesundheits- sowie sozio-sanitärer Dienste, die auf dem Territorium tätig sind, abzielt, indem er integrierte Betreuungspfade fördert, ist der **Fachplan für das landesweite Rehabilitationsnetz 2020-2025 (BLR Nr. 480 vom 30. Juni 2020)**. Er schlägt ein neues Konzept der Rehabilitation vor, das Ergebnisindikatoren und Angemessenheitskriterien enthält, um einen „integrierten Pflegedienst“ zu fördern, der Teil eines gemeinsamen Rehabilitationsprojekts ist, das über das Rehabilitationsnetz des Landes und die verschiedenen vor Ort tätigen Berufsgruppen, die alle im Einklang arbeiten, umgesetzt werden soll, um die Integration von Krankenhaus und Territorium zu fördern, als Garantie der Betreuungskontinuität.
Das landesweite Rehabilitationsnetz besteht aus öffentlichen und privaten akkreditierten und vertragsgebundenen ambulanten und stationären Einrichtungen, Gesundheits- und sozio-sanitären Einrichtungen, die dem Rehabilitationsbedarf aufgrund von Behinderungen/chronisch degenerativen Erkrankungen, oder Traumata, chirurgischen Eingriffen, akuten Erkrankungen oder wiederaufgeflammter Akutisierungen entsprechen.
Ein weiteres und wichtiges Element im Rahmen der Stärkung der wohnortnahen Betreuung ist die **Intermediär-Betreuung** als neues Betreuungs-Setting (Gemeinschaftskrankenhaus). Ein

Gemeinschaftskrankenhaus ist eine Gesundheitseinrichtung des territorialen Netzes, die für Patienten bestimmt sind, die Gesundheitsmaßnahmen mittlerer/geringer klinischer Intensität und kurze Krankenhausaufenthalte benötigen.

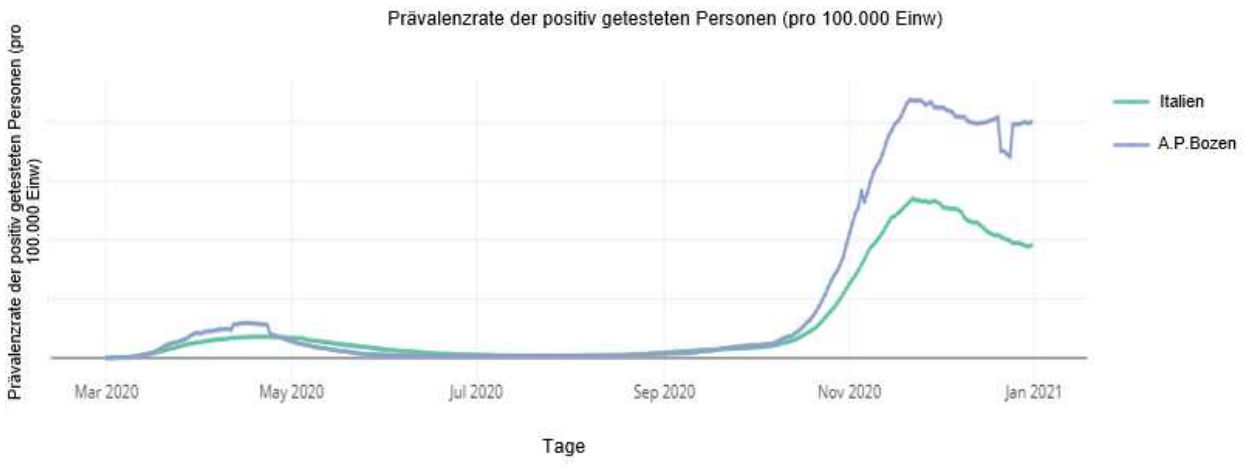
Im Bereich der psychischen Gesundheit, für die Betreuung von Personen, die an Störungen des Autismusspektrums leiden, wird auf das Planungsdokument "**Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen**- " Bezug genommen. Das mit **BLR Nr. 638 vom 23. Juli 2019** genehmigte Dokument ist ein Landesfachplan, der auf eine Betreuung, die auf die Bedürfnisse im Laufe des gesamten Lebens aufgebaut ist und die Umsetzung des Abkommens Nr. 53/CU "Aktualisierung der staatlichen Richtlinien für die Förderung und die Verbesserung der Qualität und der Angemessenheit der Betreuungsmaßnahmen bei Störungen des Autismusspektrums", das von der Vereinigten Konferenz verabschiedet worden ist, darstellt. Ziel des Plans ist es, Betreuungsmodelle sowie Sozial- und Gesundheitsdienste auf Landesebene zugunsten von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen neu zu organisieren, zu stärken und zu integrieren, indem ihr jeweiliger Bedarf festgesetzt wird.

Für jene Personen, die an Störungen des Essverhaltens, einem Phänomen, das im Übrigen auch in Südtirol im Wachsen ist, leiden, hat das Land mit dem **BLR Nr. 858 vom 5. Oktober 2021** das Netz der Dienste für die Behandlung der Störungen des Essverhaltens in Südtirol festgelegt. Dort wird die Notwendigkeit hervorgehoben, die intensive ambulante Therapie auszubauen, die in Form von Tageszentren und erweiterter stationärer rehabilitativer Betreuung zu erbringen ist.
Eine wichtige Priorität für das Land, die es zu verfolgen gilt, ist die Bereitstellung von Einrichtungen für die stationären und die teilstationären Aufenthalte, sowie von Tageszentren auf dem Territorium, die eine wichtige Rolle bei der Kontinuität der Behandlung und der Minimierung des Risikos einer chronischen Erkrankung spielen.

3 Die Covid-19- Pandemie in der Provinz Bozen

Seit März 2020 hat das Land Südtirol der Covid-19-Pandemie entgegenhalten müssen. Die Prävalenzrate der Positiv- Getesteten ist von knapp 300 auf 100.000 Einwohner in der zweiten Dekade des Monats April auf Werte von unter 20 zwischen Juni und Juli gesunken, um dann, ab Oktober, wieder auf Spitzenwerte von 2000 zwischen Mitte November und Anfang Dezember zu steigen, was auch über dem staatlichen Wert gelegen war (Grafik 3.1).

Grafik 3.1 – Entwicklung der Prävalenzrate der Positiv- Getesteten (März-Dezember 2020)

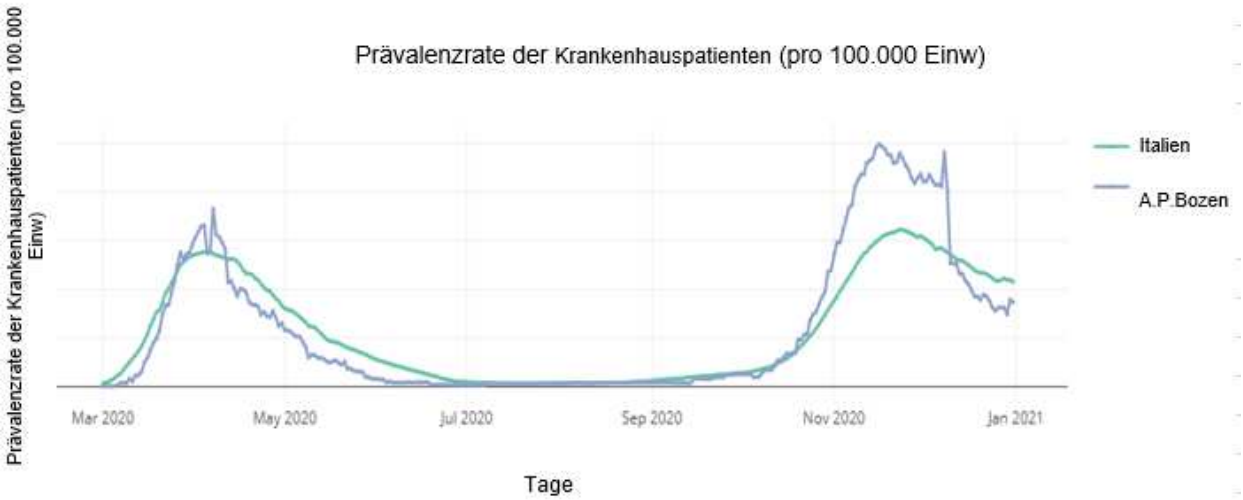


Quelle: Italienische Vereinigung für Epidemiologie, Überwachung und Analyse von Epidemiedaten (MADE)

Die Auswirkung auf die Krankenhäuser führte Anfang April zu einer Prävalenzrate der stationären Patienten von über 70 pro 100.000 Einwohner, die dann in den Sommermonaten auf

ausgesprochen niedrige Werte sank, dann wieder anstieg und im November etwa 100 erreichte, ein Wert, der über der nationalen Rate lag (Grafik 3.2).

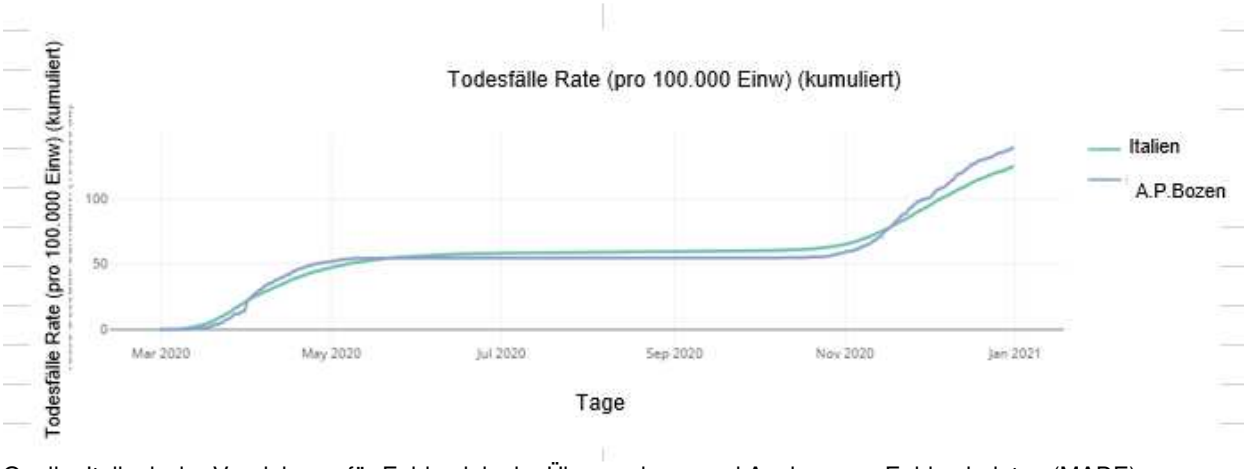
Grafik 3.2 – Entwicklung der Prävalenzrate der im Krankenhaus Aufgenommenen (März-Dezember 2020)



Quelle: Italienische Vereinigung für Epidemiologie, Überwachung und Analyse von Epidemiedaten (MADE)

Die Anzahl der COVID- Todesfälle hat von März bis Mai eine wachsende Tendenz gezeigt. Von Juni bis Juli ist sie nahezu unverändert geblieben, um dann zwischen November und Dezember deutlich im Vergleich zu den Anfangsmonaten zu steigen. Ende Dezember war die Kumulativrate an COVID-Todesfällen 139 auf 100.000 Einwohner, was über dem staatlichen Wert war, der bei 124 lag (Grafik 3.3).

Grafik 3.3 – Entwicklung der Kumulativrate der Todesfälle (März- Dezember 2020)



Quelle: Italienische Vereinigung für Epidemiologie, Überwachung und Analyse von Epidemiedaten (MADE)

4 Die Reorganisationspläne des Gesundheitsdienstes in der Provinz Bozen infolge des Notstandes Covid-19

Bei der jüngsten Covid-19- Pandemie gehörte Italien zu den am stärksten vom Virus betroffenen Länder. Der epidemiologische Notstand hat deutlich gemacht, dass ein strukturiertes territoriales Netz, das angemessen koordiniert und mit dem Krankenhaussystem und dem Notfallnetzwerk integriert ist, die Grundvoraussetzung für die Steuerung der Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitswesen ist.

In der ersten Notfallphase von Covid-19 wurden mehrere Hebel angesetzt, um das Betreuungsangebot der Anfrage anzupassen:

- die regulären Krankenhausaufnahmen und die fachärztlichen Leistungen, die aufgeschoben werden konnten, wurden ausgesetzt,
- einige Organisationseinheiten und Operationssäle wurden umfunktioniert,
- Neuorganisation der Bettenplätze,
- Covid-19-Patientenbetten wurden aktiviert.

Südtirol war in der Lage, die erste Phase der Pandemie sicher zu bewältigen, zum einen dank einer bereits anfänglich angemessenen Ausstattung von Betten, insbesondere im medizinischen Bereich und zum anderen dank der beschleunigten Inbetriebnahme des neuen Krankenhauses neben dem bestehendem Krankenhaus Bozen, das es ermöglichte die Covid-Intensivtherapien in Betrieb zu nehmen.
Um dem laufenden epidemischen Notstand angemessen durch den Ausbau der Tätigkeiten im Rahmen der Aufnahmen auf der Intensivstation und in Bereichen mit hohem Betreuungsbedarf, so wie von Artikel 2 des in Gesetz Nr. 77 vom 17. Juli 2020 umgewandelten Gesetzesdekrets Nr. 34 vom 19. Mai 2020 („wichtige Maßnahmen im Bereich Gesundheit, Unterstützung der Arbeit und der Wirtschaft sowie des Sozialbereichs im Zusammenhang mit dem epidemiologischen Covid-19-Notstand“) entgegentreten zu können, hat das Land mit **BLR Nr. 437 vom 16. Juni 2020** den „**Plan zur Reorganisation des Krankenhausnetzes infolge des Covid-19- Notstandes**“ genehmigt.

Die Maßnahmen für die Neuordnung des Krankenhausnetzes und der organisatorischen Abläufe setzen sich als Ziel den Landesgesundheitsdienst auf der Krankenhausebene strukturell zu stärken und einen Großteil der Maßnahmen zu strukturieren und organisieren, damit die Betreuung und die Betreuungskontinuität multidisziplinär und unter Einbeziehung der verschiedenen Berufsgruppen erbracht werden kann.
Die Intensivstationen sind daher an die neuen Standards, die vom Gesetzesdekret Nr. 34/2020, umgewandelt in Gesetz Nr. 77/2020, vorgeschrieben worden sind, und zwar 0,14 Bettenplätze auf tausend Einwohner, angepasst worden. Insgesamt wurden 77 Intensiv-Betten (mit einer Erhöhung um 40 Bettenplätze zu den 37 bereits vorhandenen) und 37 Subintensiv-Betten, welche durch eine Umwandlung von Betten in der Abteilung Infektionskrankheiten und Pneumologie, die mit der Vorrichtung für den Anschluss der Hilfsgerätschaften für die Beatmung ergänzt worden sind, in Betrieb genommen und ausgestattet.
Allerdings kann zum heutigen Stand nur eine Neudefinition des öffentlichen und privaten Krankenhausnetzes mit dem Ziel, es mit den vor Ort angebotenen Diensten zu integrieren, eine angemessene Antwort auf die steigende Nachfrage nach medizinischer Versorgung bieten. Dies nicht nur in Bezug auf die derzeitige Infektionslage, sondern auch in Bezug auf die normalen Tätigkeiten, die deutlich zurückgegangen sind.
Es muss daher im Vordergrund stehen, bereits jetzt die Gesundheitsdienste neu zu planen und in Richtung einer Wiederaufnahme der ordentlichen Tätigkeit der mittleren bis hochkomplexen Chirurgie (wobei die Notwendigkeit auf der Grundlage einer Bewertung seitens des Sanitätsbetriebs ermittelt wird), der Facharztvisiten, der diagnostischen Medizin, der Tätigkeiten in der physischen Rehabilitation und der post-akuten Langzeitbetreuung zu gehen und dabei

auch die Betreuungspfade neu zu definieren.
Abschließend, immer als Reaktion auf die Pandemie, wurde im Dezember 2020 mit BLR Nr. 1050 der **Operative Plan für den Abbau der Wartelisten** gemäß Artikel 29 des in Gesetz Nr. 126 vom 13.10.2020 umgewandelte Gesetzesdekret Nr. 104/2020 genehmigt.
Um der Nachfrage nach Facharztleistungen, Screenings und stationären Aufenthalten, die während der Notstandsphase nicht erbracht worden waren, zeitnahe gerecht zu werden und gleichzeitig die Wartelisten für dieselben Leistungen abzubauen, hat sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb um mehrere operative Maßnahmen hierfür bemüht, die im obengenannten Plan besser erklärt werden.

Ein wichtiges Referenzdokument ist schließlich der staatliche **Plan für den Aufschwung und die Resilienz/Recovery Plan** (in der Folge **„PNRR“** genannt). Er enthält einen detaillierten Bericht der Reformen, die der Staat innerhalb 2026 durchführen will, um der inländischen Wirtschaft zu helfen die vom Corona-Virus ausgelöste Krise zu überwinden und der ihn berechtigt, Finanzmittel von der Europäischen Union zu erhalten.
Die durchzuführenden Reformen und die damit verbundenen Investitionen sind in sechs thematische Missionen und 16 Teilbereiche gegliedert.
Für die Mission 6 „Gesundheit“, wurden **15,6 Milliarden €** zur Verfügung gestellt, um allen Bürgern den Zugang zur Gesundheitsbetreuung zu sichern und das Netz der Gesundheitseinrichtungen und -dienste zu stärken. Ziel ist es, die Prävention und die Gesundheitsdienste vor Ort zu stärken, das Gesundheitssystem zu modernisieren und zu digitalisieren und einen gleichberechtigten Zugang zur Betreuung zu sichern.

Das tiefgreifende und radikale Umdenken des öffentlichen Gesundheitswesens ist daher auch in Südtirol nun sehr eng an den PNRR und seine Umsetzung auf Landesebene gebunden. Der Kernpunkt des neuen Gesundheitssystems wird die Hauspflege sein. Mit der Aufstockung der staatlichen Finanzierung (auf staatlicher Ebene sind es 4 Mrd. der insgesamt für die Gesundheitsmission vorgesehenen 15,6 Mrd. €) sollen 10% der über 65-Jährigen Patienten mit chronischen Krankheiten und/oder nicht selbstständige Patienten bis Mitte 2026 zu Hause betreut werden. Andere Eckpfeiler innerhalb des Aktionsbereiches “Nahversorgungsnetze, Intermediäre Einrichtungen und Telemedizin für die territoriale Gesundheitsversorgung“ sind die Gemeinschaftshäuser, für die eine Investition von 2 Milliarden € vorgesehen ist, und die Stärkung der intermediären Gesundheitsversorgung und ihrer Einrichtungen (Gemeinschaftskrankenhäuser), für die 1 Milliarde € vorgesehen ist. Um diesen Kurswechsel in die Praxis umzusetzen, ist eine umfangreiche Investition in die Telemedizin vorgesehen, das technologische Instrument zur Modernisierung der Kommunikations-Datenübertragungsmöglichkeiten. Für die technologische und digitale Modernisierung sind auf staatlicher Ebene 7,36 Milliarden € vorgesehen.

5 Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Tätigkeit des Gesundheitsdienstes in Südtirol

Die Auswirkungen, die die Covid-19 Pandemie auf die Sterberate und das Gesundheitssystem gehabt hat, sind bekannt. In der Zwischenzeit sind nun auch die indirekten Auswirkungen, die dieselbe auf die verschiedenen Bereiche der Betreuung gehabt hat, bekannt.
Sie hat einige organisatorische Mängel in den Krankenhäusern aufgezeigt, die teilweise den Zugang von nicht-Covid-Patienten erschwert haben. Ein ähnliches Schicksal erfuhren auch die Ambulatorien, insbesondere jene, die innerhalb der Krankenhauseinrichtungen angesiedelt sind. Auch das medizinische und Pflegepersonal, sowie das Gesundheitspersonal im Allgemeinen konzentrierten sich auf die Behandlung der Auswirkungen des Virus, was zu einem signifikativen Rückgang bei den Tätigkeiten der ordentlichen und geplanten Versorgung führte.
Nachfolgend wird eine Datenanalyse zur stationären Krankenhausversorgung und der fachärztlichen ambulanten Betreuung vorgestellt, mit der Zielsetzung die Auswirkungen von

Covid-19 auf das Südtiroler Gesundheitssystem zu analysieren. Hierbei werden die Daten vom Jahr 2020 mit jenen aus dem Zweijahresszeitraum 2018/2019 verglichen, die Unterschiede sind in absolutem und prozentuellem Wert ausgedrückt.
Es wurden drei verschiedene Zeiträume für die Beobachtungen berücksichtigt:

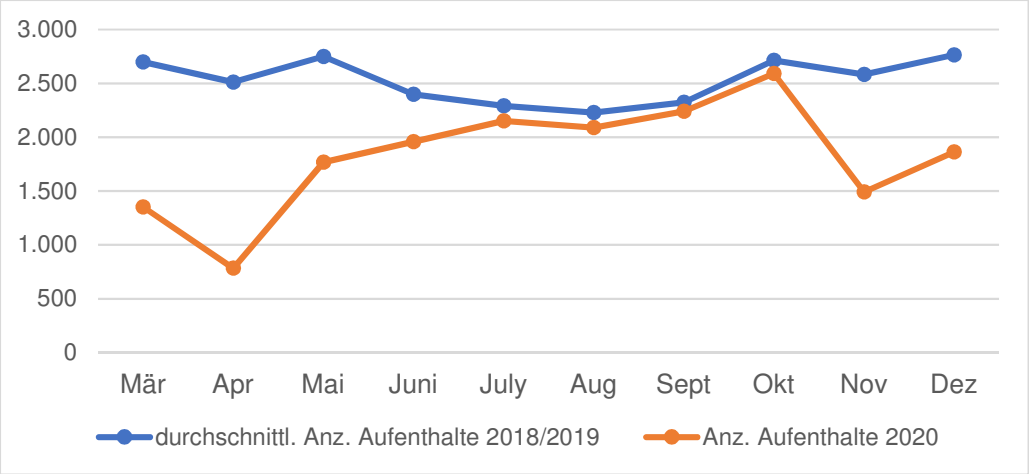
- März - Mai 2020 (erste Covid-19- Welle)
- Juni – September 2020 ("Erholungszeitraum")
- Oktober – Dezember 2020 (zweite Covid-19-Welle).

Die Daten wurden aus den Datenflüssen der Gesundheitsverwaltung herausgezogen, die von der Beobachtungsstelle für die Gesundheit der Landesabteilung Gesundheit verwaltet und vom Südtiroler Sanitätsbetrieb eingespeist werden. Die Lieferung dieser Daten ist auch eine Verpflichtung gegenüber dem NSIS („Nuovo Sistema Informativo Sanitario") auf staatlicher Ebene.

5.1 Krankenhausbetreuung für Akut-Patienten

Allgemein gesehen hat die Krankenhaustätigkeit für Akut-Patienten im Zeitraum **März-Dezember 2020** einen **Rückgang von insgesamt 21,7 %** verzeichnet, wenn man sie mit dem Durchschnitt der stationären Aufenthalte im gleichen Zeitraum der Jahre 2018 und 2019 vergleicht. Der Rückgang ist in den ersten drei Monaten der Analyse (März-Mai) mit einer Minderung von 35,1 % der Aufenthalte von Akut-Patienten am ausgeprägtesten (mehr als 7.300 Aufenthalte weniger im Vergleich zum selben Zeitraum der Jahre 2018/2019). Setzt man das Augenmerk auf die **programmierten Aufenthalte von Akut-Patienten, die ihren Wohnsitz in der Provinz haben**, zeigt sich ein Rückgang von 51% für die ersten drei Monate der Beobachtung, während der Rückgang der programmierten Tätigkeiten für die drei Folgemonate weniger einschneidend war (Grafik 5.1).

Grafik 5.1 – Programmierte Aufenthalte von Akut-Patienten mit Wohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen (Gegenüberstellung 2020 -Durchschnittliche Aufenthalte 2018/2019)

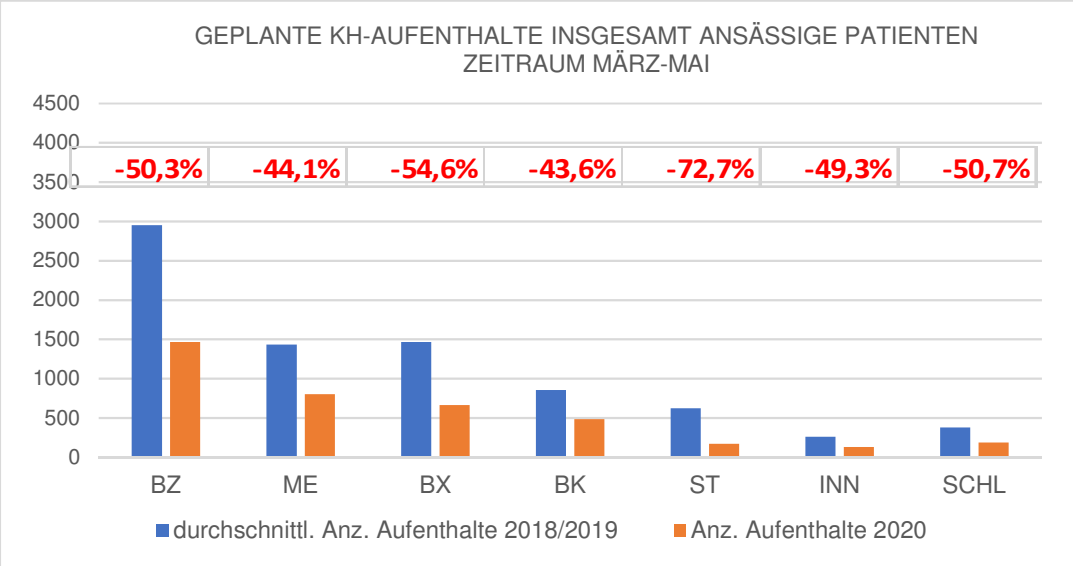


Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Der gesamte Rückgang der geplanten Aufenthalte für den Zeitraum März- Dezember 2020 im Vergleich zum selben Zeitraum der Jahre 2018 und 2019 liegt bei **-27,6%**.
Wenn man die sieben öffentlichen Krankenhäuser im Detail betrachtet, kann man einen unterschiedlich ausgeprägten Rückgang der Aufenthalte in den einzelnen Einrichtungen erkennen, sei es während der ersten Notstandsphase (Grafik 5.2), sei es in der "Erholungsphase" (Grafik 5.3) und auch in der Phase der sog. zweiten Welle (Zeitraum Oktober-Dezember, Grafik 5.4). Das Krankenhaus Sterzing scheint mit mehr als 72% weniger als im selben Vergleichszeitraum der Jahre 2018/2019, als jenes auf, das den größten Rückgang seiner gewöhnlichen Tätigkeit im Rahmen der geplanten Aufenthalte im ersten Analysezeitraum verzeichnet. Im Zeitraum Juni-September kann keine Einrichtung die versäumte Tätigkeit in der

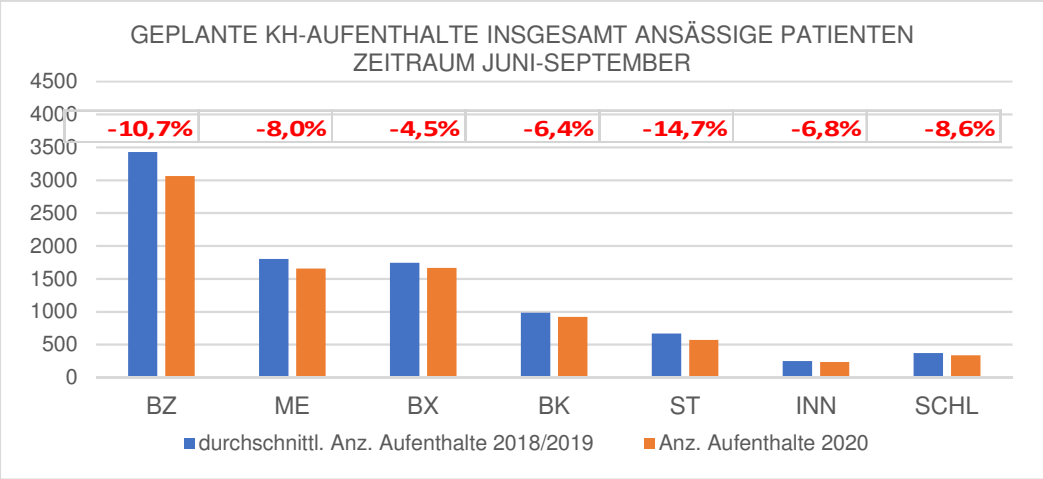
ersten Phase der Pandemie aufholen und keine kann das Tätigkeitsvolumen der vorangehenden Jahre erreichen.

Grafik 5.2 – Geplante Aufenthalte von Akut-Patienten mit Wohnsitz in Südtirol (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der geplanten Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **erste Welle März-Mai**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

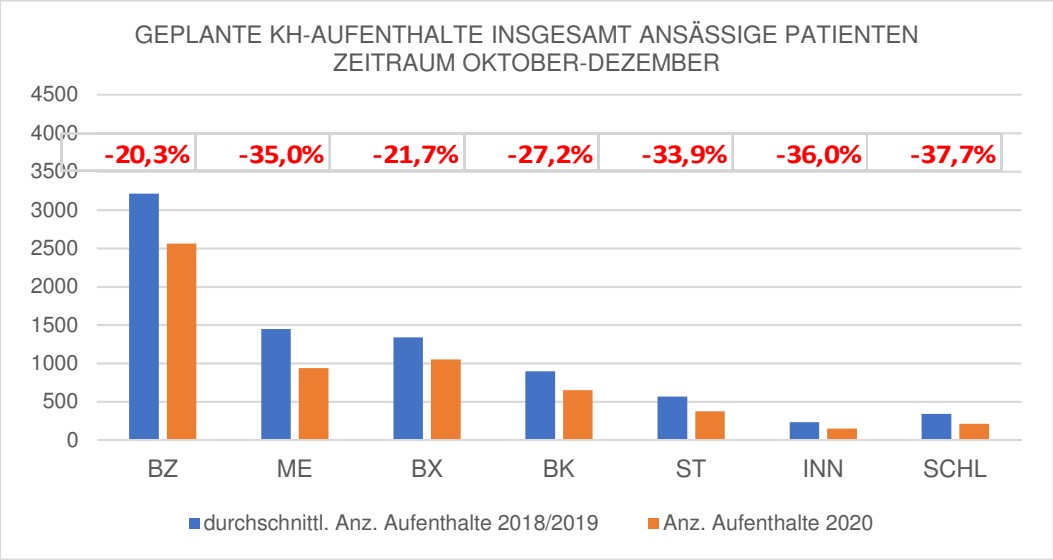
Grafik 5.3 – geplante Aufenthalte von Akut-Patienten mit Wohnsitz in der Provinz Bozen (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **Juni- September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Während der zweiten Welle wurde erneut ein genereller Rückgang der geplanten Aufenthalte verzeichnet, mit Spitzen die in den Krankenhäusern Meran, Innichen und Schlanders die **- 35%**-Marke erreichen oder überschreiten.

Grafik 5.4 –geplante Aufenthalte für Akut-Patienten mit Wohnsitz in Südtirol (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der geplanten Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **zweite Welle Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Bei der Analyse der geplanten Aufenthalte in den öffentlichen Einrichtungen des Landes nach Wohnsitzadresse der Patienten (Tabelle 5.1) zeigt sich, hauptsächlich im ersten Trimester der Analyse, ein größerer Rückgang für wohnhafte Patienten in den Gesundheitsbezirken von Bozen (-56%) und Brixen (-55%).
Die Bevölkerung des Gesundheitsbezirks Bruneck scheint den Mangel an Möglichkeit eines geplanten Aufenthaltes weniger verspürt zu haben, auch wenn für diese im Zeitraum März-Mai 2020 ein Rückgang von 40% der geplanten Aufenthalte verzeichnet wird.

Wie schon in der Analyse nach einzelner Aufenthaltseinrichtung beobachtet, ist der Rückgang im Sommer (Juni-September) weniger ausgeprägt, wobei die im Gesundheitsbezirk Brixen ansässige Wohnbevölkerung den kleinsten Rückgang (-2%) im Vergleich zur restlichen Landesbevölkerung erfahren hat.

Im Zeitraum der zweiten Pandemie-Welle war insbesondere ein Rückgang der geplanten stationären Versorgung für im Gesundheitsbezirk Meran ansässige Patienten zu verzeichnen, während sich für das übrige Landesgebiet ein Rückgang von weniger als 25% eingependelt hat.

Tabelle 5.1- Rückgang in % der geplanten Aufenthalte von ansässigen Akut-Patienten im Zeitraum März-Dezember 2020, im Vergleich zum Durchschnitt der geplanten Aufenthalte desselben Zeitraums in den Jahren 2018 und 2019, aufgeteilt nach den Gesundheitsbezirken, in dem der Wohnort der Patienten liegt.

	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				
Zeitraum	**Bozen**	**Meran**	**Brixen**	**Bruneck**	**Gesamt**
1. Welle März-Mai	-55,8 %	-47,2%	-54,6%	-40,1%	**-51,0%**
Juni- September	-14,1%	-5,7%	-2,1%	-5,8%	**-8,7%**
2. Welle Oktober-Dezember	-24,5%	-33,3%	-22,5%	-23,0%	**-26,1%**
März -Dezember 2020	**-30,5%**	**-27,5%**	**-25,1%**	**-22,1%**	**-27,6%**

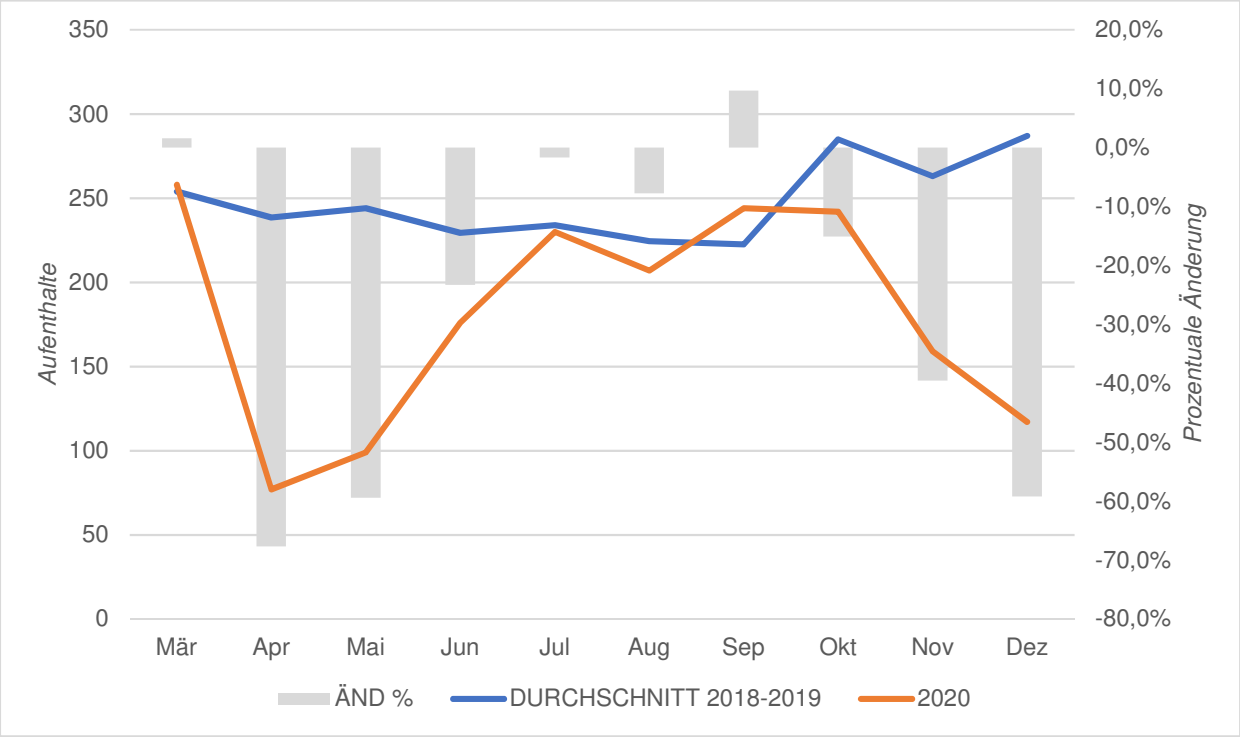
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.2 Krankenhausbetreuung für Post-akute Patienten

5.2.1 Rehabilitation (Operative Einheit Kodex 56)

Wenn man den Durchschnitt der Aufenthalte der Jahre 2018-2019 in der post-akuten Rehabilitation mit den Werten im Zeitraum März-Dezember 2020 vergleicht, tritt ein **Gesamtrückgang von 27,1%** zutage. Die Abnahme ist in den ersten drei Monaten der Analyse (erste Welle, März- Mai) und in den letzten Monaten (zweite Welle, Oktober- Dezember) markant, es kann jeweils ein Rückgang von ca. 40% beobachtet werden (für jeden der beiden Zeiträume macht dies einen Rückgang von ca. 300 Aufenthalten gegenüber dem selben Trimester der Jahre 2018/2019 aus). Während der Erholungsphase Juni-September war der Rückgang kleiner, und zwar gleich 6%. Insgesamt wurden **673 Aufenthalte weniger** verzeichnet (Grafik 5.5.).

Grafik 5.5 – Aufenthalte für die Rehabilitation, welche in Südtirol für die ansässige Bevölkerung erbracht wurden (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019)



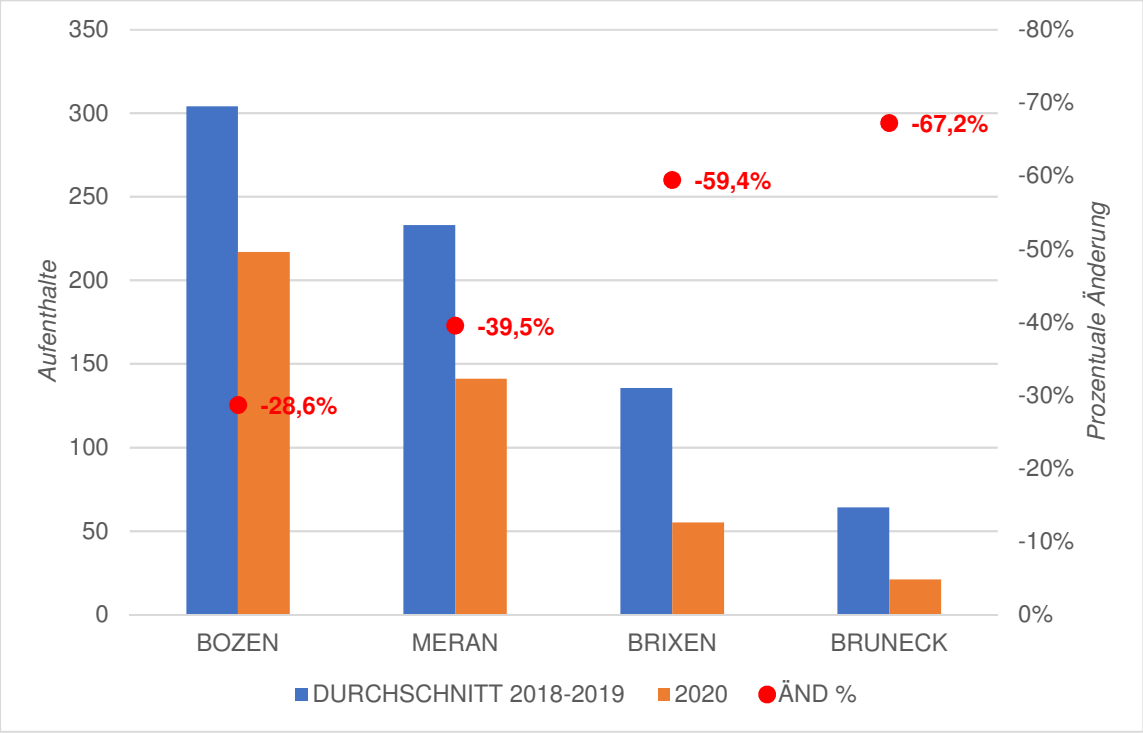
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Auf der Ebene der Gesundheitsbezirke beobachtet man in den drei Zeiträumen, die die Entwicklung der Pandemie durchlaufen hat, verschiedene Tendenzen. Während der ersten Welle (März- Mai) war der Rückgang in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck mit Werten von über 50% höher, während in die Gesundheitsbezirke Meran und Bozen einen kleineren Rückgang der Aufenthalte verzeichneten (Grafik 5.6). Im Zeitraum Juni-September hat nur der Gesundheitsbezirk Meran einen größeren Rückgang von über 20% verzeichnet, während die Rückgänge für Brixen und Bruneck gemäßigt waren. Im Gegensatz dazu konnte der Gesundheitsbezirk Bozen dank dem Beitrag der privaten vertragsgebundenen Einrichtungen einen Zuwachs von 8% verzeichnen (Grafik 5.7). Und schließlich, während des dritten Zeitraums (zweite Welle, Oktober-Dezember), betraf der größte Rückgang von über 60% wieder den Gesundheitsbezirk Bruneck, während Bozen und Brixen sich bei ca. 40% bewegten. Im Gegensatz dazu war Meran mit ähnlichen Werten wie im Zeitraum Juni-September aufgestellt (Grafik 5.8).

Wenn wir die Auswirkung bezogen auf den Wohnsitz des Patienten bewerten, tritt hervor, dass diejenigen, die in den verschiedenen berücksichtigten Zeiträumen am wenigsten von den Folgen

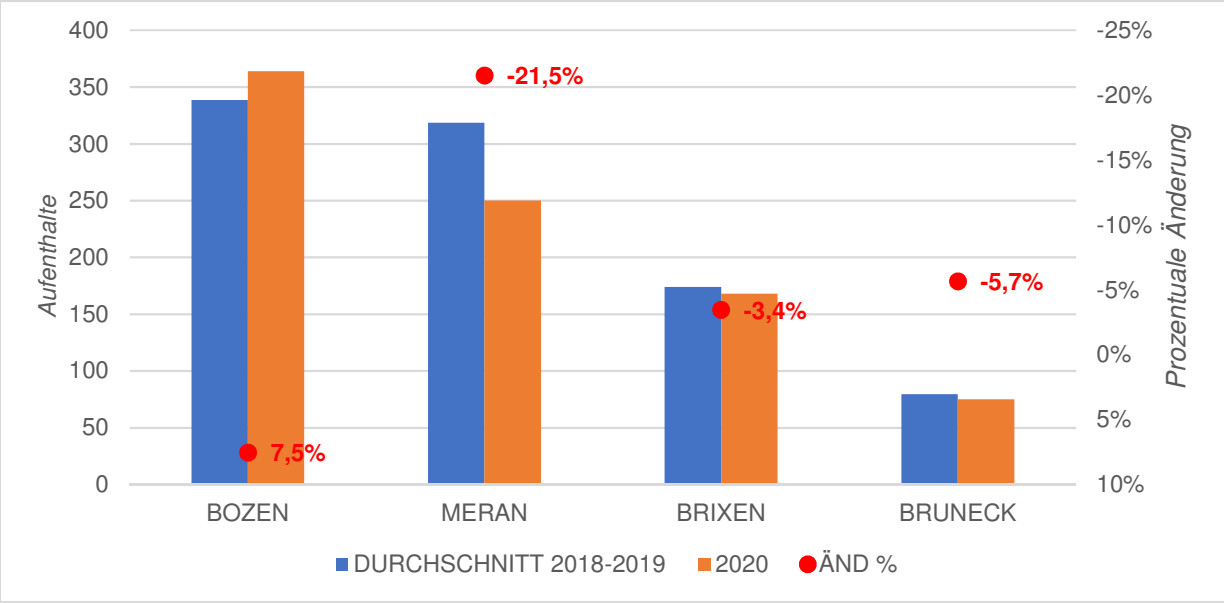
der Pandemie gespürt haben, die Patienten sind, die ihren Wohnsitz im Gesundheitsbezirk Bozen haben. Diese erlitten von März bis Dezember einen Gesamtrückgang von ungefähr 18%, im Gegensatz zu den Patienten in den anderen Gesundheitsbezirken, wo der Rückgang zwischen 30% und 40% lag (Tabelle 5.2).

Grafik 5.6 – Aufenthalte für die Rehabilitation von ansässigen Patienten nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **erste Welle März-Mai**



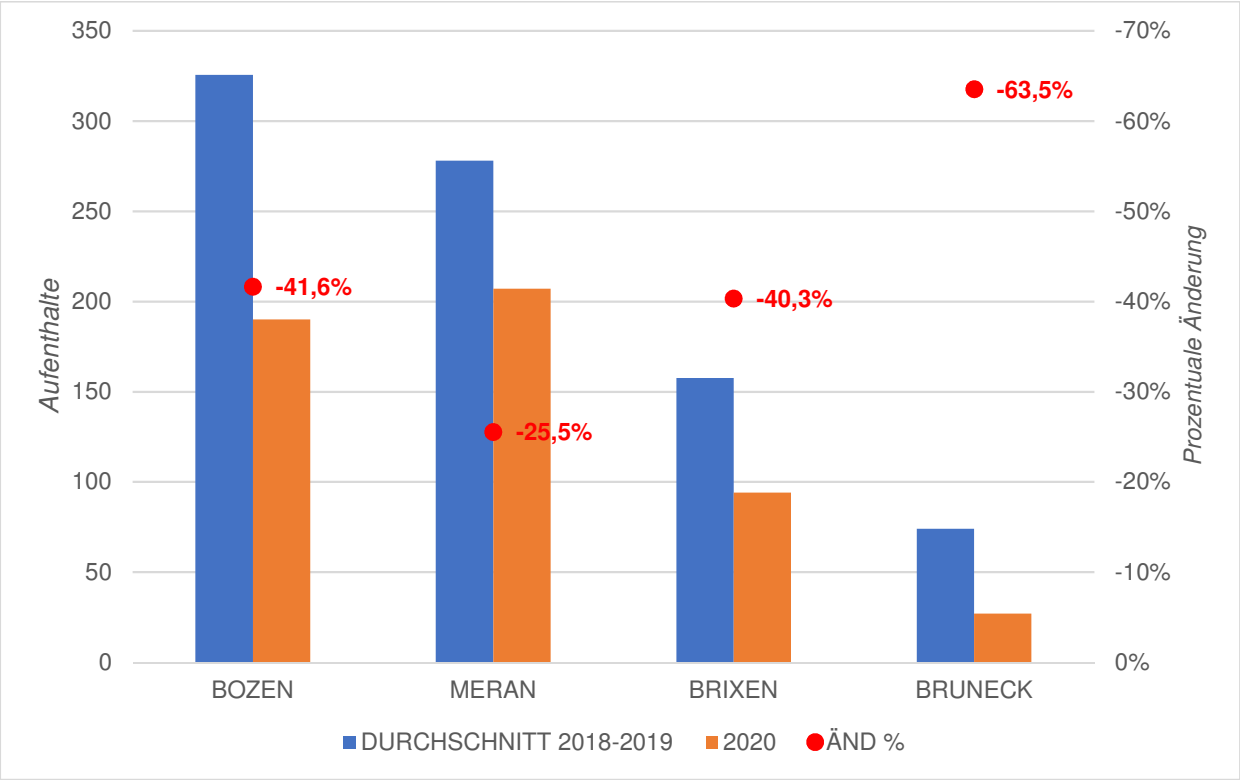
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.7 – Aufenthalte für die Rehabilitation von ansässigen Patienten nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.8 – Aufenthalte für die Rehabilitation von ansässigen Patienten nach Gesundheitsbezirk der Erbringung (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **zweite Welle Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Tabelle 5.2: in Südtirol erbrachte Aufenthalte für die Rehabilitation an die ansässige Bevölkerung, unterteilt nach Ansässigkeitsbezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - Änderung in Prozenten

	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				
Zeitraum	**Bozen**	**Meran**	**Brixen**	**Bruneck**	**Gesamt**
1. Welle März-Mai	-65,4%	-64,9%	-44,8%	-33,3%	-58,9%
Juni- September	+6,7%	-25,7%	-5,1%	-6,9%	-6,9%
2. Welle Oktober-Dezember	-28,8%	-42,1%	-41,8%	-60,8%	-38,0%
März -Dezember 2020	**-17,8%**	**-33,8%**	**-32,7%**	**-43,0%**	**-27,1%**

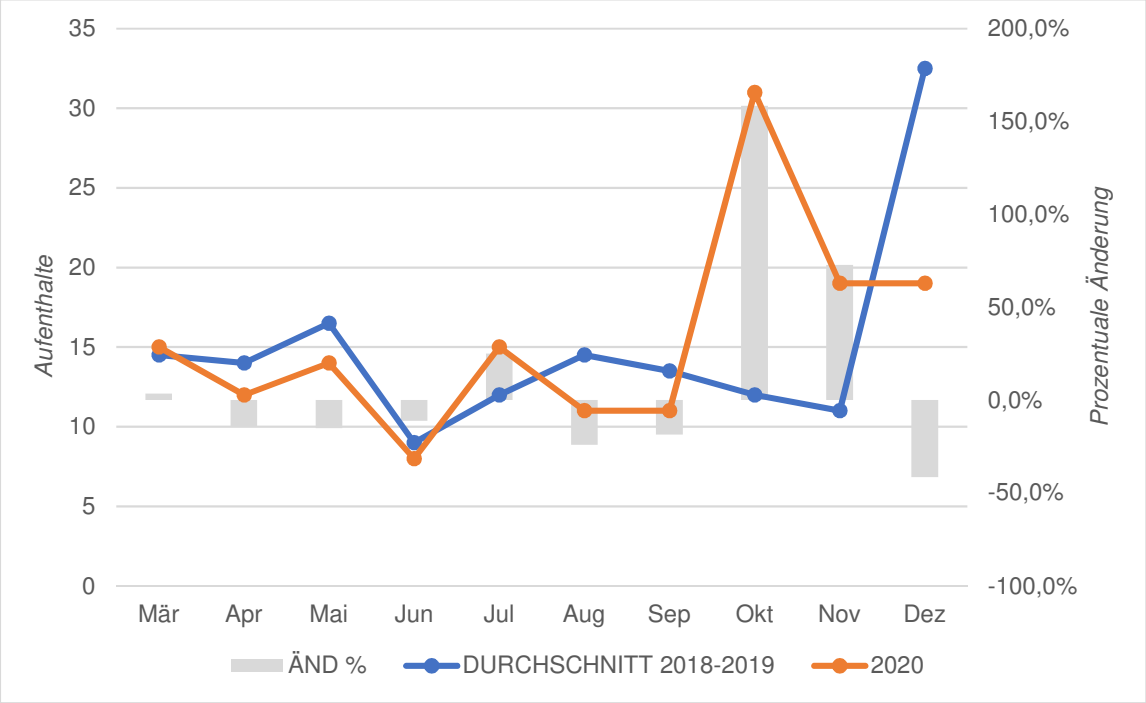
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.2.2 Neurorehabilitation (Operative Einheit Kodex 75)

Die Anzahl an Aufenthalten in den operativen Einheiten der Neurorehabilitation kennzeichnet sich durch eine leichte Zunahme von 3,7% im Zeitraum März- Dezember 2020, verglichen mit dem Durchschnitt der Jahre 2018-2019.
Die im letzten Zeitraum des Jahres (zweite Welle Oktober-Dezember) beobachtete Zunahme schlägt sich mit 24% in den Daten nieder. Dies setzte sich den Minderungen von 10% während der vorangehenden Zeiträume entgegen, sei es in den Monaten der ersten Welle (März-Mai) als

auch in der Erholungsphase (Juni-September). Insgesamt gesehen gab es **5 Aufenthalte** mehr als im Vergleich zum selben Trimester der Jahre 2018/2019 (Grafik 5.9).

Grafik 5.9 – Aufenthalte für die Neurorehabilitation, die in Südtirol für die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018/2019)



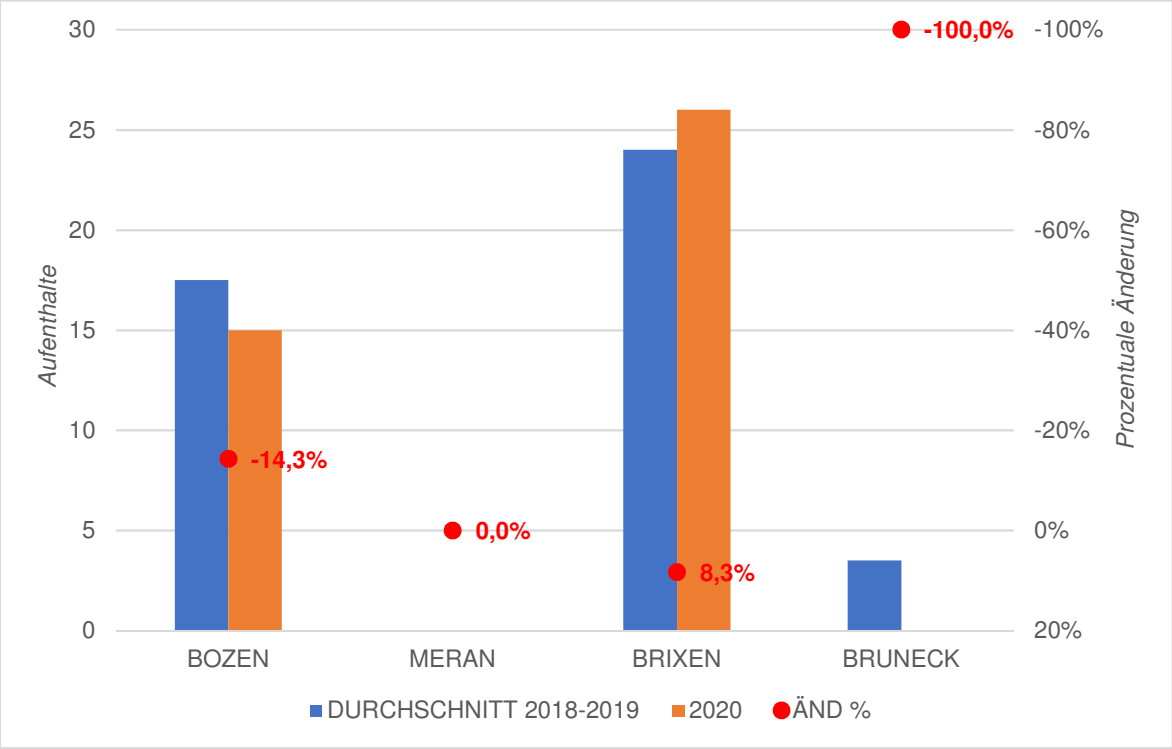
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Die Analyse der Aufenthalte, die nun folgt, bezieht sich ausschließlich auf die Gesundheitsbezirke Bozen und Brixen. Im Gesundheitsbezirk Meran gibt es nämlich keine Einrichtung mit aktiven Neurorehabilitationseinheiten, und im Gesundheitsbezirk Bruneck war die Anzahl der Aufenthalte kaum vorhanden (letzteres entspricht jedoch dem Landes-Rehabilitations-Plan, der die Auflösung der Neurorehabilitationseinheit vorsieht). Außerdem muss man berücksichtigen, dass die prozentualen Änderungen in einigen Fällen von den kleineren Fallzahlen bedingt sind.

Im Laufe der ersten Welle (März-Mai), hatten die beiden Gesundheitsbezirke entgegengesetzte Verläufe. Auf der einen Seite gab es für Brixen eine Steigerung von 8% und auf der anderen einen Rückgang von 14% für den Gesundheitsbezirk Bozen (Grafik 5.10). Im Laufe des Zeitraums Juni-September war die Tendenz nicht nur unverändert, sie ist, betreffend die prozentuale Relevanz, gestiegen. In der Tat gab es im Gesundheitsbezirk Brixen eine Steigerung von 31% gegenüber einem Rückgang von mehr als 40% im Gesundheitsbezirk Bozen (Grafik 5.11). Dieser Gegensatz setzte sich auch im dritten Zeitraum (zweite Welle, Oktober-Dezember) fort, deutlicher mit einem Rückgang von 34% für Gesundheitsbezirk Bozen und einer Steigerung von mehr als dem Doppelten für den Gesundheitsbezirk Brixen (Grafik 5.12).

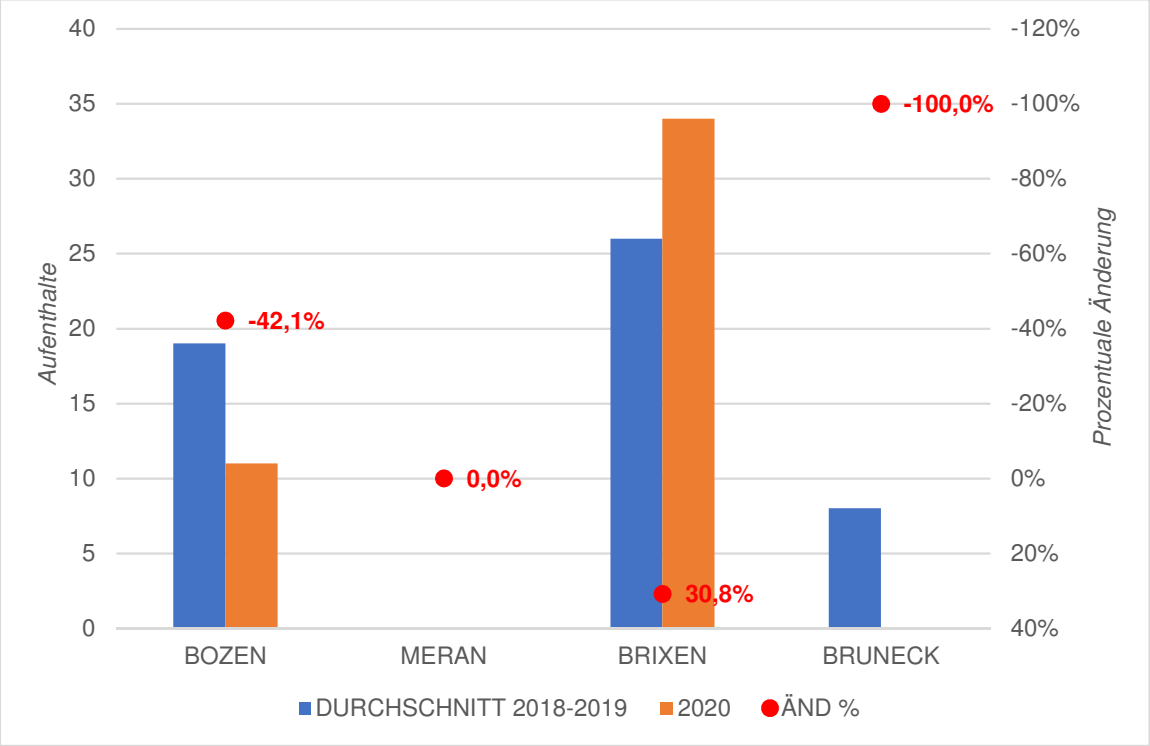
Die Analyse nach Ansässigkeits-Bezirk des Patienten zeigt für den Gesundheitsbezirk Bozen eine gewisse Stabilität, eine Steigerung von über 40% für den Gesundheitsbezirk Meran, der sich ab Mai gezeigt hat und dann, eine ähnlichen Rückgang um weniger als 20% für die Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck. (Tabelle 5.3).

Grafik 5.10 – Aufenthalte in der Neurorehabilitation, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht wurden, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erfolgten (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **erste Welle, März-Juni**



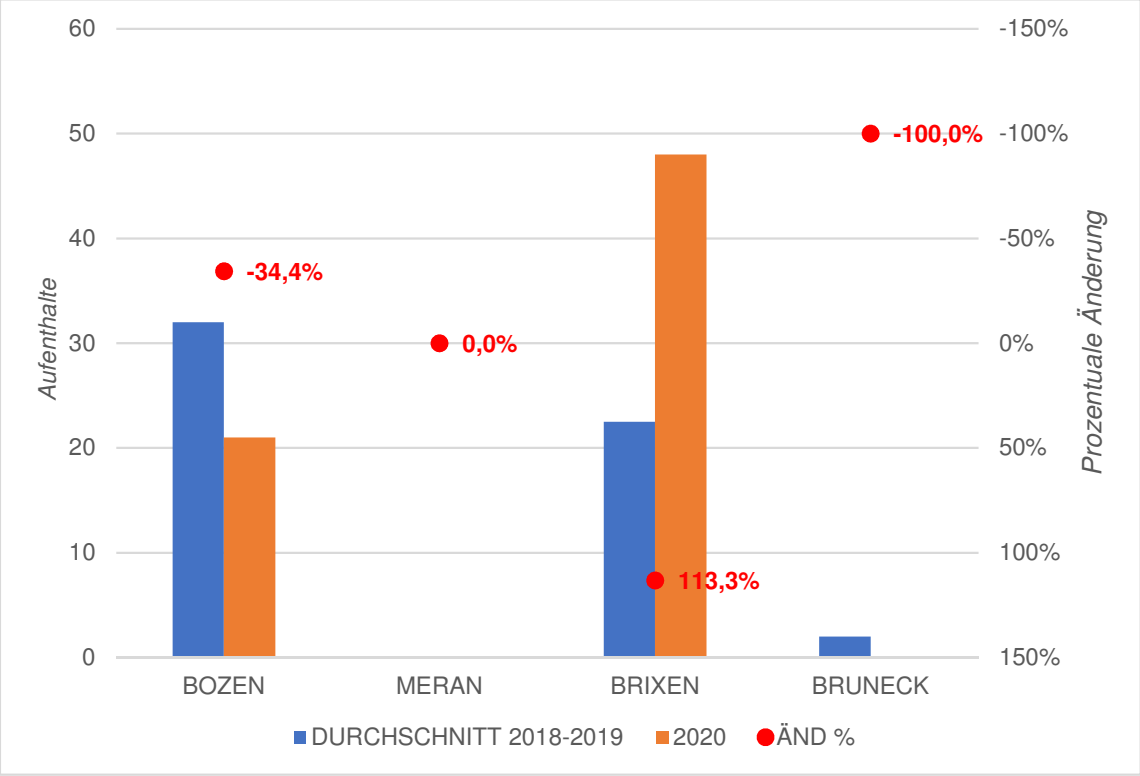
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.11 – Aufenthalte in der Neurorehabilitation, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht wurden, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erfolgten (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019 - **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.12 Aufenthalte in der Neurorehabilitation, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht wurden, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erfolgten (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **zweite Welle, Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Tabelle 5.3 Aufenthalte für die Neurorehabilitation, welche in Südtirol zu Gunsten der ansässigen Bevölkerung erbracht worden sind, aufgeteilt nach Ansässigkeits-Bezirk (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019- Änderung in Prozent)

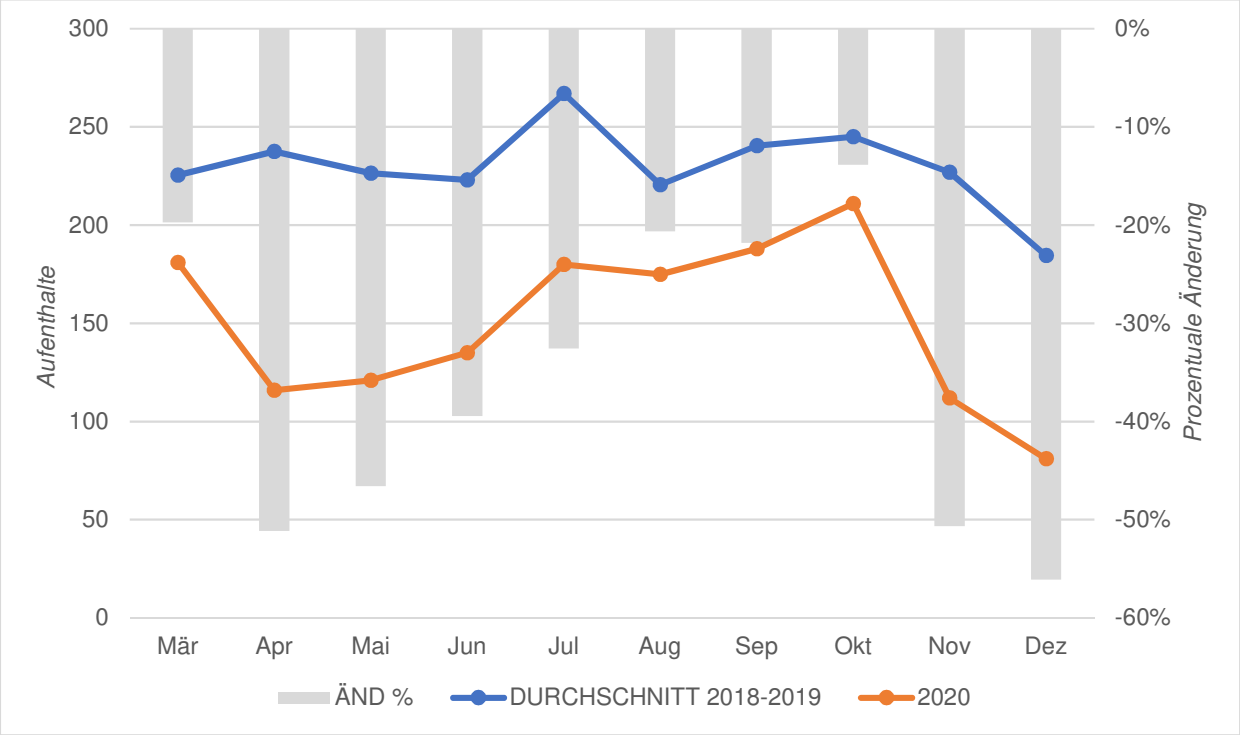
	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				
Zeitraum	**Bozen**	**Meran**	**Brixen**	**Bruneck**	**Gesamt**
1. Welle März-Mai	-13,0%	+6,7%	0,0%	-27,3%	-8,9%
Juni- September	-9,4%	+73,3%	-40,0%	-60,0%	-8,2%
2. Welle Oktober-Dezember	+18,8%	+46,2%	-6,7%	+66,7%	+24,3%
März -Dezember 2020	**+0,6%**	**+42,9%**	**-17,0%**	**-18,5%**	**+3,7%**

Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.2.3 Langzeitpflege (Operative Einheit Kodex 60)

Für den Zeitraum März-Dezember 2020 gab es in den operativen Einheiten für Langzeitpflege einen **Rückgang der Aufenthalte von 34,7%** im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018/2019. In analoger Weise zur Rehabilitation ist der Rückgang in den ersten drei (erste Welle März-Mai) und den letzten drei Monaten (zweite Welle, Oktober-März) der Analyse markant, während die Minderung in der Erholungsphase ca. 40% betragen hat. Insgesamt erfolgten **797 Aufenthalte weniger als im Durchschnitt der Jahre 2018/2019.**

Grafik 5.13 – Langzeit-Aufenthalte, die in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind. (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019)



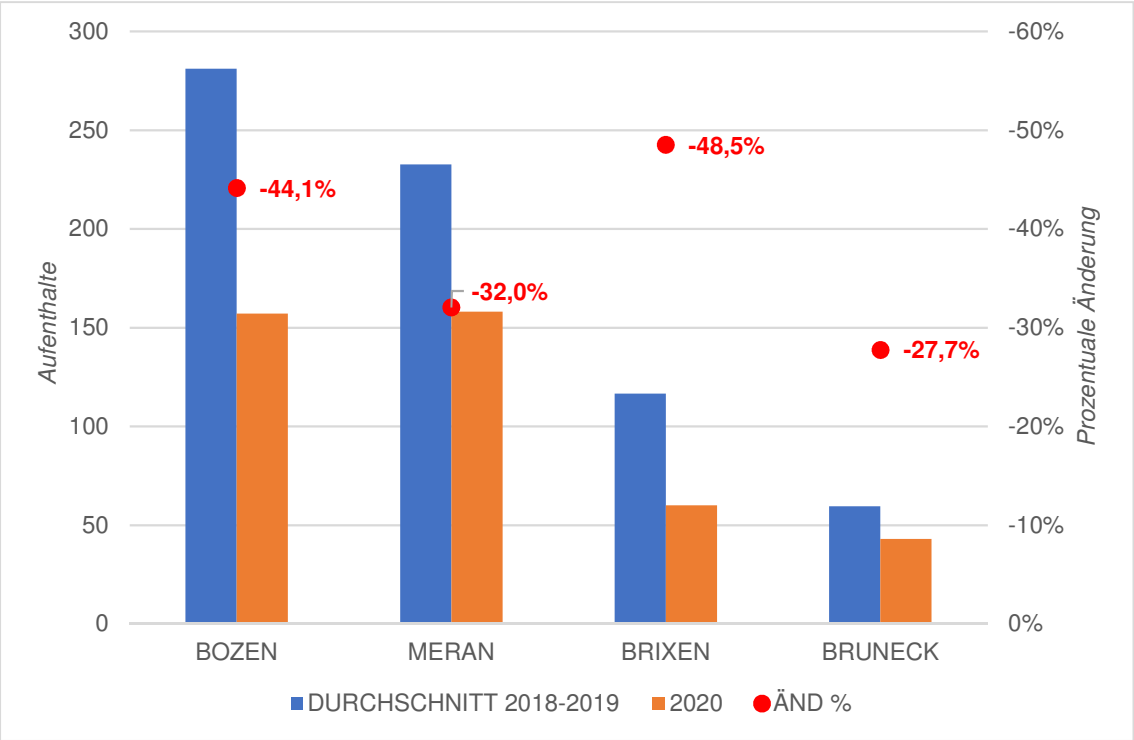
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Die Analyse auf Bezirksebene muss davon Rechnung tragen, dass im Gesundheitsbezirk Bozen die Langzeitaufenthalte in den privaten vertragsgebundenen Betreuungseinrichtungen erbracht werden. Auch für die Langzeitaufenthalte kann man in den drei Zeiträumen, die die Entwicklung der Pandemie beschrieben haben, verschiedene Tendenzen beobachten.
Im Laufe der ersten Welle (März-Mai), hat der Rückgang den Gesundheitsbezirk Bruneck mit 28% weniger und den Gesundheitsbezirk Brixen mit 49% mehr betroffen, während die Gesundheitsbezirke Bozen und Meran eine negative Änderung von 44% bzw. 32% verzeichnet haben (Grafik 5.14).

Im Zeitraum Juni-September verzeichnete der Gesundheitsbezirk Bruneck den größten Rückgang, und zwar um 42%, während Meran mit ungefähr 17% der Gesundheitsbezirk mit dem kleinsten Rückgang war. Bozen und Brixen verzeichneten einen Rückgang von über 30% (Grafik 5.15). Schließlich, im dritten Zeitraum (zweite Welle, Oktober- Dezember), war der größte Rückgang mit 64% im Gesundheitsbezirk Bruneck zu verzeichnen, während die anderen drei Gesundheitsbezirke Rückgänge von ungefähr 35% zu verzeichnen hatten (Grafik 5.16).

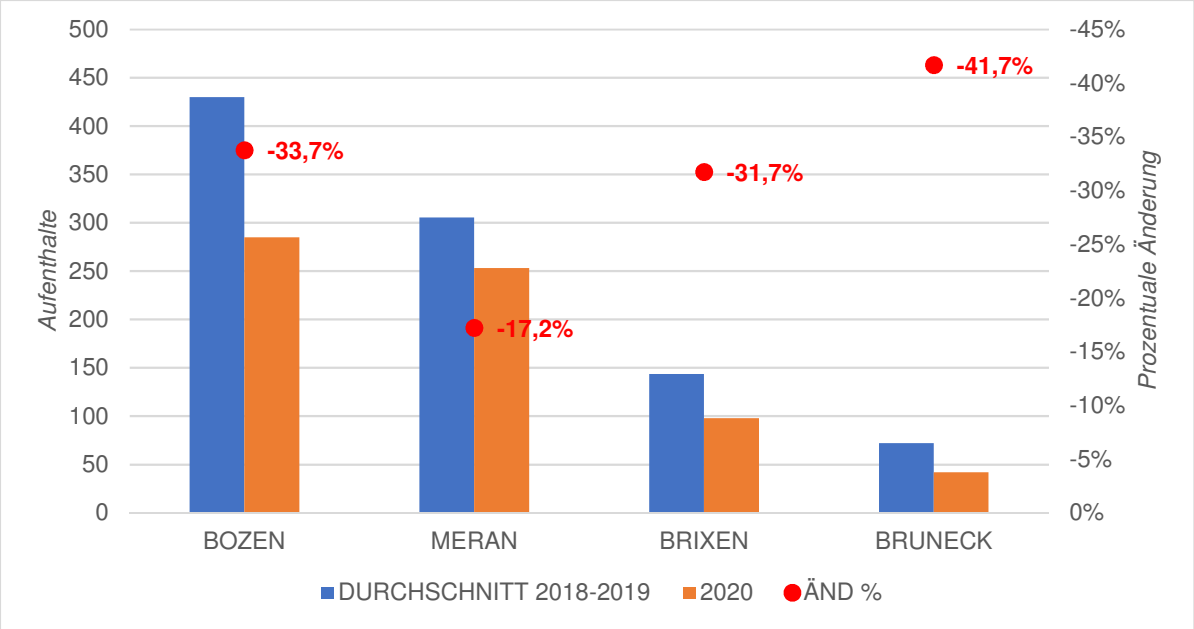
Bewertet man die Auswirkung auf der Grundlage des Wohnortes des Patienten, hat nur der Gesundheitsbezirk Meran Rückgänge von weniger als 30% für den gesamten Zeitraum März-Dezember zu verzeichnen. In Bozen und Brixen gab es Werte um die 36%, während Bruneck mit über 40% den größten Rückgang, der sich ab dem Monat Mai noch verstärkte, zu verzeichnen hatte (Tabelle 5.4).

Grafik 5.14 – Langzeit-Aufenthalte, welche in Südtirol zu Gunsten der ansässigen Bevölkerung erbracht worden sind, aufgeteilt auf Gesundheitsbezirk, in dem sie erbracht worden sind (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte den Jahren 2018/2019) - **erste Welle, März- Mai**



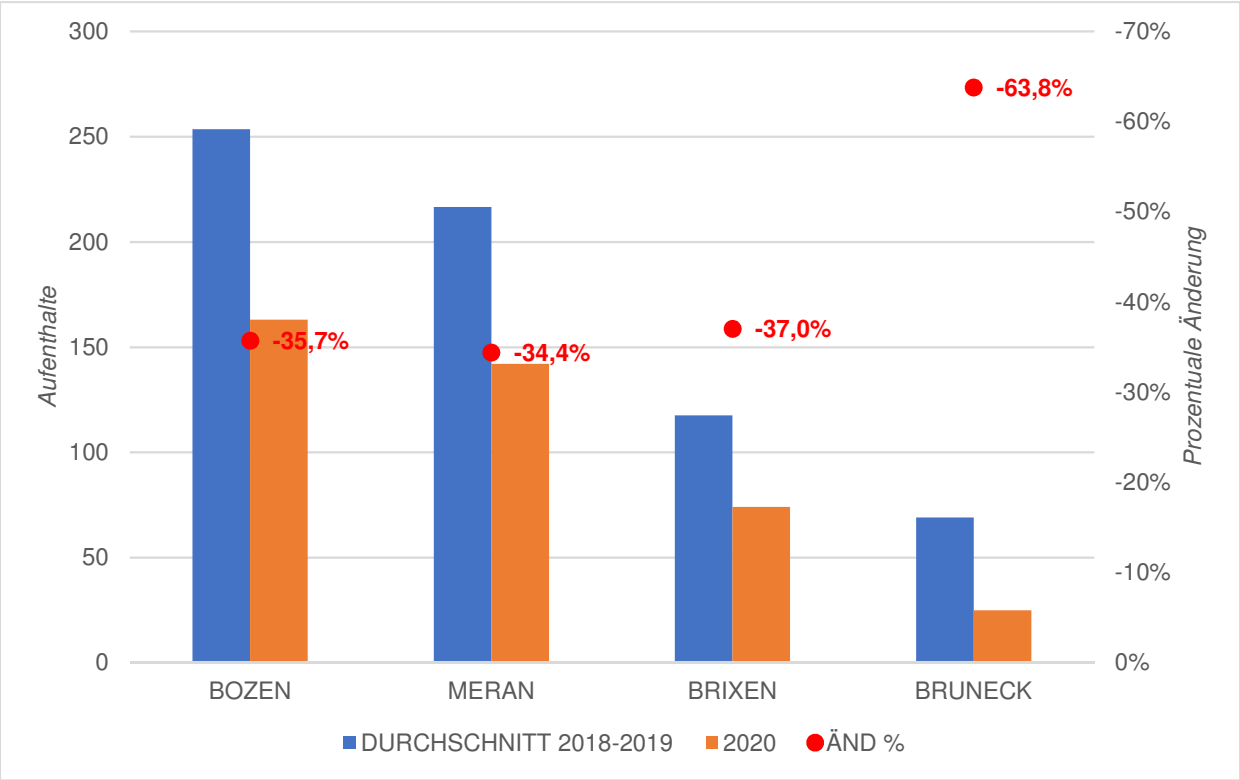
Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.15 – Langzeit-Aufenthalte, welche in Südtirol für die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind, aufgeteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erbracht worden sind, (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) - **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Grafik 5.16 – Langzeit-Aufenthalte, die für ansässige Patienten in Südtirol erbracht wurden, unterteilt nach Gesundheitsbezirk, in dem sie erbracht worden sind (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019) – **zweite Welle Oktober-Dezember**



Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Tabelle 5.4 Langzeit-Aufenthalte, die für ansässige Patienten in Südtirol erbracht wurden, unterteilt in Gesundheitsbezirk der Ansässigkeit (2020 im Vergleich mit dem Durchschnitt der Aufenthalte in den Jahren 2018/2019- perzentuale Änderung)

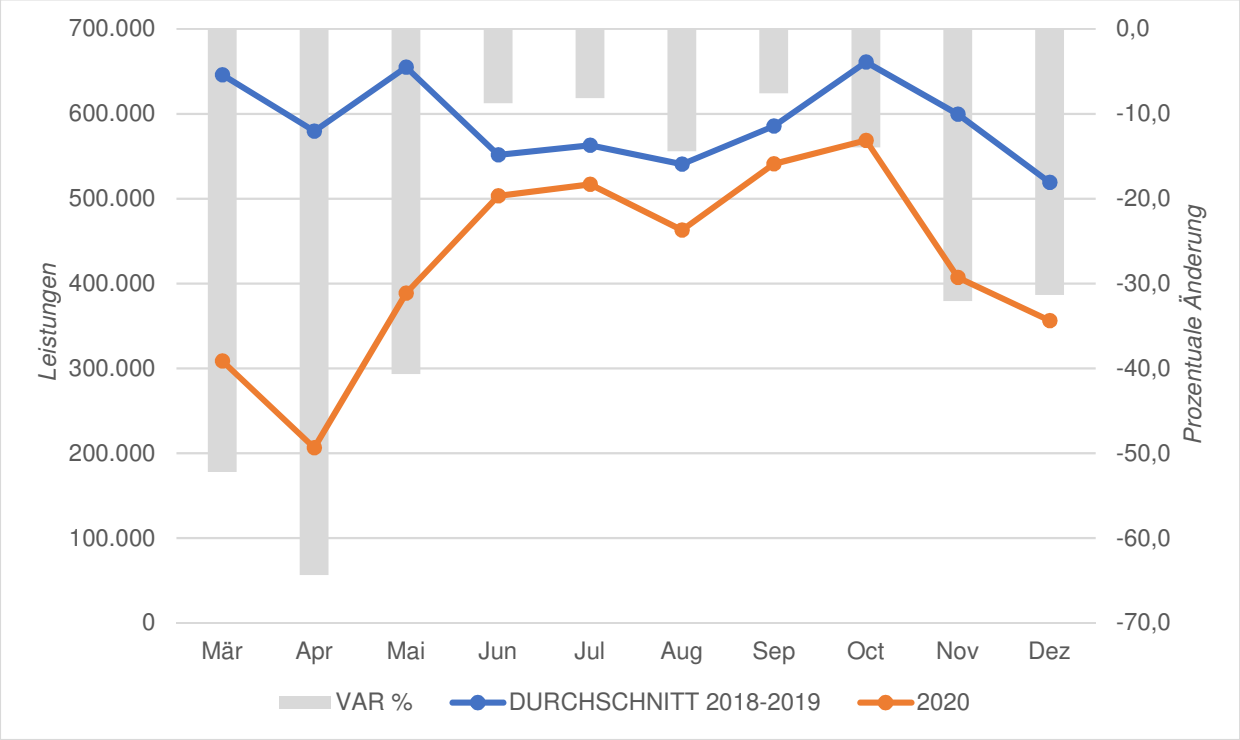
	Ansässigkeit des Patienten im Gesundheitsbezirk				
Zeitraum	**Bozen**	**Meran**	**Brixen**	**Bruneck**	**Gesamt**
1. Welle März-Mai	-41,7%	-35,9%	-47,0%	-28,1%	-39,4%
Juni- September	-35,5%	-12,4%	-30,7%	-36,0%	-28,7%
2. Welle Oktober-Dezember	-29,6%	-41,7%	-36,4%	-65,6%	-38,5%
März -Dezember 2020	**-35,7%**	**-28,5%**	**-37,4%**	**-43,6%**	**-34,7%**

Quelle: Datenfluss Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

5.3 Fachärztliche Betreuung

Die Anzahl der erbrachten fachärztlichen Leistungen hat hervorgehoben, dass es im Zeitraum März-Dezember einen **Gesamtrückgang von 27,8 %** für den Zeitraum März-Dezember 2020 gegeben hat, wenn er mit dem Durchschnitt der erbrachten fachärztlichen Leistungen im gleichen Zeitraum der Jahre 2018-2019 verglichen wird. Der bedeutendste Rückgang war in den ersten drei Monaten der Analyse (erste Welle, März- Mai) zu verzeichnen, als ein Rückgang von mehr als 50% zu verzeichnen war (ein **Rückgang von über 970.000 Leistungen** im Vergleich zum selben Trimester der Jahre 2018-2019). Dieser prozentuale Rückgang vermindert sich auf 10% in der Erholungsphase von Juni- September, um dann ab Oktober (zweite Welle) wieder auf 25% zu steigen (Grafik 5.19).

Grafik 5.17 – ambulante fachärztliche Leistungen, welche in Südtirol an die ansässige Bevölkerung erbracht worden sind (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018/2019)

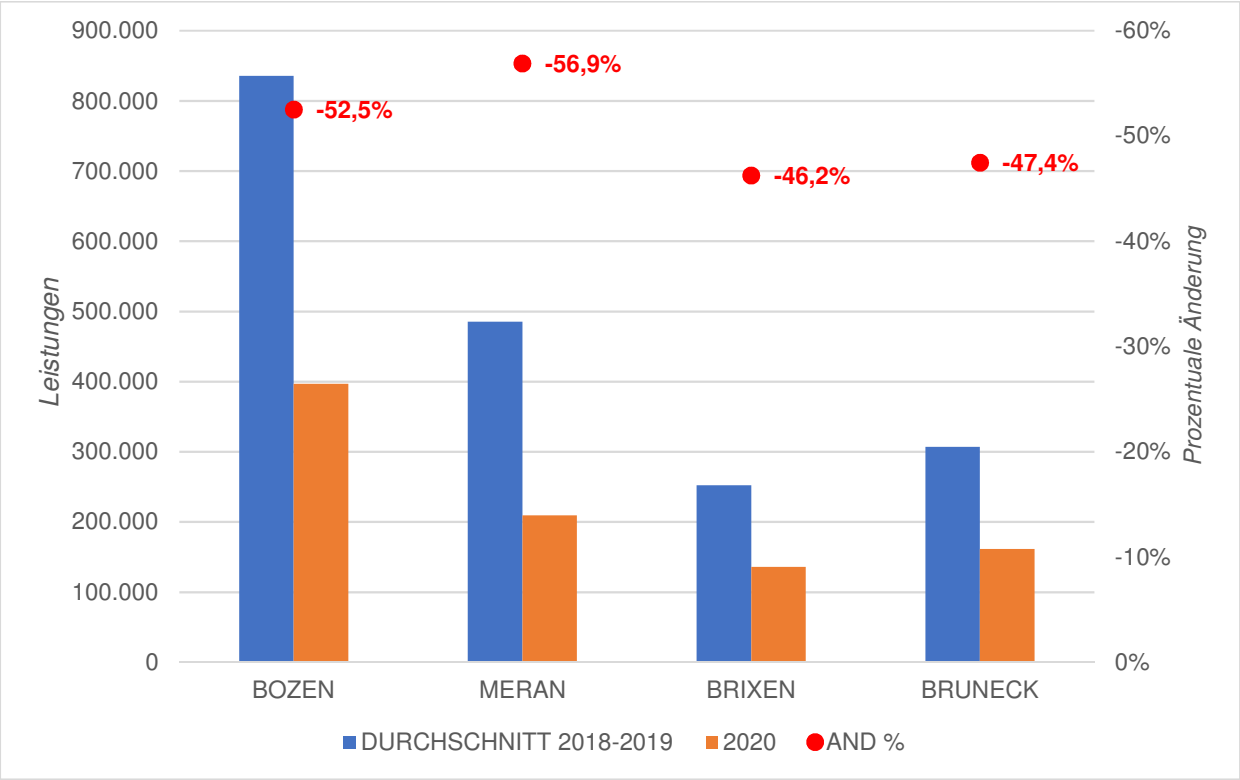


Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Analysiert man die vier Gesundheitsbezirke, in denen die Leistungen erbracht worden sind, einzeln, kann man in den drei Zeiträumen, in denen sich die Pandemie entwickelt hat, unterschiedliche Tendenzen beobachten. Während der ersten Welle (März-Mai), gab es in allen Gesundheitsbezirken einen beträchtlichen Rückgang mit Werten um die 50% und einer Spitze von 57% im Gesundheitsbezirk Meran (Grafik 5.18). Im Laufe des Zeitraums Juni-September konnte man in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran Rückgänge von über 10% und in Bruneck einen sehr kleinen Rückgang beobachten, während im Gesundheitsbezirk Brixen ein kleiner Zuwachs verzeichnet wurde (Grafik 5.19). Schließlich, während des dritten Zeitraums (zweite Welle, Oktober-Dezember), gab es die ausgeprägtesten Abnahmen mit über 30% in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran, während sie in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck mit Werten um die 5% und 12% weniger relevant waren (Grafik 5.20).

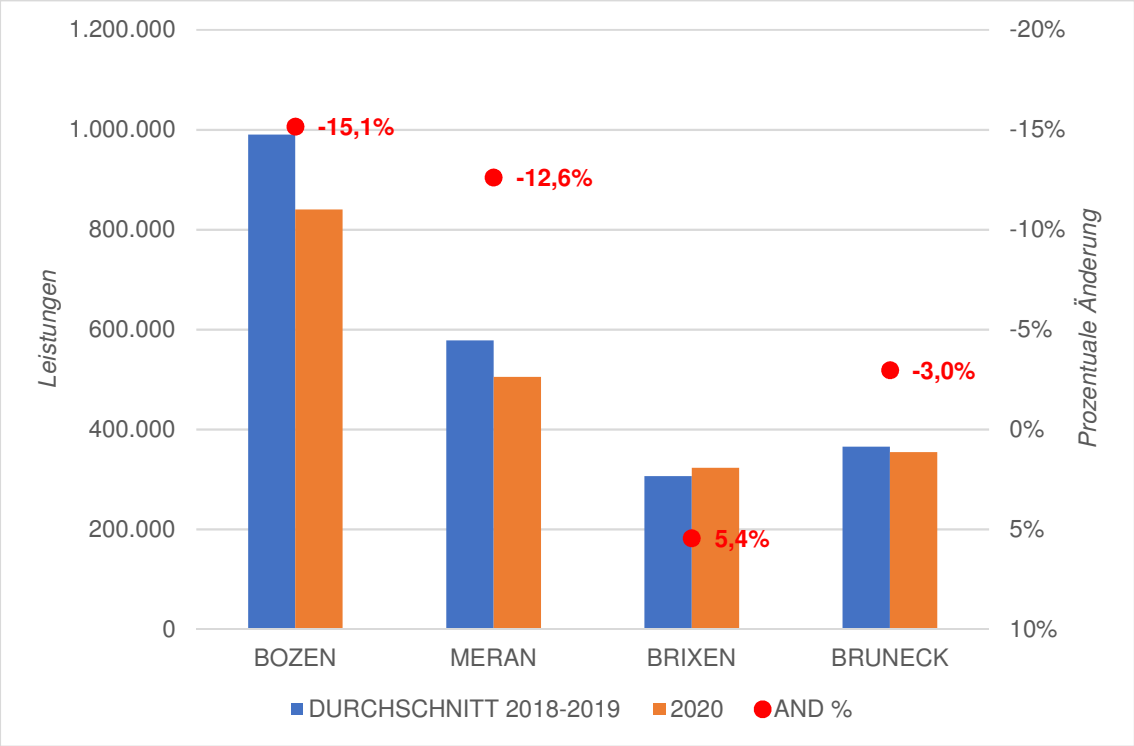
Bei der Bewertung der Auswirkungen nach dem Wohnort der Patienten zeigt sich, dass diejenigen, die während der verschiedenen betrachteten Zeiträume am stärksten unter den Folgen der Pandemie zu leiden hatten, die Ansässigen in den Gesundheitsbezirken Bozen und Meran sind, da sie von März bis Dezember insgesamt einen Rückgang von mehr als 30% hinnehmen mussten. Bedeutend geringer scheint die Auswirkung auf die ansässige Bevölkerung in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck gewesen zu sein (Tabelle 5.5).

Grafik 5.18 – Ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018-2019) – **erste Welle März bis Mai**



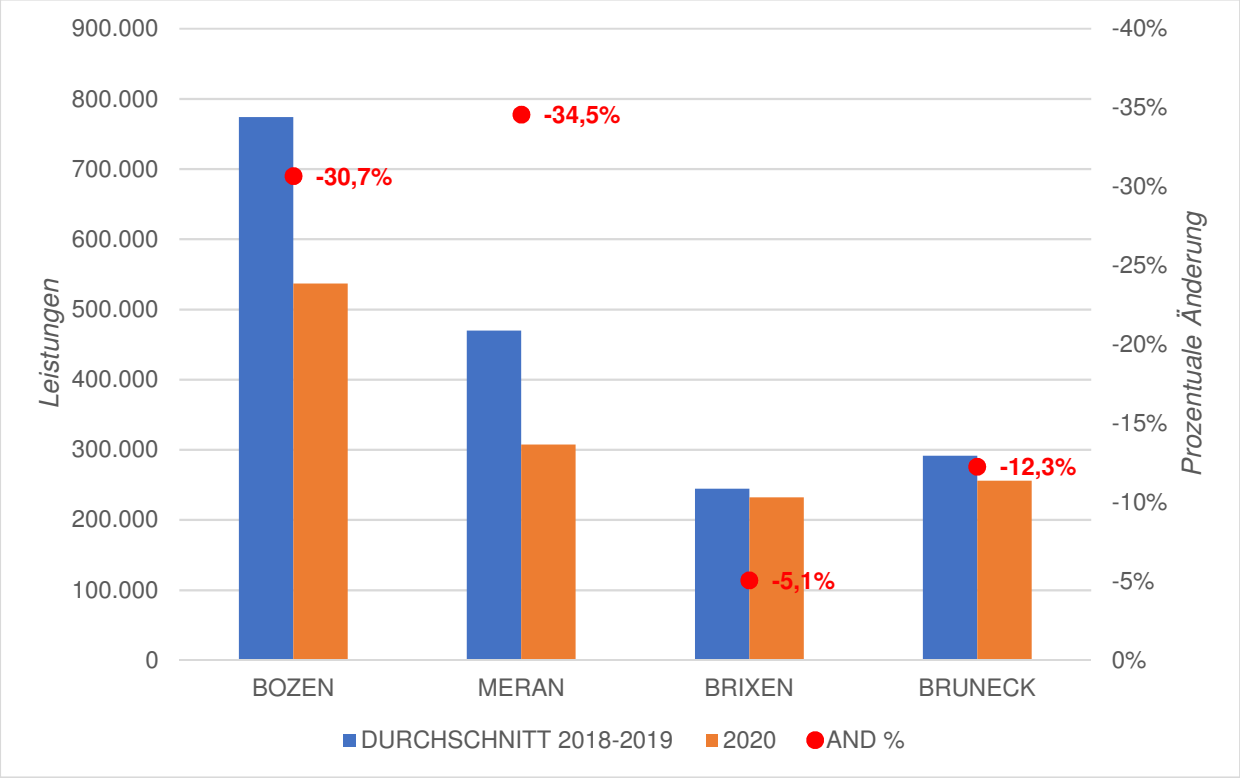
Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Grafik 5.19 – ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Gesundheitsbezirk (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018//2019) – **Zeitraum Juni-September**



Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Grafik 5.20 – ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Gesundheitsbezirk– zweite Welle Oktober bis Dezember (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018//2019)



Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

Tabelle 5.5 – in Südtirol erbrachte ambulante Facharztleistungen für die ansässige Bevölkerung nach Ansässigkeitsbezirk (2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2018//2019- prozentuale Änderung)

	Ansässigkeit der Patientin/ des Patienten im Gesundheitsbezirk				
Zeitraum	**Bozen**	**Meran**	**Brixen**	**Bruneck**	**Gesamt**
1. Welle März-Mai	-46,6%	-43,9%	-55,3%	-52,8%	-48,0%
Juni- September	-14,8%	-11,7%	+5,5%	-4,9%	-9,7%
2. Welle Oktober-Dezember	-30,7%	-33,3%	-5,6%	-13,1%	-25,2%
März -Dezember 2020	**-31,9%**	**-32,4%**	**-13,5%**	**-20,8%**	**-27,8%**

Quelle: Datenfluss ambulante Facharztleistungen (SPA)

5.4 Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Das Ziel der Analyse in den vorangehenden Abschnitten und in den nachfolgenden Kapiteln ist es, zu ermitteln und aufzuzeigen, wie das **Landesgesundheitssystem** eine **gewisse Widerstandsfähigkeit** in bestimmten Bereichen gezeigt hat und gleichzeitig die Bereiche zu ermitteln, in denen das **Angebot** im Jahr 2020 **zurückgegangen** ist. In diesen Bereichen muss bei der Planung der **Wiederankurbelung des Systems Priorität** eingeräumt werden, um auf proaktive Weise auf jene Bedürfnisse der Bürger zu antworten, die während des Hauptausbruches der Covid-19-Pandemie vernachlässigt wurden. Wie aus einer Studie der Agenas[2] (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali- Staatliche Agentur für die regionalen

[2] https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fresilienza

Gesundheitsdienste) und des "Laboratorio Mes"[3] der Hochschule (*Scuola Superiore*) Sant'Anna di Pisa, zum Vergleich auf staatlicher Ebene hervorgeht, **hat sich für die Provinz Bozen herausgestellt, dass sie auf Ebene der Betreuung im Krankenhaus, und zwar bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen, weniger stark als die anderen Regionen/Provinzen des Netzwerkes unter den Auswirkungen des Covid-19 gelitten hat**. In der betreffenden Umfrage wurden die im Jahr 2019 erbrachten Krankenhausleistungen mit jenen des gesamten Jahres 2020 verglichen. Eine Vertiefung der verfügbaren Daten hat ergeben, dass die Gesundheitsdienste aus den **Erfahrungen der ersten Epidemiewelle gelernt haben und es ihnen gelungen ist, in der zweiten Jahreshälfte eine wirksamere Antwort** auf die Pflegebedürfnisse der Bürger zu geben, obwohl die Pandemie territorial weiter verbreitet war. Insgesamt hat unser nationales Gesundheitswesen jedenfalls in Hinblick auf die Erbringung der Leistungen, die nicht in Zusammenhang mit Covid-19 stehen, eine beträchtliche Widerstandsfähigkeit gezeigt. Bekanntlich hat Covid-19 die italienischen Regionen im Jahr 2020 nicht homogen getroffen: Die Daten zeigen jedoch, dass selbst Realitäten, in denen eine hohe Inzidenz verzeichnet wurde**, wie etwa die autonome Provinz Bozen** und die Region Venetien, nicht nur in der Lage waren, den „Covid Tsunami effektiv einzudämmen, sondern auch besser darauf zu reagieren als Regionen, die weniger unter den Infektionen gelitten haben. Konkret: Im Bereich der geplanten Krankenhausaufnahmen hat der durch die Pandemie bedingte Stopp einen abrupten Rückgang verursacht: - 50%. Durch weitreichende Schließungen hat Molise den Zugang zu den Krankenhäusern stark eingeschränkt (-73,6%), aber auch in Apulien und in der Basilikata wurden die ordentlichen Krankenhausaufenthalte um etwa 60% reduziert, dicht gefolgt von Kalabrien, den Marken und der Lombardei (-57%). Hingegen konnten **Bozen (-35,5%)**, das Latium (-36,4%) und Venetien (-38%) Antworten geben, die über dem italienischen Durchschnitt lagen. Noch einmal: Die nationalen Vorgaben haben im Jahr 2020 einige "unverzichtbare" Leistungen definiert, für welche die regionalen Gesundheitssysteme Anstrengungen unternehmen sollten, die Anzahl der Leistungen so wenig wie möglich zu reduzieren. Dies ist beispielsweise bei onkologischen Leistungen der Fall: Chirurgische Eingriffe bei Brustkrebs (Prioritätsklasse A) sanken im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um durchschnittlich 14%, aber es gibt Realitäten wie die Marken und Friaul-Julisch Venetien, in denen die erbrachten Leistungen auf unter 2% geschrumpft sind, und **die autonome Provinz Bozen, die sogar einen Anstieg verzeichnen konnte (+7%)**. In diesem Fall folgte auf einen Leistungsrückgang im Zeitraum März - Juni 2020 eine Wiederaufnahme im Zeitraum Juli und September sowie zwischen Oktober und Dezember. Ein letztes Beispiel: Im Vergleich zu 2019 sanken chirurgische Eingriffe bei Lungenkrebs (Prioritätsklasse A) in den Regionen des betroffenen Netzwerks im Durchschnitt um 19%, mehr als 20% in Apulien, Umbrien, Lombardei und Ligurien, während sie in anderen **stabil geblieben (Bozen)** oder sogar leicht gestiegen sind (Toskana: + 1,4%).

Der Sanitätsbetrieb hat **ab dem Jahr 2021** die Aufgabe seine Tätigkeit neu planen, um diejenigen zu versorgen, die während der Pandemie nicht behandelt worden waren, also die sog. Patienten mit *anderen* Krankheiten, jene mit chronischen Krankheiten, wie z.B. die Herzkranken, die Diabetiker, die onkologischen Patienten, Personen mit psychischen Störungen, aber auch all jene, die auf einen nicht dringenden chirurgischen Eingriffes warteten und noch warten. Diese Neuplanung muss für jeden Fachbereich gesondert bewertet werden. Dabei sind die etwaigen und möglichen Schwierigkeiten, die bei der Aufhol-Tätigkeit auftauchen können, zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung des Personalmangels und des Verlaufs der Pandemie muss der Sanitätsbetrieb jene Bereiche festlegen, in denen es den größten Bedarf an akuter und post-akuter sowie fachärztlicher Betreuung gibt. Dabei muss das Angebot schrittweise hinaufgefahren werden, wobei auf die nötige Qualität und Angemessenheit geachtet werden muss. Es müssen

[3] https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php

die wesentlichen Betreuungsstandards erreicht werden, die schon vor der Pandemie erreicht worden waren.

Der Landesgesundheitsdienst war gezwungen die Dienste und Betten für die Bedürfnisse dieser Personen vorübergehend zu verringern, obwohl sie vor der Pandemie auf jeden Fall angemessen waren.

Der Sanitätsbetrieb muss daher angesichts des erhöhten Bedarfs, der aufgrund der Notwendigkeit entstanden ist, die nicht erbrachte Gesundheitsversorgung während der Pandemiephase wieder aufzuholen, prüfen, ob es notwendig ist, **für einen begrenzten Zeitraum neue Vertragsvereinbarungen mit Gesundheits- und sozio-sanitären Einrichtungen, „dritten" zu jenen des öffentlichen Systems, abzuschließen.**

Derzeit, sowie auch in der post-pandemischen Phase, ist der Zugang zu den privaten Erbringern von Gesundheitsleistungen durch die geltenden Bestimmungen im Bereich auf Staats- und Landesebene geregelt.

Diese sehen als Regelfall den öffentlichen Erbringer vor und den zum Sanitätsbetrieb externen privaten Erbringer lediglich zum Zwecke der Unterstützung der Tätigkeit von ersterem. Der Sanitätsbetrieb ist hauptsächlich für die Erbringung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS), die vom staatlichen Gesundheitswesen auf dem gesamten Staatsgebiet in homogener Art anerkannt werden, zuständig.

Auch in einer Datenanalyse[4], die von OASI (*Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*- Beobachtungsstelle der Betriebe und des italienischen Gesundheitswesens) auf der Grundlage der Informationen, die vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt worden sind, durchgeführt worden ist, wurde hervorgehoben, dass auf der Grundlage dieser Voraussetzungen die Autonome Provinz Bozen im Vergleich mit den italienischen Regionen und autonomen Provinzen als eine jener Regionen dasteht, die, im Vergleich zu den anderen weniger auf die externen privaten Anbieter zurückgreifen müssen.

Diese gewählte Art und Weise der Sicherung des Bedarfs der Bürger, die auch in Zukunft weiterhin fortgeführt werden soll, findet sich in den verfügbaren Daten wieder.

Geht man vom ersten Indikator der Relevanz des privaten vertragsgebundenen Sektors und damit des Gewichts, der dieser an der Gesamtausgabe des staatlichen Gesundheitsdienstes ausmacht, so kann man erkennen, dass dieser sich von Region zu Region merklich ändert. Am höchsten ist der Anteil in der Lombardei (27,8%), dem Latium (24,7%) und dem Molise (23,8%), am niedrigsten mit 6,9% im Aostatal, in der autonomen Provinz Bozen (7,7%) und dem Friaul-Julisch Venetien (8,6%). Diese drei sind die einzigen Regionen, die unter dem Wert von 10% liegen. Diese Prozentmarke soll für die autonome Provinz Bozen auch einen grundsätzlichen Grenzwert für die Zukunft für den Anteil der privaten Erbringer an der Gesundheitsausgaben des Landes darstellen.

Was allgemeiner gesehen die Zusammensetzung der Landesgesundheitsausgaben, die durch die vertragsgebundenen Einrichtungen erbracht werden, betrifft, sind 38,5% der Gesamtausgabe (139 € pro Kopf) auf die Krankenhausaufenthalte in vertragsgebundenen Einrichtungen zurückzuführen, während 32,7% der anderen vertragsgebundenen Betreuung vordergründig der wohnortnahen sozio-sanitären Betreuung in Wohneinrichtungen

[4] *"La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata" (valori pro capite – 2017),* "Die Ausgaben den öffentlichen Gesundheitswesens für die private vertragsgebundene Gesundheitsbetreuung" (pro-Kopf-Ausgabe 2017), auf Seite 183 des Berichts OASI 2018 (Beobachtungsstelle der Betriebe und des italienischen Gesundheitswesens, herausgegeben von CERGAS-Bocconi, Kapitel 4: *"Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grand player ospedalieri",* „Die vertragsgebundenen privaten Erbringer: Einordnung und Entwicklung der großen Player im Krankenhausbereich")

zuzuschreiben ist. Analysiert man die Zusammensetzung der Ausgabe selbst, führt der Bericht erneut die autonome Provinz Bozen in Zusammenhang mit der Rehabilitations-Tätigkeit an. Dabei wird hervorgehoben, dass diese fast ausschließlich durch öffentliche Einrichtungen erbracht wird (wie auch in der autonomen Provinz Trient, in der Emilia-Romagna und dem Veneto, alle mit einer pro-Kopf- Ausgabe bei Vertragsgebundenen von weniger als 10 € gegenüber einer durchschnittlichen-pro-Kopf-Ausgabe auf staatlicher Ebene von 28 €).

Eine Maßnahme, die der Sanitätsbetrieb durchführen muss, wobei die höchste Aufmerksamkeit auf die Qualität und die Angemessenheit der von ihnen erbrachten Leistungen zu widmen ist, die nur durch die Realisierung und Implementierung eines strammen und strukturierten Systems der Kontrolle der Tätigkeit der privaten Gesundheitseinrichtungen gewährleistet werden kann. Anders ausgedrückt, bedeutet eine gute *Governance*-Fähigkeit auch Wirksamkeit der Überwachungstätigkeit und Überprüfung der von den „*Drittanbietern*“ erbrachten Diensten, wobei auf jeden Fall die Finanzierbarkeit des Systems gewährleistet sein muss (eventuell müssen die Ausgaben in anderen Bereichen rationalisiert werden).

6 Festsetzung des Betreuungsbedarfs für Präventionstätigkeiten und die Öffentliche Gesundheit, für die territoriale und die Krankenhausbetreuung

6.1 Krankenhausbetreuung für Akut- und Post-Akutkranke vor der Pandemie

Die im vorliegenden Dokument enthaltenen Planungsrichtlinien sehen die Aufwertung des Angebots im Sinne einer immer besseren Zugänglichkeit, Angemessenheit und organisatorischer Zweckmäßigkeit vor. Dies unter anderem mit dem Ziel, angemessene Standards für die Ausstattung von Akutbetten, Betten für die post-akute Rehabilitation und Betten für Langzeitaufenthalte innerhalb der vom Landesgesundheitsdienst garantierten Betreuungsstandards, der verfügbaren Ressourcen und der Haushaltsbedingungen zu erreichen.
Zum Zwecke der Gesundheitsplanung werden die in den staatlichen Bestimmungen vorgegeben Betreuungsstandards herangezogen. Insofern werden für die Krankenhauseinrichtungen, die Krankenhaus-, ordentliche und Tagesaufenthalte erbringen, folgende Parameter des Bedarfs angewandt:

a. bei den Einrichtungen für Akutkranke ist die maximale Bettenausstattung gleich 3,00 je tausend Einwohner;
b. bei den Einrichtungen für Rehabilitation und Langzeitaufenthalten ist die maximale Bettenausstattung gleich 0,70 je tausend Einwohner;
c. die maximale Hospitalisierungsrate ist gleich 160 je tausend Einwohner.

Im Jahr 2019 haben die Einrichtungen des Landes die Nachfrage nach Krankenhausaufenthalten mit einer Ausstattung von insgesamt 1.641 Akutbetten (davon 93,6% in öffentlichen Einrichtungen) gedeckt, was 3,1 pro 1.000 Einwohnern entspricht. Die Hospitalisierungsrate der

Einwohner der Provinz Bozen im Jahr 2019 betrug 139,3 Akutbetten je 1.000 Einwohner (109,7 ordentliche Krankenhausaufenthalte und 29,7 Tagesaufenthalte – bei den Krankenhausaufenthalten in der Provinz werden in der Berechnung die Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Einrichtungen und in vertraglich gebundenen Abteilungen der privaten Kliniken berücksichtigt, bei den Krankenhausaufenthalten außerhalb der Provinz sind Krankenhausaufenthalte im Ausland und in anderen italienischen Regionen miteinberechnet).

Um den epidemischen Notstand angemessen zu bewältigen, war es notwendig, die Krankenhauseinrichtungen neu zu organisieren, indem die Tätigkeiten betreffend Krankenhausaufenthalte verstärkt wurden. Diese Maßnahmen betrafen sowohl die Intensivstation als auch die Bereiche mit hoher Pflegeintensität, die daraufhin an die neuen Standards des Gesetzesdekrets Nr. 34/2020 angepasst wurden, und zwar 0,14 Betten je 1000 Einwohner, was zur Verfügbarkeit und Ausstattung von 77 Intensivbetten führte (mit einem Zuwachs von 40 Betten im Vergleich zu den 37 bereits vorhandenen), zu denen noch 37 Subintensivbetten hinzukamen. Die Maßnahmen zur Reorganisation des Krankenhausnetzes und der organisatorischen Abläufe zielten darauf ab, den Landesgesundheitsdienst im Krankenhausbereich strukturell zu stärken und einen Großteil der Interventionen, die zunehmend auf die Pflegeintensität und die multidisziplinäre und multiprofessionelle Kontinuität der Versorgung ausgerichtet werden müssen, organisch und strukturell zu machen.

In der Zeit vor der Pandemie war der Bedarf an stationärer Krankenhausbetreuung für Akutkranke in der Provinz Bozen insgesamt gedeckt.
Für die Krankenhausbetreuung von Post-Akutkranken wurden im Jahr 2019 insgesamt 357 vertraglich gebundene Betten reserviert, die sich wie folgt aufschlüsseln: 126 in öffentlichen Einrichtungen (35,3%) und 231 in privaten Einrichtungen (64,7%).

Im Jahr 2019 war das Bettenangebot wie folgt:

Tabelle 6.1 – Betten – Jahr 2019

	Rehabilitation (Abteilungskodex 56)	**Langzeitpflege (Abteilungskodex 60)**	**Neurorehabilitation (Abteilungskodex 75)**
Provinz Bozen	169	160	28
***1.000 Einwohner**	0,32‰	0,30‰	0,05‰

Zur Zeit ist eine umfassende Neufestsetzung der gesamten Funktionen betreffend die Rehabilitation und die post-akute Langzeitbetreuung im Gange (siehe Fachplan des Rehabilitationsnetzes 2020-2025 – Beschluss der Landesregierung, Nr. 480 vom 30. Juni 2020), wobei auch eine mögliche Überwindung von heute bestehenden Funktionen - unter Berücksichtigung der Kriterien der Angemessenheit der Eingriffe, der Kontinuität der Betreuungspfade und der Rationalität bei der Nutzung der Ressourcen - ins Auge gefasst wird.
Insbesondere werden derzeit die Grundsteine für die Realisierung des Bereiches der Betreuungskontinuität sanitärer Art bei den nicht spitalsärztlichen Tätigkeiten und die nachfolgende Aktivierung der intermediären Betreuung, auch durch Umwandlung der Betten für post-akute Betreuung, gelegt.

6.1.1 Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In den kommenden Jahren muss der Südtiroler Sanitätsbetrieb alle notwendigen Maßnahmen umsetzen, um schrittweise die Wiederaufnahme der Pflege- und stationären Krankenhaustätigkeiten und die Wiederherstellung des Betreuungsangebotes, wie es in der Zeit vor der Covid-19-Pandemie war, zu gewährleisten.

Es wird daher vorgesehen, dass der Sanitätsbetrieb – im Einklang mit den Verpflichtungen zur Sicherstellung der WBSs, wie sie im Landesgesundheitsplan 2016-2020 vorgesehen sind - **die nicht erbrachten stationären Krankenhausleistungen zu sichern und darauf hinwirkt, diese aufzuholen, sofern die Evidenz der klinischen Notwendigkeit besteht.**
Hierfür wird eine **Ausnahmeregelung für die Beschränkungen vorgesehen, die durch die zum Zeitpunkt der Ausarbeitung dieses Planungsaktes geltenden staatlichen- und Landesbestimmungen für die Höchstsätze für Hospitalisierungsraten vorgegeben sind**.
Um die während des Pandemiejahres 2020 nicht durchgeführten Tätigkeiten aufzuholen, wird dem Südtiroler Sanitätsbetrieb erlaubt Pläne zur Erhöhung des gesundheitlichen Angebots im stationärem Bereich zu erstellen, die sowohl durch die eigenen Krankenhauseinrichtungen als auch durch die Unterstützung privater Einrichtungen, die im Rahmen einer Vereinbarung stationäre Krankenhausbetreuung anbieten, umgesetzt werden sollen.
Die hier beschriebenen geplanten stationären Leistungen sind auf jeden Fall nicht als erschöpfend anzusehen, wenn es darum geht, Pläne zum Aufholen der Tätigkeit des Sanitätsbetriebes anzusehen; sie können je nach neu auftretendem spezifischen Bedarf und/oder anderen Prioritäten jederzeit ergänzt werden können.
Der Sanitätsbetrieb plant – vorbehaltlich der von ihm erstellten Dokumentation und unter Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs in Bereichen, die nicht in den obgenannten Verzeichnissen enthalten sind – die Ausweitung seiner stationären Krankenhaustätigkeit, sowohl durch die Stärkung seines Betreuungsangebotes als auch durch Vereinbarungen mit akkreditierten privaten Einrichtungen und freiberuflichen Fachleuten, wobei die Kriterien der Angemessenheit und Qualität eingehalten werden müssen. Abgesehen von der Phase der Pandemie soll die Möglichkeit neue Vertragsabkommen mit akkreditierten Subjekten abzuschließen vom Sanitätsbetrieb so bewertet werden, wie es auch heute schon geschieht: Die Inanspruchnahme von Leistungen der privaten Erbringer ist nur zur Unterstützung der Sicherstellung der WBS gemäß den geltenden Bestimmungen in Betracht zu ziehen. Dabei muss man sich auf jeden Fall innerhalb der bereits von den verfügbaren Daten hervorgehobenen prozentualen Grenzwerte (grundsätzlich bis zu einem Höchstwert von 10% der Gesamtausgabe) bewegen.
Der Anstieg der gesamten geplanten stationären Aufenthalte darf jedoch die in diesem Dokument genannten „verlorenen“ stationäre Aufenthalte aufgrund der Pandemie nicht überschreiten.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe am Ende eines jeden Jahres im Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm (POA) – für die Gültigkeitsdauer dieses Planungsdokuments – über die geplante und folglich durchgeführte Krankenhaustätigkeit zum Zweck des Aufholens der im Covid- Zeitraum 2020 verlorenen stationären Aufenthalte zu **berichten**.

Für jeden Bereich/Einsatzbereich, in dem die akute und post-akute Krankenhausbetreuung verstärkt werden soll, muss im Performanceplan des Südtiroler Sanitätsbetriebes und im Jahrestätigkeitsprogramm Folgendes angegeben werden:

- Planungs-/Verwaltungsmaßnahmen, die zur Erweiterung des Betreuungsangebots erstellt und beschlossen wurden und die für die Wiederherstellung der nicht durchgeführten programmierten stationären Aufenthalte nützlich sind (Aufstockung der Bettenanzahl, Anpassung der Budgetziele für die beteiligten operativen Einheiten, Ausbau der Einrichtungen und des Personalstands usw.);
- die Kriterien für die Festlegung etwaiger Vereinbarungen mit privaten Einrichtungen;
- Dokumentation der effektiven Tätigkeiten, die über den Referenzwert für die Hospitalisierungsrate hinausgeht und zum Aufholen der aufgrund der Pandemie nicht erbrachten stationären Aufenthalte durchgeführt wurden, mit Angabe der für diese Tätigkeit eingesetzten Einrichtungen und operativen Einheiten, aufgeschlüsselt nach Interventionsbereichen.

Bei der **Planung der Wiederherstellung der post-akuten Betreuung** muss jedoch auch der Bedarf an post-akuter Betreuung für **SARS-CoV-2-Patienten**, sogenannte Long-COVID-Patienten, berücksichtigt werden.
Im Jahr 2020 betrug die Zahl der post-akuten Krankenhausaufenthalte nach stationären COVID-Aufenthalten 170; das entspricht 10% der stationären Neurorehabilitations- und 5% der Rehabilitations- und Langzeitaufenthalten. Diese Krankenhausaufenthalte sind zwar zahlenmäßig gering, weisen jedoch eine relativ lange Dauer auf, die im Durchschnitt 30 Tage übersteigt und führen folglich zu einer erheblichen Pflegeintensität.
Die rasche Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektion und die hohe Komplexität, Heterogenität und Persistenz von Störungen, die mit der Covid-19-Krankheit in Verbindung stehen, erfordern seitens des Sanitätsbetriebs die Ausarbeitung und Implementierung eines im gesamten Landesgebiet homogenen Behandlungspfades, der nicht nur die Krankenhausphase, sondern auch mehrere Betreuungsstandards und verschiedene klinische Fachgebiete umfasst, und zwar auf integrierte, multidisziplinäre Weise und dabei auf die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse aufbaut.

6.2 Planung der fachärztlichen ambulanten Leistungen

6.2.1 Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In den kommenden Jahren muss der Sanitätsbetrieb alle notwendigen Maßnahmen ergreifen, um die Wiederaufnahme der ambulanten Tätigkeit und das Aufholen des Betreuungsangebots zu gewährleisten, die dem Betreuungsangebot aus der Zeit vor der Covid-19-Pandemie entspricht, unter Einhaltung des Plans zur Eindämmung der Wartezeiten.
Es wird daher angeordnet, - dass der Sanitätsbetrieb - in Erfüllung der Verpflichtungen zur Gewährleistung der WBSs und der Einhaltung der Wartezeiten, wie sie im Landesplan zur Verwaltung der Wartezeiten vorgesehen sind – dafür sorgt, dass die fachärztlichen Visiten und die nicht erbrachten ambulanten Leistungen sichergestellt und aufgeholt werden, wobei das Hauptaugenmerk auf die fachärztlichen Erstvisiten und die Instrumental- Untersuchungen gelegt wird, die für den operativen Plan für den Abbau der Wartelisten überwacht werden.
Um die während des Pandemiejahres 2020 nicht durchgeführten Tätigkeiten aufzuholen, ist es dem Sanitätsbetrieb erlaubt Pläne zur Erhöhung des ambulanten fachärztlichen Betreuungsangebotes auszuarbeiten, die sowohl durch seine eigenen Krankenhauseinrichtungen als auch durch die Unterstützung seitens privater Einrichtungen, mit denen Vereinbarungen abgeschlossen werden können, durchzuführen sind.
Der Südtiroler Sanitätsbetrieb **plant** – vorbehaltlich der von ihm erstellten Dokumentation – die **Ausweitung seiner** ambulanten fachärztlichen **Tätigkeit** (auch dank der Telemedizin), sowohl durch die Stärkung seines Betreuungsangebots, als auch durch Vereinbarungen mit akkreditierten privaten Einrichtungen und freiberuflichen Fachleuten, wobei die Kriterien der Angemessenheit und Qualität eingehalten werden müssen. Abgesehen von der Phase der Pandemie soll die Möglichkeit neue Vertragsabkommen mit akkreditierten Subjekten abzuschließen vom Sanitätsbetrieb so bewertet werden, wie es auch heute schon geschieht: Die Inanspruchnahme von Leistungen der privaten Erbringer ist nur zur Unterstützung der Sicherstellung der WBS gemäß den geltenden Bestimmungen in Betracht zu ziehen. Dabei muss man sich auf jeden Fall innerhalb der bereits von den verfügbaren Daten hervorgehobenen prozentualen Grenzwerte (grundsätzlich bis zu einem Höchstwert von 10% der Gesamtausgabe) bewegen.
Der Sanitätsbetrieb **ist verpflichtet**, am Ende eines jeden Jahres im Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm (POA) über die geplante und folglich durchgeführte ambulante Tätigkeit **zu berichten**, mit dem Zweck die nicht erbrachten Tätigkeiten im Zeitraum Covid 2020 aufzuholen.

Für jeden Bereich/Einsatzbereich, in dem die fachärztliche ambulante Betreuung verstärkt werden soll, muss im Performanceplan des Südtiroler Sanitätsbetriebes und im Jahrestätigkeitsprogramm Folgendes angegeben werden:

- Planungs-/Verwaltungsmaßnahmen, die zur Erweiterung des Betreuungsangebots erstellt und beschlossen wurden und die für die Wiederherstellung der nicht durchgeführten ambulanten programmierten Leistungen nützlich sind (Anpassung der Budgetziele für die beteiligten operativen Einheiten, Ausbau der Einrichtungen und des Personalstands usw.),
- die Kriterien für die Festlegung etwaiger Vereinbarungen mit privaten Einrichtungen (die Resultate sind im Jahrestätigkeitsprogramm anzuführen).

6.3 Planung der gesundheitlichen und sozio-sanitären ambulanten, teilstationären und stationären Betreuung auf dem Territorium

6.3.1 Medizinische Grundversorgung auf dem Territorium

Die Pandemie hat die Notwendigkeit der Erneuerung einiger Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung zu Tage gebracht. In Anbetracht des demografischen und epidemiologischen Wandels, der eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsbetreuung aufgrund komplexer Bedürfnisse nach sich zieht, sind effiziente Antworten etwa in Form von integrierten Diensten vor allem durch das territoriale Betreuungsnetz notwendig.
Die Hauptmängel, welche die Covid-19 Pandemie aufgezeigt hat, sind:

- signifikante territoriale Ungleichheiten bei den Gesundheitsleistungen, insbesondere in den Bereichen Prävention und territoriale Betreuung,
- eine mangelhafte Integration zwischen den Krankenhaus-, den territorialen und den sozialen Diensten,
- erhöhte Wartezeiten für die Erbringung einiger Leistungen. Auch auf territorialer Ebene wurde eine Zunahme der Fälle auf den Wartelisten registriert, die auf das Aussetzen der Leistungen zurückzuführen ist.

Das beste Betreuungs-Setting für chronische Patienten, Menschen mit Behinderungen und Senioren ist jenes der Grund- und wohnortnahen Versorgung, das in der Lage ist, den Bedürfnissen der Patienten zuhause oder in einer Wohneinrichtung nachzukommen, auch mittels Maßnahmen der Gesundheitsprävention/-förderung und -erziehung.
Mehr Prävention und bessere Betreuung auf dem Territorium, Modernisierung des Gesundheitssystems mit gewichtigen Investitionen in die Digitalisierung, Gleichheit beim Zugang zur Betreuung: diese sind das Herzstück des staatlichen Plans für den Aufschwung und die Resilienz (Piano nazionale di ripresa e resilienza, in der Folge „PNRR“) , der darauf abzielt, in den nächsten Jahren jenen Bereich zu verändern, der im Zentrum der Pandemie stand und in dieser Zeit deutliche organisatorische und Systemmängel offenbart hat.
Im Einklang mit dem PNRR und den Empfehlungen der Europäischen Kommission sind innerhalb des ersten Halbjahres 2026 Maßnahmen für den Ausbau der Leistungen auf dem Territorium mittels Potenzierung und Schaffung von territorialen Einrichtungen, Stärkung der Hauspflege, Weiterentwicklung der Telemedizin und eine effizientere Integration mit allen sozio-sanitären Diensten vorgesehen.
Der PNRR hat einen umfangreichen Leitfaden zu den chronischen Krankheiten ausgearbeitet. Die größte Herausforderung besteht nun darin eine echte Betreuungskontinuität zwischen Krankenhaus und Territorium aufzubauen.
Im Sinne einer personenzentrierten Gesundheitsbetreuung in allen Lebensabschnitten und unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesundheitszustandes kommt dem **Gemeinschaftshaus** (vormals „Haus der Gesundheit genannt“), das mit seinen Öffnungszeiten rund um die Uhr in einer einzigen Stadtvierteleinrichtung Hausärzte, Fachärzte, Pflegepersonal und Sozialassistenten vereint, eine entscheidende Rolle zu. Diese Einrichtung ermöglicht es somit, alle angebotenen Dienste insbesondere für chronisch Kranke zu koordinieren. Es ist die eine einzige Anlaufstelle (Punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie – PUA) für multidimensionale Bewertungen durch soziosanitäre Dienste, die als ständiger Bezugspunkt für die Bevölkerung fungiert und über eine IT-Struktur sowie eine Entnahmestelle mit multidisziplinärer Instrumental-Ausstattung verfügt. Auch können dort andere soziale und Betreuungsdienste untergebracht werden, die sich vorrangig an Senioren richten. **Die Hauptcharakteristik des Gemeinschaftshauses ist seine Kapillarität: auf der Grundlage des hub/spoke- Modells sind mittel bis große Einrichtungen (hubs) mit einer Öffnungszeit von bis zu 24 Std. am Tag und bis zu sieben Tage die Woche und kleine Einrichtungen (spokes) mit einer Öffnungszeit für die Bürger von 12 Stunden am Tag vorgesehen.**

Die Aufgabe, alle Berufsgruppen aufzuwerten und zu koordinieren, um so die sozio-sanitäre Integration zu fördern, wird dem neuen Organisationsmodell COT (territoriale Koordinationszentrale) übertragen: es ist das Gehirn, das Herz und der Motor des Ganzen.
Obwohl es nur ein virtueller Raum ist, der selbst keine Leistungen erbringt, ist es dennoch eine Plattform, die es ermöglicht, die Einrichtungen auf territorialer Ebene zu vernetzen, um so die Betreuungskontinuität zu garantieren. Der Dienst, der sich vorrangig an die Mitarbeiter richtet, organisiert beispielsweise den Betreuungspfad nach der Krankenhausentlassung und ist das „terminal" für die Telemedizin. Durch die territoriale operative Zentrale kann das Gesundheitspersonal durchgehend rund um die Uhr mit den anderen Fachkräften auf dem Territorium in Kontakt treten, um gemeinsam die schnellste und effektivste Lösung für den Patienten zu finden.

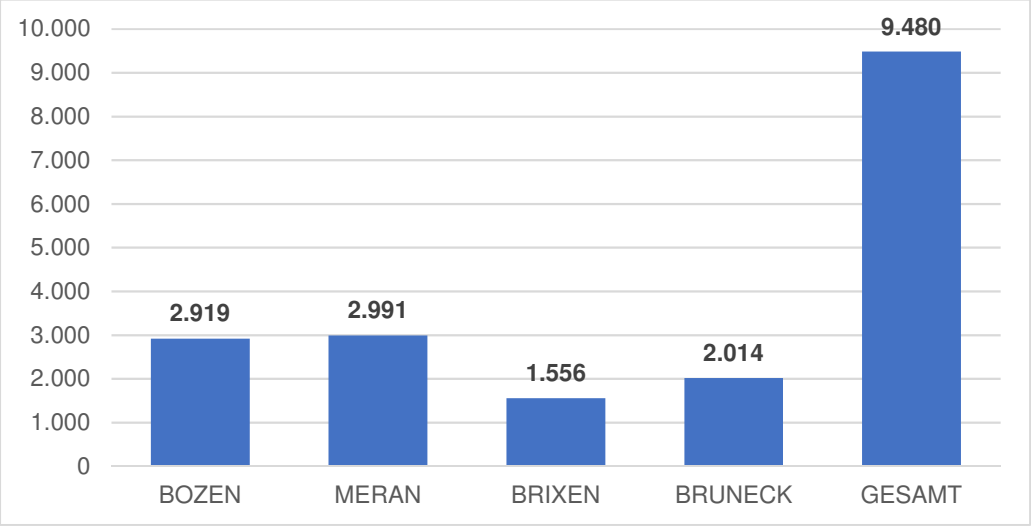
Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Sanitätsbetrieb realisiert im Einvernehmen mit dem Land Einrichtungen für die sozio-sanitäre Betreuung in Wohnortnähe (Gemeinschaftshäuser) zum Zwecke der Stärkung der gesundheitlichen, sozio-sanitären und sozialen Netzwerke auf dem Territorium sowie der Dienste für Prävention. Auf diese Weise soll die Betreuungskontinuität sowie die Übernahme und Rehabilitation von besonders fragilen Patientengruppen garantiert werden.

6.3.2 Hauspflege

Der soziodemographische und epidemiologische Wandel, der in den großen Industrieländern zu einer steigenden Alterung der Gesellschaft und zu einer Zunahme der chronischen und Mehrfacherkrankungen mit einem erhöhten Risiko einer Behinderung und des Pflegebedarfs geführt hat, stellten die nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme bereits vor der Pandemie vor große Herausforderungen. Im Jahr 2035 wird die Anzahl der chronisch Kranken in der Provinz von derzeit 151.000 auf ca. 191.000 ansteigen, während die Anzahl der Pflegebedürftigen heute bei 4% der Bevölkerung mit ca. 20.000 Personen gegenüber den 2,3% laut den Daten von 2005 liegt. Was die Pflegebedürftigen im Seniorenalter betrifft, ist es notwendig, in die Stärkung der territorialen sozialen Dienste und gesundheitlichen Dienste zu investieren, um so der Institutionalisierung vorzubeugen und die Autonomie der Betroffenen so lange wie möglich zu erhalten.
Im Laufe des Jahres 2020 erhielten 9.480 Personen mindestens einmal eine integrierte Hausbetreuung (Grafik 6.4).

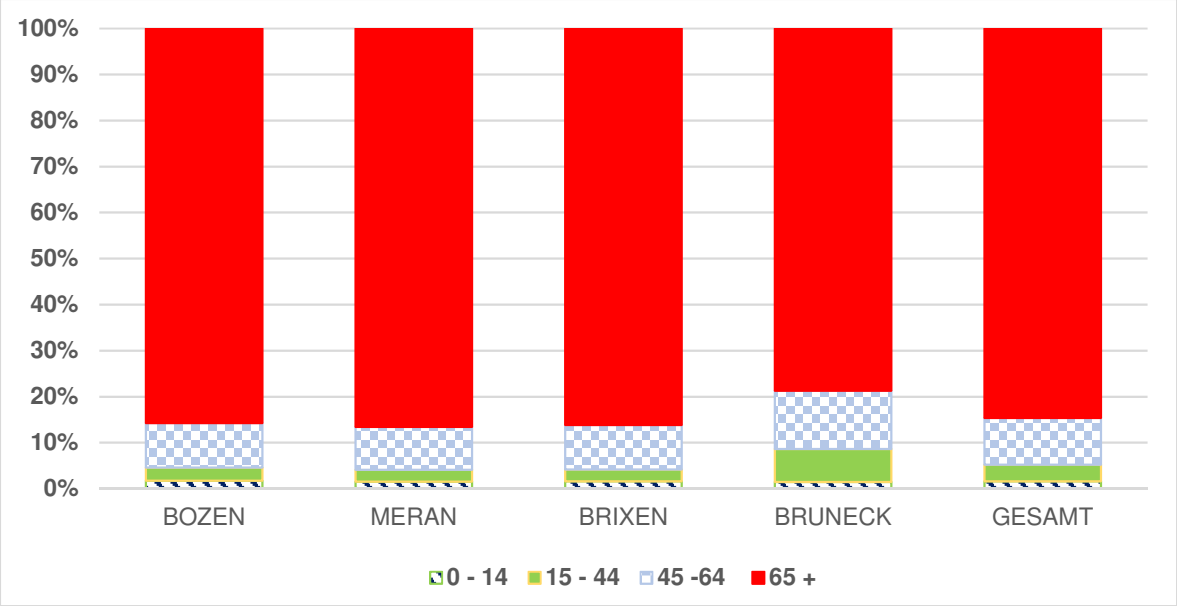
Grafik 6.4 – Anzahl der Betreuten mit mindestens einer Hausbetreuung nach Gesundheitsbezirk - Jahr 2020



Quelle: Datenflüsse der Hauspflege

85% der Betreuten mit mindestens einer integrierten Hausbetreuung gehören der Altersgruppe „65-Jahre und älter“ an (Grafik 6.5) und ca. 95% von diesen leidet an mindestens einer chronischen Erkrankung.

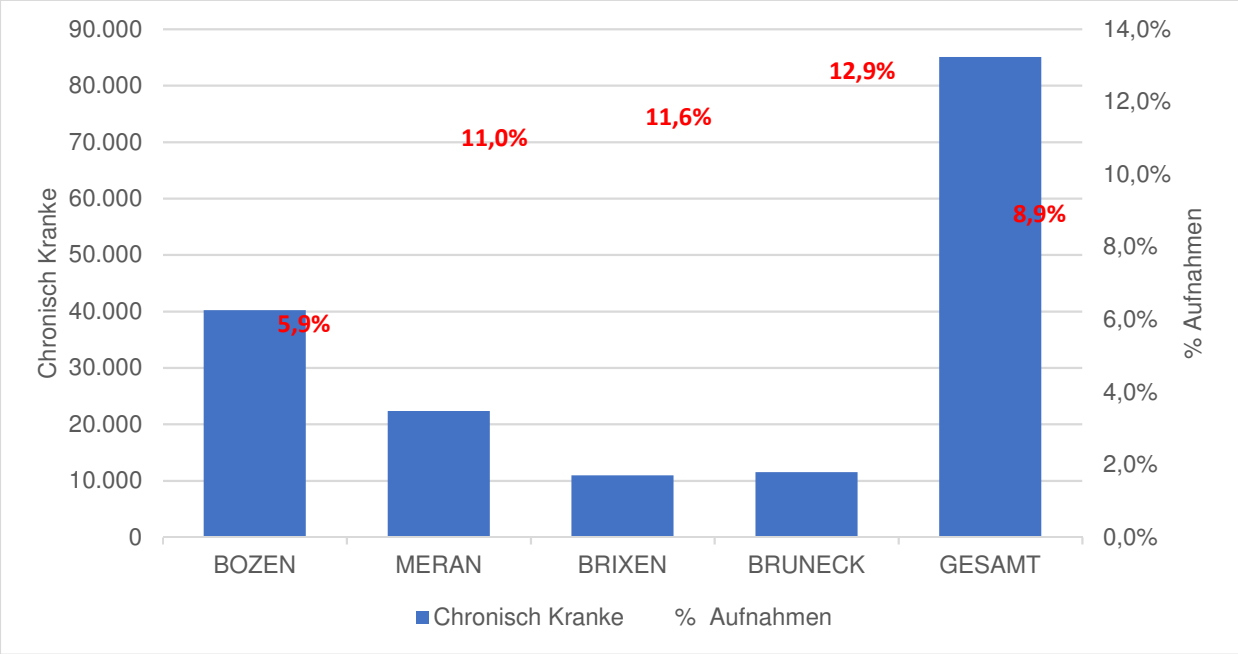
Grafik 6.5 – Zusammensetzung in % der Betreuten mit einer Hausbetreuung nach Altersklasse – Jahr 2020



Quelle: Datenflüsse der Hauspflege

Die prozentuale Verteilung der über 65-Jährigen mit mindestens einer chronischen Erkrankung (Grafik 6.6) zeigt einen Wert von knapp 9% der Bevölkerung, die zu Hause betreut wird. Dieser Wert, liegt ca. 1 Prozentpunkt unter den 10%, den das Gesundheitsministerium als Ziel vorgegeben hat. Es gilt aber darauf hinzuweisen, dass es hinsichtlich dieses Wertes einen Unterschied zwischen dem Gesundheitsbezirk Bozen (5,9%) und den anderen drei Gesundheitsbezirken mit Werten über 10% (Grafik 6.6) gibt.

Grafik 6.6 – Betreute über 65 mit mind. einer chronischen Erkrankung in Hausbetreuung - Jahr 2020



Quelle: Datenflüsse der Hauspflege

Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Potenzierung der Hauspflegedienste und die Verstärkung der bürgernahen Dienste sowie jene zur Unterstützung der Hausbetreuung sind grundlegende Ziele, die der Sanitätsbetrieb erreichen sollte.
Im Einklang mit dem PNRR und den Empfehlungen der Europäischen Kommission sollten innerhalb des Halbjahres von 2026 10% der über 65-jährigen Bevölkerung mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen zu Hause betreut werden können.
Nur durch die Integration der gesundheitlichen Hauspflege mit den sozialen Interventionsmaßnahmen können ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung die Autonomie und Unabhängigkeit bewahren, um so unangemessene stationäre Aufenthalte zu vermeiden.
Die Planung und Erbringung von integrierten Therapieleistungen kann nur mit informatischer Unterstützung funktionieren, mit welcher die Programmierung der sozio-sanitären Leistungen, die Abstimmung der involvierten Akteure und das Monitoring der Betreuungspfade mittels geeigneter Indikatoren gewährleistet werden können.
Die Art der Erbringung von gesundheitlichen und sozio-sanitären Leistungen mittels Telemedizin sind grundlegend in diesem Sinne. Sie leisten einen Beitrag für den gleichen Zugang zu den Behandlungen in abgelegenen Gebieten, die Unterstützung im Umgang mit der Chronizität, den Zugang zu hochspezialisierten Leistungen sowie eine wichtige Hilfe für die Notfalldienste.

Die Aktivierung des Systems erfolgt anhand eines organisatorisch-operativen Modells, das für den Patienten eine personalisierte, bedürfnisorientierte Bewertung unter Berücksichtigung seiner Krankheit und eventueller Begleiterkrankungen vorsieht.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe Richtlinien auszuarbeiten und diese zu implementieren, um in den kommenden Jahren stufenweise die Anzahl der Personen, die älter als 65 Jahre sind, die an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden und die in Hausbetreuung sind, zu erhöhen. Innerhalb 2026 soll der Prozentsatz von 10% der chronischen und gebrechlichen Patienten erreicht werden.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe ein gemeinsames Modell für die Erbringung von Leistungen der Hausbetreuung welches die Möglichkeiten der neuen Technologien (Telemedizin, Wohnautomation, Digitalisierung) bestmöglich nutzt, zu definieren, entwickeln und implementieren.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe die territorialen operativen Zentralen (COT) zu aktivieren, welche die Funktion haben, die Dienste der Hausbetreuung mit den anderen Gesundheitsdiensten zu koordinieren und dabei Schnittstelle mit den Krankenhäusern und dem Netz der Notfallbetreuung zu sein.

6.3.3 Palliativbetreuung

Man schätzt, dass in Südtirol jährlich ca. 5.000 Patienten eine Palliativbetreuung benötigen. Für diese Patienten ist die am besten geeignete Art der Betreuung und Therapie ein Betreuungsnetz bestehend aus verschiedenen Knotenpunkten (Wohnort, Hospiz, Krankenhaus), das die Patienten in den verschiedenen Betreuungssettings und auf dem gesamten Landesgebiet erreichen kann.

Die Entwicklung dieses Netzwerks muss auf der Grundlage der geltenden Gesetzeslage und der in den vergangenen Jahren gemachten Erfahrungen auf lokaler Ebene erfolgen.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Sanitätsbetrieb definiert und genehmigt ein Grundsatzdokument für die Palliativbetreuung auf Betriebsebene für die Realisierung des Netzwerks für Palliativbetreuung auf dem gesamten Landesgebiet, um der Bevölkerung eine homogene Betreuung und einen gleichen Zugang zur Palliativbetreuung zu gewährleisten.

In Anwendung des Gesetzes Nr. 38/2010 und der nachfolgenden Durchführungsdekrete sollen im Dokument die Kernpunkte des Netzwerks, die Zugangskriterien, die Modalitäten der Übernahme und die angewandten Instrumente für das Funktionieren des Dienstes definiert werden.

6.3.4 Intermediärpflege

Der staatliche Plan für den Aufschwung und die Resilienz PNNR sieht im Rahmen der Mission 6C1 Gesundheit unter Punkt 1.3 die Verstärkung der gesundheitlichen Intermediärpflege und der entsprechenden Einrichtungen (Gemeinschaftskrankenhäuser) vor: die Investition zielt auf den Ausbau des Angebots der gesundheitlichen Intermediärpflege auf territorialer Ebene durch die Aktivierung des Gemeinschaftskrankenhauses oder einer Gesundheitseinrichtung des territorialen Netzes für einen kurzzeitigen, stationären Aufenthalt der Patienten, die einer klinischen medizinischen Betreuung mittlerer bis niedriger Intensität benötigen.

Es handelt sich um eine Einrichtung mit kurzer Aufenthaltsdauer für Patienten nach einer akuten Phase mit dem Ziel, einem Prozess der Chronifizierung entgegenzuwirken, richtet sich aber auch an Patienten mit einer erneuten akuten Episode einer bestehenden chronischen Erkrankung. Diese Patienten benötigen medizinische Betreuung niedriger Intensität, welche grundsätzlich zuhause erbracht werden könnte, aber aufgrund der Unmöglichkeit im spezifischen Fall, eine ambulante oder Hausbetreuung zu gewährleisten, werden sie in besagten Einrichtungen untergebracht, welche eine kontinuierliche, medizinisch/krankenpflegerische Betreuung und Überwachung, auch in den Nachtstunden, garantieren können.
Die Einrichtungen, die vorrangig von der Krankenpflege geführt werden, tragen zu einer höheren Angemessenheit der Behandlung bei, weil unangemessene Zugänge zu anderen Einrichtungen wie der Notaufnahme oder anderer Krankenhauseinrichtungen und die Inanspruchnahme anderer fachärztlicher Leistungen reduziert werden und folglich unangemessene Institutionalisierungen vermieden oder reduziert werden können.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Intermediärbetten müssen je nach Bedarf aktiviert und in einem ausgewogenen Maße auf die einzelnen Gesundheitsbezirke verteilt werden.
Bei der Intermediärpflege wird ein Standard von 0,4‰ Einwohner herangezogen, was ca. 214 Betten für das ganze Land Südtirol entspricht. Diese Betten sind in Krankenhauseinrichtungen, akkreditierten und vertragsgebundenen Pflegeeinrichtungen sowie in territorialen Wohneinrichtungen vorzusehen.
Die Bedarfserhebung muss mit der Gesundheitsplanung in den Bereichen Rehabilitation und postakute Langzeitpflege abgestimmt werden.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe stufenweise Einrichtungen und Bettenplätze für die Intermediärbetreuung einzurichten. Dies kann auch mittels einer Umwandlung von Post-Akut-Bettenplätzen im gesamten Landesgebiet im Rahmen der verfügbaren Ressourcen und innerhalb der Gesamtanzahl an Bettenplätzen, wie vom Landesgesundheitsplan 2016-2020 festgesetzt, geschehen.

6.3.5 Psychische Gesundheit

Obwohl weltweit die Erkenntnisse über die Auswirkungen der aktuellen Pandemie auf die psychische Gesundheit noch begrenzt sind bzw. nur teilweise mit Erfahrungen, die etwa mit SARS oder Ebola gemacht wurden, vergleichbar sind, ist es wahrscheinlich, dass die Nachfrage nach psychosozialen Leistungen in den nächsten Monaten und Jahren erheblich steigen wird.
Die Investition in Dienste und Programme für die psychische Gesundheit ist heute wichtiger denn je. Die letzten Monate waren eine große Herausforderung, insbesondere für Mitarbeiter im Gesundheitsbereich, Schüler und Studenten, Familienangehörige von an COVID-19 Erkrankten, psychisch Kranke, sozio-ökonomisch Benachteiligte und Arbeiter/Angestellte, deren Einkünfte nicht mehr sicher waren.
Die wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie beeinträchtigen nicht nur das ökonomische Wachstum, sondern können auch negative Auswirkungen auf die soziale Teilhabe und die psychische Gesundheit haben. Zahlreiche Studien zeigen, dass der Verlust des Arbeitsplatzes ein Hauptfaktor für die Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens ist.
Es gibt zahlreiche Initiativen und Interventionsprogramme, um den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit entgegenzuwirken und Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen oder einem erhöhten Risiko für Angststörungen und Depressionen auffangen zu können.

Betreuung durch die psychologischen Dienste

Eine Makroanalyse der von den psychologischen Diensten bereitgestellten Daten der Jahre 2016 bis 2019 hat einen kontinuierlichen Anstieg bei der Anzahl der von den Diensten betreuten Patienten sowie in den von diesen erbrachten Leistungen ergeben.

Während der Zugang zur Krankenhauspsychologie und zur Notfallpsychologie garantiert ist, reichen die durchschnittlichen Wartezeiten für den Zugang zu den territorialen Leistungen von 4 Wochen für Psychotherapie und Beratung bis zu 15 Wochen für neurodiagnostische Leistungen, psychologische Gutachten und Abklärungen (für Schule, Sozialdienste, Gericht…).

Tabelle 6.13 – Patienten und Leistungen der psychologischen Dienste und der Krankenhauspsychologie

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020*
Patienten	14.855	15.222	15.484	15.506	13.890
Leistungen	88.381	87.216	93.443	97.553	88.964

**Niedrige Daten aufgrund veränderter Datenerhebung*
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Im Pandemiejahr 2020 scheint es eine deutliche Abnahme sowohl bei den Patientenzahlen als auch bei der Anzahl der erbrachten Leistungen gegeben zu haben. Dem ist jedoch nicht so. Tatsächlich sind sowohl die Anfragen als auch die erbrachten Leistungen gestiegen.

Die Diskrepanz zwischen den Daten laut oben angeführter Tabelle und den tatsächlich erbrachten Leistungen ist einer veränderten Art der Erbringung der Leistungen geschuldet, welche aufgrund der Pandemie fast nur mehr mittels Telefon- oder Videokonferenzen erbracht werden konnten. Diese Leistungen wurden von den Diensten am Anfang der Pandemie entweder überhaupt nicht registriert oder nur dann, wenn eine spätere Übernahme des Patienten erfolgte. Außerdem liefen sehr viele telefonische Beratungen und Kontakte über das Portal „Psy-Help Covid 19“.

Das Netzwerk Psy-Help COVID-19, das im April 2020 aktiviert wurde, bietet psychologische Unterstützung und therapeutische Behandlung für besonders gefährdete Gruppen wie psychisch Kranke, Menschen mit Abhängigkeitsproblemen, aber auch Trauernden und Hinterbliebenen. Außerdem bietet das Netzwerk Mitarbeitern des Gesundheitswesens genauso wie Covid-19 Erkrankten oder Covid-Positiven zu Hause und in Quarantänesituationen psychologische Betreuung an. Das Netzwerk steht aber auch der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung und fördert Verhaltensweisen, die für die Bewältigung der Krise von Nutzen sind.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich aufgrund der Pandemie im Jahr 2020 die Art und Weise der Erbringung der Leistungen geändert hat und neben den Einsätzen der Notfallpsychologie, die sich gegenüber dem Vorjahr fast verdoppelt haben, vor allem telefonische Beratungen und Videokonferenzen erbracht wurden, die nur in Ausnahmefällen zu einer stationären Aufnahme der Patienten in den Fachdiensten geführt haben.

Tabelle 6.14 – Einsätze und telefonische Beratungen/Videokonferenzen des Dienstes für Notfallpsychologie

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Einsätze vor Ort	66	58	75	55	93 + 295*

* Telefonische Beratungen/Videokonferenzen
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Gezielte und rechtzeitige Maßnahmen bei psychischen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art kann das Leid von Betroffenen erheblich verringern, sei es in diesen besonderen Zeiten der Pandemie, aber auch generell im alltäglichen Leben.
Da davon auszugehen ist, dass sich die Pandemie und die Anstrengungen, diese zu kontrollieren, noch über mehrere Monate ziehen werden, ist es, auch in Hinblick auf die ökonomischen und sozialen Auswirkung der Pandemie wahrscheinlich, dass die Menschen und ihre Familien in den nächsten Jahren vermehrt psychologische Unterstützung benötigen werden. Voraussichtlich werden sich die psychologischen Konsequenzen der Arbeitslosigkeit und des Verlustes des Arbeitsplatzes, der Trauerfälle und die über einen langen Zeitraum anhaltende Isolation erst verspätet und noch für längere Zeit manifestieren.
Davon abgesehen sind die Anfragen nach psychologischen Leistungen in den Bereichen Demenz/Alzheimer, Essstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen u.a. seit Jahren kontinuierlich im Steigen.
In diesem Sinne hat der Sanitätsbetrieb die Aufgabe, den entsprechenden Bedarf in der Südtiroler Bevölkerung zu überwachen und zu erheben, im Bedarfsfall auch Modalitäten für die Reorganisation der Übernahme und Betreuung der Patienten zu definieren, Formen der autonomen, koordinierten und kontinuierlichen Zusammenarbeit zu aktivieren und freiberufliche Psychologen und Psychotherapeuten zu rekrutieren, welche die Betreuung der Patienten integrieren und unterstützen und deren Betreuungskontinuität gewährleisten.
Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, in einer eigenen Maßnahme/ einem eigenen Dokument das Ausmaß des Betreuungsbedarfs zu erheben und die Maßnahmen festzusetzen, um das aktuelle Betreuungsangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu erweitern.
Der Sanitätsbetrieb definiert und erarbeitet Protokolle der Zusammenarbeit, um so die verschiedenen privaten Partner, allen voran die Familienberatungsstellen, zu integrieren.
Der Sanitätsbetrieb definiert umfassende diagnostische, therapeutische und Betreuungspfade, welche die Beziehungen und die Synergien zwischen den Dienstleistern (öffentliche und private)

zwischen den Diensten (psychologische, psychiatrische etc.) zwischen den Settings (Krankenhaus, Territorium und Art des territorialen Settings), zwischen dem Sanitätsbetrieb und den Gesundheitsbezirken usw. klären.

Betreuung der psychiatrischen Dienste

Die Analyse einiger von den Zentren für psychische Gesundheit übermittelten Daten zeigen bis zum Jahr 2019 eine stetige Zunahme der Personen, die sich an die Dienste wenden.

Tabelle 6.15 – von den Zentren für psychische Gesundheit betreute Patienten

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Patienten	9.884	10.446	8.927*	10.939	10.623
Werte pro 1.000 Einwohner	18,9	19,8	19,8*	20,5	19,9

**es fehlen die Daten des psychiatrischen Dienstes Bruneck für 2018*
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Auch die Zentren für psychische Gesundheit haben im Laufe des Jahres 2020 aufgrund der Pandemie die Leistungen in veränderter Form erbracht. Viele Beratungen erfolgten über das Notfallportal "Psy-Help Covid 19". Außerdem wurden Patienten, die bereits in den Diensten in Behandlung waren, vor allem über Telefonberatungen und Psychotherapie bzw. psychiatrische Kontrollvisiten mittels Videokonferenzen betreut. Zahlreich waren auch die Hausvisiten: allein im psychiatrischen Dienst Meran waren es über 3.000.
Grundsätzlich weisen die Zentren für psychische Gesundheit keine nennenswerten Wartezeiten auf: es sind durchschnittlich sieben Tage für Meran, Bruneck und Brixen und max. 14 Tage für Bozen.
In den psychiatrischen Diensten gibt es aber Betreuungsbedarf für chronisch psychisch Kranke, die nicht mehr in der Lage sind, ohne Begleitung ihren Alltag alleine zu bewältigen. Oft handelt es sich dabei um Patienten, die noch nicht das Alter für die Aufnahme in einem Seniorenwohnheim erreicht haben, in anderen Fällen ist die Betreuung im Seniorenwohnheim aufgrund der Komplexität der Störung nicht geeignet.
Da es auf dem Landesgebiet derzeit keine geeigneten Einrichtungen für diese Patienten gibt, kommt es oft zu unangemessenen Unterbringungen in anderen psychiatrischen Reha- und Wohneinrichtungen oder zu Überweisungen in spezielle Gesundheitseinrichtungen in Nachbarprovinzen, weit weg vom bisherigen Lebensumfeld mit den entsprechenden Problemen für die Patienten und deren Angehörige.

Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In Anbetracht einer konstant steigenden Nachfrage für diese Patienten definiert der Sanitätsbetrieb in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialwesen ein bedarfsgerechtes, angemessenes Betreuungsangebot. Dafür sollen alternative Wohn- und Betreuungsmodelle angedacht bzw. bereits bestehende Wohnmöglichkeiten, wie etwa die Anmietung von IPES Wohnungen, ausgebaut werden. Der Sanitätsbetrieb definiert diagnostische, therapeutische und Betreuungspfade, welche die Beziehungen und die Synergien zwischen den Dienstleistern (öffentliche und private), den Diensten und den verschiedenen Settings klären. Der Sanitätsbetrieb führt das Instrument des „Gesundheitsbudgets“ ein, um individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsprojekte für Menschen mit komplexen psycho-sozialen Betreuungsbedürfnissen durchführen und deren Inklusion fördern zu können.

Betreuung der Dienste für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die Tätigkeit der Dienste für Kinder- Jugendpsychiatrie gilt dasselbe, was bereits in den vorherigen Kapiteln erläutert wurde. Der Rückgang, der im Jahr 2020 erbrachten Leistungen laut untenstehender Tabelle ist auf eine nicht erfolgte Registrierung derselben zurückzuführen, die wiederum der veränderten Art und Weise der Erbringung der Leistungen geschuldet ist.

Tabelle 6.16 – von den Diensten für Kinder- und Jugendpsychiatrie betreute Patienten

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Patienten	1.081	1.117	1.074	1.153	1.128
Leistungen	6.739	6.513	7.124	7.466	5.371

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Seit Jahren ist in den Diensten für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein konstant steigender Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung festzustellen.
Die Pandemie hat zudem Störungen ausgelöst, die unweigerlich zu einer erhöhten Nachfrage in diesen Diensten geführt hat und noch führen wird. Insbesondere Störungen wie Selbstverletzungen, sozialer Rückzug, Essstörungen und Drogenmissbrauch haben zugenommen. Dieser Trend führt zwangsläufig zu einer Zunahme an Zugängen und Anfragen von Seiten der Bevölkerung, mit denen der Landesgesundheitsdienst konfrontiert wird.

In diesem Sinne sieht der Art. 33 des in Gesetz Nr. 106 vom 17. Juli 2021 umgewandelten Gesetzesdekretes N. 73/2021 ("Decreto sostegni-bis") Finanzierungen im Ausmaß von insgesamt 246.006 Euro für den Südtiroler Sanitätsbetrieb vor, die innerhalb 31. Dezember 2021 für die Potenzierung von territorialen und Krankenhausdiensten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Prävention und die multidisziplinäre Betreuung der Patienten und deren Familien sowie für den Schutz der psychischen Gesundheit und das individuelle und kollektive psychische Wohlbefinden mittels außerordentlicher Rekrutierung von Fachleuten wie Sozialassistenten und Psychologen zu verwenden sind.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, mit einer eigenen Maßnahme/einem eigenen Dokument, das Ausmaß des Betreuungsbedarfs zu erheben und die notwendigen Maßnahmen zu definieren, um das aktuelle Betreuungsangebot zugunsten von Kindern und Jugendlichen zu erweitern.
Angesichts der steigenden Anzahl von jungen Menschen mit psychischen Störungen, die sowohl sozialer, als auch gesundheitlicher Betreuung in spezifischen Einrichtungen bedürfen, definiert der Sanitätsbetrieb gemeinsam mit der Abteilung Soziales, den Bezirksgemeinschaften und dem Sozialbetrieb Bozen den Neubedarf an integrierten Plätzen in sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Einrichtungen.
Der Sanitätsbetrieb definiert diagnostische, therapeutische und Betreuungspfade, welche die Beziehungen und die Synergien zwischen den Dienstleistern (öffentliche und private), den Diensten und den verschiedenen Settings klären.

Betreuung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen

In den letzten Jahren haben Autismus-Spektrum-Störungen sowohl international, aber auch italienweit und in Südtirol zugenommen.
Eine Erhebung der in diesen Bereich in Südtirol tätigen Fachdienste aus dem Jahr 2017 hat ergeben, dass diese rund 400 Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen betreuen. Diese Zahl ist Ende 2020 auf rund 650 Personen (davon ca. 500 Kinder und Jugendliche und 150 Erwachsene) gewachsen, was einer Zunahme von über 60% entspricht.
Die steigenden Zahlen sind zum einen auf eine höhere Sensibilität für die Problematik im Allgemeinen und von Seiten der Dienste zurückzuführen, aber auch auf eine bessere und genauere diagnostische Erfassung, die es ermöglicht, Fälle frühzeitig zu erkennen.

Mit **BLR Nr. 638 vom 23. Juli 2019** wurde das Betreuungsnetz für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen für den Gesundheitsbereich festgesetzt und beschrieben.
Der Start und die vollständige Umsetzung des Netzwerkes gestaltet sich derzeitig aufgrund begrenzter Personalressourcen der Gesundheits- und Sozialdienste als schwierig. Das führt zu langen Wartezeiten bei der Früherkennung von Autismus-Spektrum-Störungen bei Kleinkindern und beim Angebot von therapeutisch-rehabilitativen Leistungen sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen.
Auch besteht dringender Bedarf an Unterstützungs- und Entlastungsmaßnahmen für Familien in sehr komplexen Situationen, die sich bereits öfters an die lokalen Dienste gewandt haben, um auf ihre großen Schwierigkeiten aufgrund mangelnder Betreuungsangebote hinzuweisen. Mit einer zeitweisen Betreuung ihrer Kinder in einer Tagesstätte und/oder einer Wohneinrichtung könnte auch einer möglichen Überforderung und Überlastung (Burnout) der Eltern vorgebeugt werden.
Ebenso muss die soziale Inklusion von Minderjährigen durch integrative Maßnahmen zwischen der gesundheitlichen Betreuung, der Schule und dem sozialen Netz gefördert werden.
Auch gilt der aktiven Mitarbeit der Familien durch Unterstützungs- und Bildungsmaßnahmen sowie deren Einbindung in den therapeutischen Prozess große Aufmerksamkeit zu schenken.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

In enger Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten der Bezirksgemeinschaften definiert und benennt der Sanitätsbetrieb für die einzelnen Gesundheitsbezirke die entsprechenden Einrichtungen sowie Gesundheits- und sozialen Dienste und die entsprechenden Personalressourcen, um den Bedürfnissen der Betroffenen und deren Familien gerecht zu werden. Diese Einrichtungen spielen eine wichtige Rolle in der Betreuungskontinuität und der Wiederherstellung und Erhaltung der Funktionen.

Der Sanitätsbetrieb hat weiters die Aufgabe, ein angemessenes Betreuungsnetz, sowohl durch eigene Dienste und Fachambulanzen als auch durch die Unterstützung privater, vertragsgebundener spezialisierter Dienstleister zu realisieren und entsprechende Protokolle zum Zwecke der Integration und der aktiven Zusammenarbeit auszuarbeiten.
Außerdem müssen fehlende Betreuungs-Settings wie Tagesstätten, stationäre Einrichtungen sowie die Potenzierung des ambulanten und sozialen Betreuungsangebotes vorgesehen werden.
Der Sanitätsbetrieb setzt planungs- und verwaltungstechnische Maßnahmen zum Zwecke der Erweiterung des Betreuungsangebotes, um Betroffenen und ihren Familien eine angemessene Antwort auf deren Bedürfnisse zu geben.

Betreuung von Menschen mit Essstörungen

Im Jahr 2020 waren südtirolweit insgesamt 400 Personen mit Essstörungen in den Fachdiensten in Behandlung, davon waren 176 Neuerkrankungen.

Wie aus der untenstehenden Tabelle ersichtlich, handelt es sich hierbei um ein Phänomen, das stark im Steigen begriffen ist.

Tabelle 6.17 – Neue Fälle, die in den Fachambulanzen aufgenommen wurden

Jahr	2017	2018	2019	2020
Neuaufnahmen	124	122	196	179

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Grund für den Rückgang der Fälle im Jahr 2020 ist vorrangig auf die Angst einiger Patienten vor einer Corona-Infektion zurückzuführen, die deshalb die Fachambulanzen nicht mehr aufgesucht haben.
Man kann folglich in den kommenden Monaten von einem erneuten Anstieg der Zugänge ausgehen. Essstörungen treten immer häufiger und bei immer jüngeren Menschen auf. Allerdings sind zwei Drittel der Fälle immer noch älter als 18 Jahre.
Das derzeitige Angebot für die Behandlung von Essstörungen in Südtirol kann als ausreichend bezeichnet werden, was die ambulante Betreuung in den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck betrifft. Diese Teams sind aktiv und können komplexe Betreuungsvorgänge gut abwickeln.
Anders sieht die Situation in den Gesundheitsbezirken Meran und Bozen aus, wo es aufgrund der strukturellen Komplexität eine klarere Organisationstruktur bzw. eine personelle Verstärkung geben muss.
Große Lücken hingegen weist das Betreuungsnetz in ganz Südtirol sowohl für Kinder und Jugendliche, als auch für Erwachsene mit Essstörungen in der intensiven ambulanten Betreuung in Tagesstätten sowie in der territorialen extensiven Betreuung auf.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Die Schaffung von territorialen teilstationären und stationären Einrichtungen und Tagesstätten im Sinne der Betreuungskontinuität und der damit verbundenen Risikominimierung für eine Chronifizierung der Erkrankung stellt für den Sanitätsbetrieb eine Priorität dar, der während der Laufzeit der Gültigkeit dieses Dokuments nachgekommen werden soll.

Um ein angemessenes ambulantes Betreuungsangebot auf dem gesamten Territorium zu gewährleisten, hat der Sanitätsbetrieb auch die Aufgabe alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um der Bevölkerung in den Gesundheitsbezirken Meran und Bozen ein strukturiertes, bedarfsgerechtes und mit dem notwendigen Personal ausgestattetes Betreuungsangebot im ambulanten Bereich zur Verfügung zu stellen.

6.3.6 Betreuung im Bereich Abhängigkeiten

Die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen oder anderes Suchtverhalten stellt ein komplexes und besorgniserregendes aktuelles Problem dar, dem mit einem sozio-sanitären Betreuungsnetz von öffentlichen und privaten Diensten auf drei integrierten Ebenen (Gesundheit/Prävention/Soziales) begegnet wird.

Die Aufgaben des Betreuungsnetzes basieren zum einen auf den Leitlinien für die Suchtpolitik in Südtirol (BLR Nr. 3043/2003), zum anderen auf den detaillierteren Vorgaben des Fachplans für Abhängigkeiten (BLR Nr. 106/2013).

Beide dieser wichtigen Planungsdokumente werden derzeit auf Anregung der landesweiten Koordinierungseinheit im Bereich Abhängigkeitserkrankungen (Kollegialorgan laut Landesgesetz Nr. 3/2006 mit der Aufgabe, Maßnahmenpläne in seiner Funktion als Beratungsorgan der Landesregierung auszuarbeiten) überarbeitet.

In Erwartung der Überarbeitung und Genehmigung der obgenannten Pläne wurden auf der Grundlage von Rückmeldungen der Fachdienste jene Bereiche der Abhängigkeiten definiert, in denen es derzeit sowohl an Einrichtungen und folglich auch an dem dafür notwendigen spezialisiertem Personal fehlt.

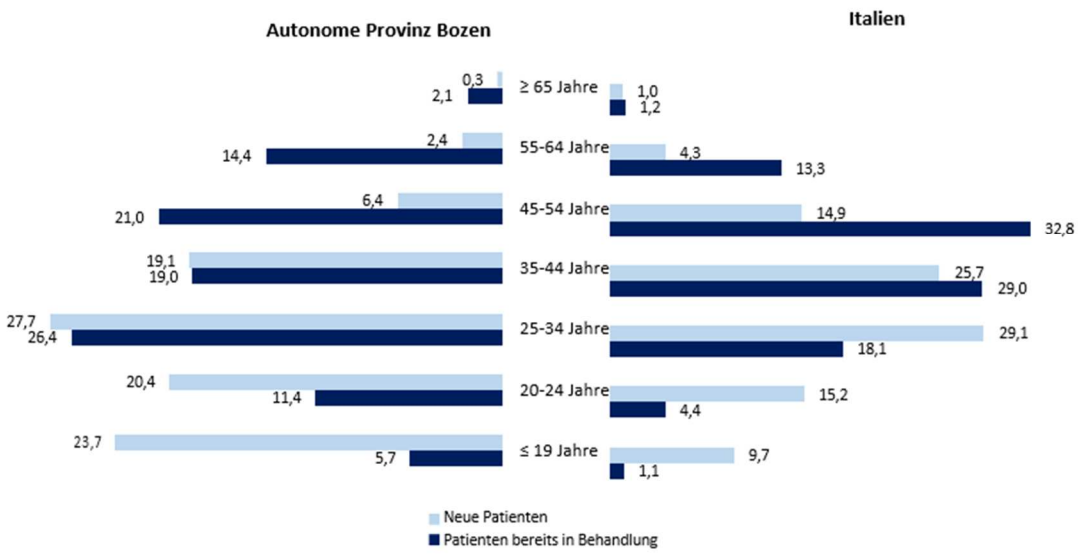
Tabelle 6.18 – Neue Fälle in den Fachambulanzen

Jahr	2016	2017	2018	2019
Patienten	1.288	1.295	1.322	1.414
Leistungen	193.086	191.259	209.479	211.389

Quelle: Datenflüsse SIND und DfA - Südtiroler Sanitätsbetrieb

Der Trend der letzten Jahre zeigt, dass die Patienten der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (DfA) in Südtirol gestiegen sind (siehe auch den jährlichen Bericht des Parlaments zur Drogenabhängigkeit in Italien von 2020).

Grafik 6.7 – von den DfA betreute Patienten (Werte %)



Quelle: Gesundheitsministerium – NSIS (https://nsis.sanita.it/) – Zugang zum Portal am 09/02/2021

In Südtirol fehlen **Bettenplätze** für spezifische Bedürfnisse im Bereich der Abhängigkeiten, die **schnellstmöglich** geschaffen werden müssen. Dieser Bedarf wurde während der Pandemie noch dringlicher und offensichtlicher.
Die Tatsache, dass die einzige für die **Entgiftung** der Patienten vorgesehene Einrichtung auf Landesebene diese nicht mehr aufnimmt, stellt die territorialen Dienste und Ambulanzen vor eine große Herausforderung, da sie auf kein Alternativangebot zurückgreifen können.

Zum einen fehlen in mehreren Einrichtungen Bettenplätze für die Entgiftung der Patienten, zum anderen die Möglichkeiten des notwendigen stationären Aufenthaltes zur **Stabilisierung** derselben.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Vor dem Hintergrund eines veränderten Drogenkonsums müssen so bald wie möglich Betreuungsplätze geschaffen werden, um auf psychosoziale Krisen und den Kontrollverlust über den Drogenkonsum reagieren zu können. Es braucht aber auch Projekte zur Stabilisierung der Symptome und um Phasen der Abstinenz zu gewährleisten, um andere medizinische Maßnahmen, wie z.B. die Behandlung von Infektions- oder internistischen Krankheiten, Facharztvisiten für die Feststellung einer Invalidität usw. gewährleisten zu können.

Um diesen Patienten eine angemessene Betreuung zukommen zu lassen, erhebt der Sanitätsbetrieb den Bedarf an Plätzen für die Entgiftung und die Stabilisierung außerhalb des Krankenhauses und schließt mit privaten Einrichtungen eventuelle Vertragsvereinbarungen ab.

Die Pandemie hat eine weitere Problematik aufgezeigt und verschärft, nämlich die Behandlung von **Ausländern** ohne gültigen Aufenthaltsstatus (STP).
Derzeit gibt es in Südtirol keinen strukturierten Behandlungspfad und keine geeignete Behandlungsangebote für diese Patientenkategorie, so wie eigentlich von den geltenden staatlichen Bestimmungen (Gesetzesdekret Nr. 286/1998, Artikel 35) im Sinne einer angemessenen gesundheitlichen Betreuung bzw. lebensrettender Maßnahmen im Bereich der Abhängigkeiten (einem Krankheitsbild, das sehr oft wegen einer Begleiterkrankung psychischer Art erschwert wird) vorgesehen.

Der Sanitätsbetrieb legt den obgenannten Betreuungspfad fest und erstellt das entsprechende Dokument.

6.3.7 Betreuung von Personen, die an AIDS und anderen chronischen Krankheiten, die vom Missbrauch von toxischen Substanzen ausgelöst wurden, erkrankt sind.

Derzeit werden die HIV-positiven Personen, die mit AIDS infiziert sind, in einer Wohngemeinschaft mit sozio-sanitärem Charakter, mit hohen Anteil an gesundheitlicher Integration, die auch andere Personen mit chronischen Krankheiten, die vom Abusus von toxischen Substanzen (Drogen und Alkohol) ausgelöst worden sind, aufgenommen hat, betreut. Zur Zeit kann diese Einrichtung, wie vom Vertragsabkommen mit dem Sanitätsbetrieb vorgesehen, höchstens 14 Personen gleichzeitig aufnehmen.

Tabelle 6.19 – in der Wohngemeinschaft aufgenommene Patienten

Jahr	2016	2017	2018	2019	2020
Bewohner	16	19	17	20	23
Anwesenheitstage im Jahr	4.786	4.329	4.011	4.348	4.226

Quelle: Sanitätsbetrieb

Um die Lebensqualität der Betreuten zu erhalten oder zu verbessern, decken die Aufnahme und die Dienste, die für diese Benutzergruppe gesichert sind, den ganzen Tag ab, bzw. sind rund um die Uhr für sie geöffnet.

Richtlinien für den Südtiroler Sanitätsbetrieb

Um die Tätigkeit, die während des Pandemie-Jahres 2020 nicht erbracht worden ist, aufzuholen, ist es dem Sanitätsbetrieb gestattet, Pläne und Dokumente für den steigenden Bedarf sowie

Leitlinien zu erstellen um das derzeitige Angebot zu Gunsten von Personen, die von der HIV-Positivität, der Krankheit AIDS und anderer chronischer Krankheiten, die vom Abusus von toxischen Substanzen (Drogen und Alkohol) ausgelöst worden sind, stark beeinträchtigt sind.

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, mittels der Einheit für die Infektionskrankheiten, die Notwendigkeit, eine **Erweiterung** des Angebots, bzw. der **Aufnahme**, sei es im Tageszentrum oder auch im Wohnheim zu bewerten und diesen Bedarf zu quantifizieren. Es geht hierbei nämlich um die Integration und die Erweiterung der Betreuung für diese Benutzergruppe, die mit einer angemessenen Unterstützung und einer besseren Strukturierung des Alltagslebens, die mit dem Einsatz eines Ergotherapeuten möglich wäre, weitgehend selbständig leben könnte.

6.4 Weiterer Betreuungsbedarf

Ein weiterer Betreuungsbedarf, der aktuell noch nicht erhoben bzw. in dem vorliegenden Dokument noch nicht beschrieben wurde, kann vom Sanitätsbetrieb jederzeit aufgezeigt und anhand entsprechender Unterlagen dokumentiert und in der Folge das Gesundheitsressort ersucht werden, das dafür notwendige Akkreditierungsverfahren in die Wege zu leiten.

Sofern mit diesem Planungsdokument vereinbar, wird das Gesundheitsressort gegenständliches Dokument ergänzen und die Bereiche, in denen noch zusätzlicher Betreuungsbedarf besteht, auf seiner Webseite anführen.