

**PERSONALAUSTAUSCH IM PROJEKT „GRENZÜBERSCHREITENDE UND INTERREGIONALE AUS- UND WEITERBILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN“  
(PROGRAMM „INTERREG IV“ ITALIEN-ÖSTERREICH)**

**- ERFAHRUNGSBERICHT -**

**Gastgebendes Krankenhaus und Abteilung:**  
Feltre (Belluno, Italien), Medizinische Direktion

**Name und Position des Mitarbeiters:**  
Mag. DDr. Dietmar Ranftler,  
KABEG- Management, Abt. Personal/Organisationsentwicklung

**Name der Ansprechpartnerin:**  
Dott. Alessandra Della Rosa

**Zeitraum des Austausches:**  
19.09. – 30.09.2011

**A. Strukturanalyse**

Die Einrichtung ULSS 2 Feltre (Unità Locale Socio Sanitario) gehört zur italienischen Region Veneto und hat die Aufgabe, den lokalen Sanitäts- und Sozialbereich im Rahmen ihrer Ressourcen effizient, wirkungsvoll und ökonomisch abzudecken.



**Abbildung 1: Verantwortungsbereich ULSS 2 (Provinz / Bezirk Feltre)<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ULSS 2 Feltre: Bilancio Sociale 2001-2006. Edizione 2007. Seite 33.

Die Werte, welche der Einrichtung zu Grunde liegen, sind die Wahrung und Absicherung der Gesundheit im Kollektiv wie auch eines jeden Einzelnen, sowie den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu ermöglichen. Die Vision dieser Einrichtung besteht aus einer verbreiteten, kontinuierlichen Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Qualität, um die Zufriedenheit der Einwohner zu gewährleisten, mit Unterstützung aller zur Verfügung stehenden technischen Mittel.

Die strategische Vision inkludiert eine enge Zusammenarbeit mit dem ULSS. 1 (Belluno), um die provinzielle Versorgung zu gewährleisten.

Anders als in größeren Provinzen ist der Organisation ULSS nur ein Krankenhaus zugeordnet. Daher besteht hier eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen dieser Trägerorganisation und der operativen Einheit des Krankenhauses.

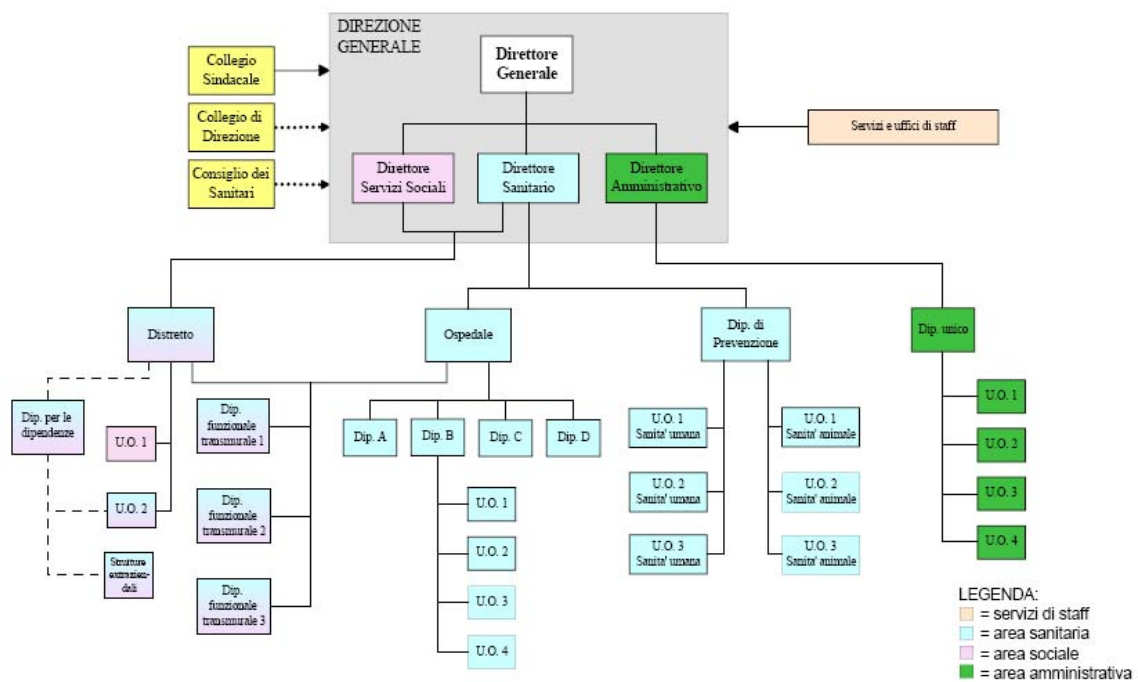


Abbildung 2: Organigramm ULSS 2<sup>2</sup>

Die Generaldirektion des ULSS besteht aus den drei Bereichen Soziale Dienste, Verwaltungsbereich und Sanitätsdirektion. Die Medizinische Direktion ist der Sanitätsdirektion unterstellt und für den operativen Betrieb des Krankenhauses zuständig. Die Verwaltungseinrichtungen wie Controlling, Qualitätsmanagement, Einkauf, EDV oder auch Personal werden direkt von der Verwaltungsdirektion des ULSS geführt.

Da Italien seit 1978 ähnlich wie in England einen nationalen Gesundheitsdienst kennt, wird der extramurale Bereich durch die jeweilige ULSS organisiert. Die Region Veneto ist in 22 Provinzen (Bezirke) unterteilt, für jede Provinz ist eine ULSS für die Organisation des intramuralen Bereiches (Krankenhaus) wie auch des extramuralen (hier: territorialen) Bereiches zuständig.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> ULSS 2 Feltre: Bilancio Sociale 2001-2006. Edizione 2007. Seite 24.

<sup>3</sup> Da noch zwei gesondere ULSS bestehen, ergeben sich 24 solcher zentralen Organisationseinheiten.

Es ergibt sich daher durch diese organisatorische Vernetzung eine stärkere Integration des extra- und intramuralen Bereiches als in Österreich und werden hier bekannte Schnittstellenprobleme weitestgehend vermieden.

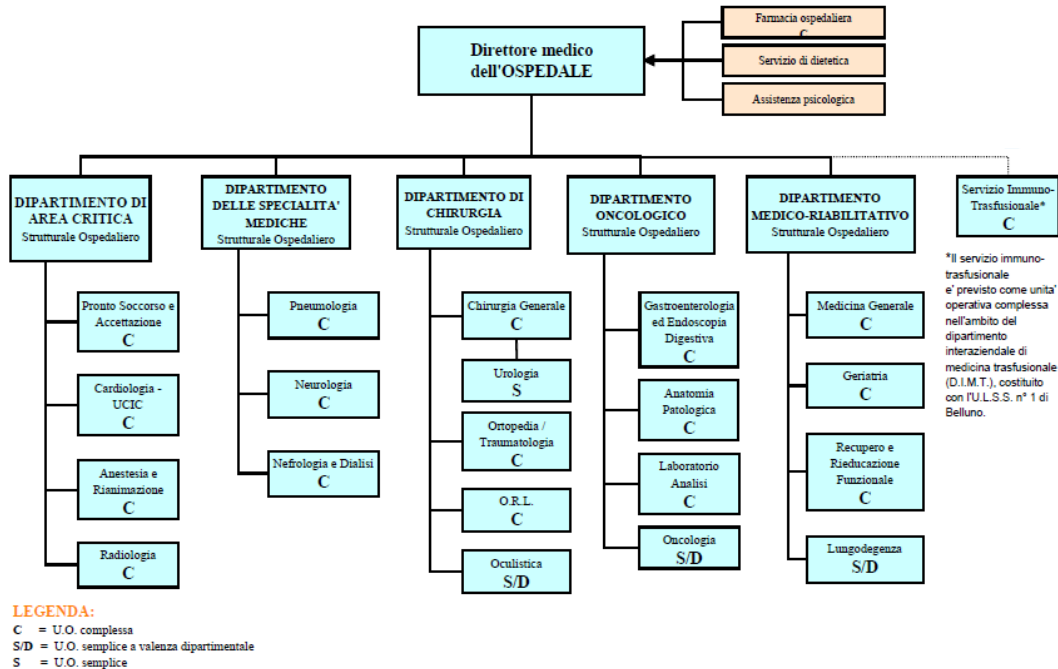


Abbildung 3: Organigramm des Krankenhauses<sup>4</sup>

Das Krankenhaus besteht de facto aus einer Zentrumsstruktur (Dipartimenti<sup>5</sup>) mit verschiedenen Abteilungen (riparti) besteht aus folgenden Disziplinen:

- Zentrale Notfallaufnahme
- Kardiologie
- Anästhesie- und Intensivabteilung
- Radiologie
- Pneumologie
- Neurologie
- Nephrologie/ Dialyse
- Allgemeinchirurgie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie (Traumatologie)
- HNO
- Augenheilkunde
- Gastroenterologie / Endoskopie
- Pathologie
- Labor.
- Onkologie
- Allgemeinmedizin
- Geriatrie
- Heilpädagogik
- Chronische Abteilung/Langzeitstation

<sup>4</sup> ULSS 2 Feltre: Bilancio Sociale 2001-2006. Edizione 2007. Seite 27.

<sup>5</sup> Dipartimento ist zwar der italienische Begriff für Abteilung, riparto für Station. Dennoch erschließt sich aus dem Organigramm die Strukturierung in Zentren mit Fachabteilungen.

Die im Krankenhaus vorhandene Gynäkologie und Geburtshilfe wie auch die Pädiatrie erschließt sich aus obigem Organigramm nicht, diese sind Teile des niedergelassenen (territorialen) Bereiches, wie aus Abbildung 4 ersichtlich. Dies gilt im gleichen Maße für die Psychiatrie.

Stabsstellen wie die Psychologie, Diätologie und Apotheke ergänzen den Verantwortungsbereich der Medizinischen Direktion.

Anders als in Österreich gehört auch die Veterinärmedizin und das Arbeitsinspektorat zum Aufgabengebiet des Krankenhauses bzw. des ULSS.

Das Krankenhaus Feltre hat 422 Betten, 11 Operationssäle (2 Gyn, 1 GebH, 2 ACH, 1 Uro, 2 UCH/OR, 2 HNO, 1 Augen), eine Notfallaufnahme und Spezialambulanzen (Dermatologie, Diabetes, Schmerztherapie) sowie abteilungseigene Ambulanzen.

Eine Organisationseinheit für Transfusionsmedizin ist am Standort angesiedelt, gehört aber nicht unmittelbar zum Krankenhaus.

Ebenfalls am Standort angesiedelt, aber meines Wissens nicht Teil der Gesamtorganisation, ist eine Palliativstation bzw. ein Hospiz (4 Betten), in welchem dem internationalen Standard entsprechend, nicht heilbare Patienten betreut werden. Sehr ausgeprägt ist die mobile Palliativbetreuung, die von diesem Standort aus durchgeführt wird.

Hingegen betreibt das Krankenhaus eine Tageschirurgie mit zwei OP/Eingriffsräumen an einem anderen Standort, in dem traumalogisch/orthopädische, urologische und allgemeinchirurgische Eingriffe durchgeführt werden.

Die Psychiatrie besteht am Standort, allerdings als Teil des „distretto“, aus nur 15 stationären Betten (vornehmlich für UBG-Patienten), einer Tagesklinik mit 6 Plätzen und einem Ambulanzbereich. Es gibt aber eine Reihe territorialer Bereiche (Übergangwohnheime, als Relikt vergangener Zeiten eine Langzeitstation, landwirtschaftlichen Kommunen u.a.). Die Psychiatrie wird somit weitestgehend dezentral betrieben und ist stark mit dem territorialen Bereich vernetzt. Die zwangsweise Unterbringung von Patienten wird möglichst vermieden, weil hier neben dem Gutachten zweier Ärzte auch noch die Stellungnahme des Bürgermeisters eingeholt werden muss. Die Anzahl der psychiatrischen Betten ist im Gegensatz zu Österreich in Gesamtalien sehr gering (0,11/1000 Einwohner vs. 0,77/1000)

Wie aus nachstehendem Organigramm ersichtlich, werden durch den „Distretto socio sanitario“ transmurale Leistungsangebote zusammengefasst. Zum Einen sind dies rehabilitative Leistungsangebote, zum Anderen die Mutter/Kind-Versorgung inklusive der Gynäkologie/Geburtshilfe sowie der Pädiatrie, zum Dritten die oben schon erwähnte psychiatrische Versorgung.

## Il distretto socio sanitario

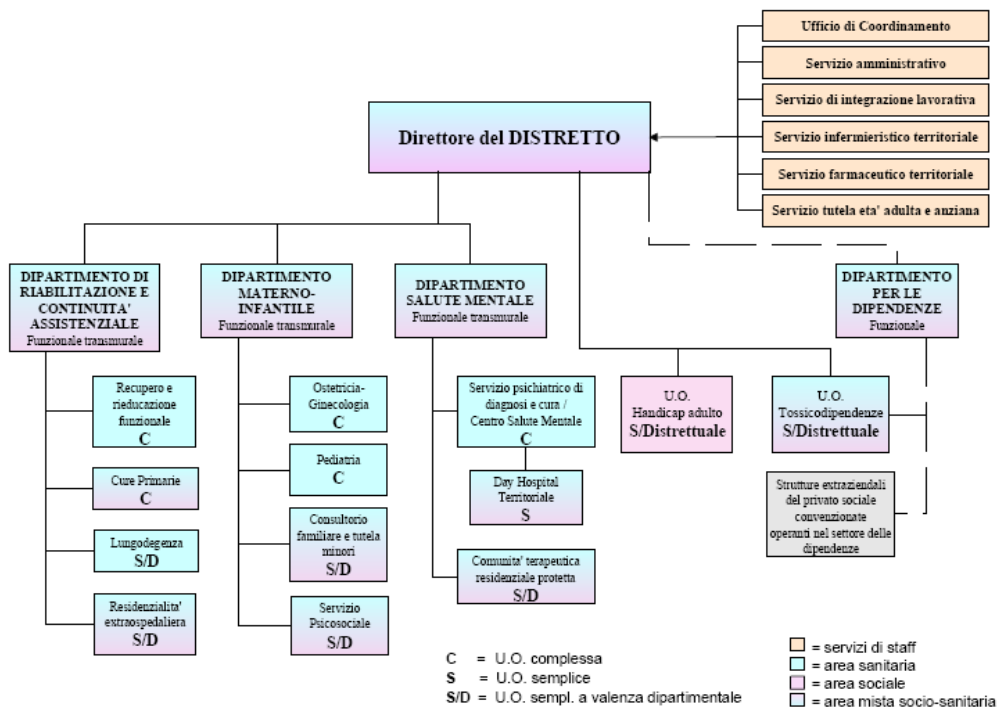


Abbildung 4: Organisation des territorialen Bereiches (distretto)

## B. Prozessanalyse / Medizinische Abläufe

Nachfolgend werden auf Basis durchgeführter Gespräche und Visitationen gewonnenen Erkenntnisse beschrieben. Diese erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und letztlich auch nicht auf Richtigkeit. Sie sollen aber dazu dienen, einerseits die Fremd-Organisation zu beschreiben, andererseits aber auch Unterschiede oder sogar Lernfelder für die eigene Organisation zu erkennen.

### 1. Akutaufnahmen/ Notfallaufnahme

Anders als in Österreich, aber in Analogie zu Großbritannien, kennt das italienische Gesundheitssystem eine zentrale Notfallaufnahme (Pronto Soccorso). Akutfälle werden daher in jedem Krankenhaus, so auch in Feltre in diese Notfallaufnahme gebracht.

Eine ärztliche Triage beurteilt die Dringlichkeit. Anhand eines Farbschemas (rot – orange – grün – weiß) wird diese Differenzierung auch allgemein kommuniziert. Die ersten beiden Dringlichkeitsstufen lösen klarerweise eine sofortige Behandlung aus, allenfalls auch in Schockraum und/oder Intensivstation. Im Wartesaal der Notfallambulanzen finden sich daher die grünen oder weißen Fälle. Die als weiß beurteilten Patienten (Codice bianco) müssen dann das für die Ambulanzversorgung übliche „Ticket“ in der Größenordnung von rd. 30 Euro lösen.

Im Krankenhaus Feltre existiert seit etwa einem Jahr eine abgestufte Pflegeversorgung in Form einer „Beobachtungsstation“, einer „Intermediate Care- Station“ und einer „Langzeitstation“. Diese Differenzierung ist jedoch auf den ersten Blick nicht zu erkennen, da die Station der Geriatrieabteilung für den Zweck der Beobachtung herangezogen wird. Die

Medizinische Abteilung betreibt dann die Intermediate Care- Station. Eine Umbenennung ist scheinbar aus personalpolitischen Gründen noch nicht vollzogen.

De facto ähnelt aber damit der Versorgungsprozess sehr den in Klagenfurt im LKH Neu eingeführten Prozessen der Zentralen Notfallaufnahme mit integrierter Aufnahme- und Beobachtungsstation. Dadurch wird auch dem internationalen Trend zur abgestuften Versorgung Rechnung getragen.

## **2. Geplante Aufnahmen / geplante Ambulanzversorgung**

Auch für die Aufnahme geplanter Patienten erfolgt eine Triagierung in Form der Ampelfarben rot-orange-grün-weiß. Diese bestimmen über die zumutbare Wartezeit auf den stationären Aufenthalt bzw. die dem zugrundeliegenden Eingriffen (Operation, Intervention).

Die Triagierung wird bereits auf der Zuweisung (riferimento) vom einweisenden Arzt vermerkt und dem Patienten mitgeteilt. Dieser vereinbart mit dem Krankenhaus dann den Aufnahmetermin und teilt diese Dringlichkeitsstufe dann auch entsprechend mit. Dies wird auch im Krankenhausinformationssystem vermerkt.

Die Aufenthaltsdauern sind eher kurz, viele Leistungen werden auch tagesklinisch erbracht.

Die ambulante Krankenhausversorgung ist im Gegensatz zur stationären Versorgung anhand der Ticketgebühren kostenpflichtig. Grundsätzlich werden für jeden Behandlungsschritt die Ticketgebühren neuerlich eingehoben, so dass sich diese zu durchaus nennenswerten Beträgen akkumulieren können.

## **3. Tageschirurgie**

Nicht nur die Zentrale Notfallaufnahme, sondern auch ein starkes Tagesklinik-Angebot hat in Italien so wie auch in England/GB Tradition. Die vom Krankenhaus an einem eigenen Standort (gemeinsam mit territorialen Einrichtungen und einem Pflegeheim) seit 2002 betriebene Tageschirurgie versorgt die Patienten der oben schon erwähnten Fachrichtungen. Die Leitung dieser Einrichtung obliegt einem erfahrenen Anästhesisten, der einige



**Abbildung 5: Das Team der Tageschirurgie**  
(D.Ranftler, OSr. G. Dalla Corte, DGKS N.N., Dott. A. Ismael)

Zusatzqualifikation einbringt. So ist dieser auch Internist und Kardiologie, was die Abklärung der Patienten erleichtert, da dieser die internistischen Untersuchungen selbst durchführt, somit das EKG selbst beurteilen kann bzw. im Notfall auch selbst entsprechende Maßnahmen einleiten kann.

Dies führt dazu, dass nicht nur einfache Operationen für einfache Risiken (im Sinne von ASA 1 und 2), sondern auch für risikoreichere Patienten (ASA 3) durchgeführt werden. Auch ist das OP-Spektrum

deutlich höher als dies in Österreich bzw. Klagenfurt der Fall ist. So ist die tagesklinische Durchführung von Hernienoperationen oder Kniearthroskopien selbstverständlich und wird zur Zufriedenheit der Patienten durchgeführt.

Der gesamte Behandlungsprozess ab der OP-Indikation wird von der Tageschirurgie gesteuert, dazu zählt die anästhesiologische Aufklärung und Prämedikation, die Terminisierung, Nachbetreuung nach den Eingriff etc.

Von der zuständigen Oberschwester wurde ein integriertes EDV-Programm entwickelt, das ihr Ehemann auf Access-Basis sehr professionell programmiert hat, welches die gesamte Terminisierung, die Abrechnung und auch das Erstellung diverser Statistik bis zum Bestellwesen von Materialien übernimmt. Im zentralen KIS werden dann nur die allgemeinen Patientendaten eingegeben. Auch daran hat sich für mich das hohe Engagement der dort tätigen Personen erschlossen.

Wenngleich die räumlichen Strukturen als veraltet zu werten sind, erscheint die medizinische Behandlung hochstehend und von der Zufriedenheit der Patienten konnte ich mich im Rahmen einer Visite persönlich überzeugen.

Auffallend ist die hohe Termintreue der Patienten, obwohl teilweise die Wartezeiten (bis zu 9 Monate) recht lange sind. Unterstützt wird dies dadurch, dass bei Nichterscheinen der Patienten Ticketgebühren in Rechnung gestellt werden. Eine aktive Erinnerung knapp vor der Operation erfolgt nicht.

### **3. Langzeitbetreuung / Case Management**

Im Sinne der schon erwähnten abgestuften Pflegeversorgung wurde auch eine Langzeitstation eingerichtet, an der auch zwei Case Manager angestellt sind.

Die inhaltliche Tätigkeit an dieser Station entspricht dem Konzept der in Klagenfurt auch kurz realisierten, dann aber wieder aufgelösten Überleitstation. Die Case Manager übernehmen die durchgehende Fallbetreuung, allerdings nur von der Aufnahme bis zur Entlassung aus dieser Station. Eine weiterführende Betreuung im niedergelassenen Bereich erfolgt jedoch nicht. Die inhaltliche Tätigkeit entspricht dann in etwa der Tätigkeit unserer Stationsschwester und beigezogenen Sozialarbeitern. Die mehrheitlichen Aufenthaltsdauern auf dieser Station liegen bei etwa 3 – 4 Wochen, in Einzelfällen aber auch Monate.

### **4. Internistischer Schwerpunkt Hepatologie**

In der Abteilung für Internistische Medizin (medicina generale) ist neben der Rheumatologie vor allem die Behandlung von Lebertumoren hervorzuheben. Dies fundiert vor allem auf der Expertise des dortigen Primararztes. Neben der Diagnostik (Sonographie) ist vor allem die Therapie in Form der Radiofrequenztherapie (direkt in dieser Abteilung erbracht) und der Leberbiopsie (Alkoholinjektionen) zu benennen.

Die Rheumatologie wird zwar als zweiter Schwerpunkt betrieben, nicht jedoch interdisziplinär (z.B. mit der Orthopädie).

## **5. Neurologie / Schlaganfallbehandlung**

In der Neurologie wird neben den allgemein üblichen Leistungsfeldern (z.B. Diagnostik und Behandlung der Epilepsie) auch die Behandlung von Schlaganfällen vorgenommen. Hierzu stehen zwei entsprechend ausgestattete Betten zur Verfügung, als Stroke Unit werden diese jedoch nicht bezeichnet. Eine eigenständige neurologische Intensivstation wird nach dortiger Aussage weder in Feltre noch in größeren Krankenhäusern Italiens (mit einer genannten Ausnahme) betrieben.

Die Geräteausstattung für ein neurologisches Schlaflaborbett ist auch vorhanden, eine fächerübergreifende Zusammenarbeit mit der Lungenabteilung ist nur bedingt gegeben.

## **6. Pulmologie / Schlaflabor**

Die Pneumologie (Pulmologie, Lungenabteilung) behandelt vor allem COPD- Patienten und betreibt eine Infektionsstation sowie eine Bronchoskopie. Als Besonderheit ist das Schlaflabor mit einem Bett zu benennen. Für dessen Betreuung sind jedoch alle vier Lungenfachärzte ausgebildet.

Die Tumorbehandlung durch Chemotherapien ist kein Schwerpunkt der Abteilung, sondern wird durch die Onkologie wahrgenommen.

## **7. Intensivstation**

Die Intensivstation betreibt 6 Betten. Die Behandlung erfolgt nach internationalem Standard, bei Bedarf erfolgt die sofortige Übernahme von Notfallpatienten. Eine Integration mit dem Notarztsystem ist nicht gegeben. Die Ärzte arbeiten daher nur im Krankenhaus. Der Pflegepersonaleinsatz ist 2-3 Mitarbeiter tagsüber, 2 im Nachtdienst.

Erwähnenswert ist die klar definierte Besuchszeit und gleichzeitig Arzt-Sprechstunde, auf welche auch der Personaleinsatz der Ärzte entsprechend abgestimmt ist.

## **8. Psychiatrie**

Oben wurde bereits die Struktur der Psychiatrie erwähnt. Prozessbezogen soll daher nochmals die starke Vernetzung zwischen intra- und extramural betont werden, was schon durch die organisatorische Zuordnung beim territorialen Bereich (distretto) gegeben ist.

Die Tagesklinik wird für 6 Patienten von einer Psychologin, einem Krankenpfleger und einer Erzieherin (Studium der Pädagogik) betreut und ist auch samstags geöffnet. So hat zumindest die Erzieherin eine 6-Tageswoche, jeweils von 07.30 – 13.30 Uhr.

## **9. Gynäkologie / Geburtshilfe**

Als auffallend hoch ist die Zahl der Geburten (> 1000) zu werten, obwohl Risikogeburten nach Padua weitergeleitet werden. (100 km, 1:30 h Autofahrt). Somit hat hier Feltre eine überregionale Ausstrahlung. Vor allem auch aus dem benachbarten Trentino kommen die Patientinnen.



Als besonders effektiv kann die Tätigkeit der Hebammen gewertet werden, da diese den gesamten Behandlungsprozess während der Mutterschaft begleiten, diese daher sowohl extra- wie auch intramural tätig werden.

### **10. Vernetzung Sanitäts- und Sozialwesens**

Über die Organisationsstruktur des „distretto“ ist eine Vernetzung des Sozialwesens mit dem Sanitätswesen gegeben. Schnittstellenprobleme werden daher weitestgehend vermieden.

### **11. Territoriale Direktabgabe von Medikamenten**

Um Medikamentenkosten zu sparen, werden von dafür angestellten Krankenschwestern in Gesundheitsstützpunkten einzelner Kommunen, damit wohnortnahe sehr teure Medikamente direkt an die Patienten ausgegeben. Wie oben schon erwähnt, spart sich die ULSS damit etwa 20% der Kosten, da diese von der Krankenhausapotheke und nicht von den selbstständigen Apotheken bezogen werden. Gleichzeitig wird damit eine sehr enge Patientenführung gewährleistet.

## **C. Verwaltung – Ausgewählte Funktionen und Abläufe**

### **1. DRG- Abrechnung**

Wenngleich die Mittelzuführung zum ULSS über eine Pro-Kopf-Quote pauschal erfolgt, ist die Verrechnung der stationären Patienten über ein diagnosen- und leistungsorientiertes Fallpauschalensystem (DRG) gegeben. Die Dateneingabe erfolgt dezentral von den Ärzten im Krankenhausinformationssystem. Eine DRG-Stabsstelle als Teil der Medizinischen Direktion kontrolliert alle Verrechnungen und gibt diese zur Verrechnung frei bzw. spielt diese zur Datenplausibilisierung oder Korrektur zurück. Bei klaren Fehlern werden diese direkt von der Mitarbeitern behoben.

Die Arztbriefschreibung erfolgt unmittelbar von den Ärzten im KIS, eine Beschäftigung von Schreibkräften entfällt. Die Stabsstellenmitarbeiterin kontrolliert bei Bedarf die Übereinstimmung der Arztbriefe (cartelle cliniche) und dem Abrechnungsformular. Abrechnungsrelevante Korrekturen werden meist nur im Verrechnungssystem durchgeführt, aber per ausgedrucktem Abrechnungsformular der Krankengeschichte beigelegt.

Von übergeordneten Instanzen erfolgen seit jüngster Zeit auch Kontrollen, ähnlich wie dies bei uns der Landesgesundheitsfonds wahrnimmt.

### **2. Qualitätsmanagement / Change Management**

Vom Nationalen Gesundheitsdienst gibt es seit langem klare Vorgaben für das Qualitätsmanagement, es erfolgt daher eine Zertifizierung auf dieser Basis. Eine ISO- oder Joint Commission- Zertifizierung ist nicht vorhanden.

Das Qualitätsmanagement ist stark ausgeprägt und äußert sich im Betrieb eines zentralen Ablagesystems für QM-relevante Unterlagen. Das verwendete System wurde kostenlos dem Internet entnommen, entspricht weitestgehend dem in Klagenfurt verwendeten ÄNEIS. Die Menge der Unterlagen ist nennenswert. Die Unterlagen sind weitestgehend schriftlich formulierte Verhaltensanweisungen, seltener graphisch aufbereitete medizinische Standards.

Es gibt aber auch ein zweites QM-System, in welchem sich ein Teil der medizinischen Standards befindet. Es erfolgt derzeit der Versuch, diese beiden Systeme zu integrieren.

Das QM wird vom ULSS betrieben und erfolgt somit nicht nur für das Krankenhaus, sondern auch für den territorialen Bereich, somit für die niedergelassenen Ärzte (*medici generale*).

Die mir zugeteilte Ansprechpartnerin des QM war in einer Zweitfunktion aber auch für den territorialen Bereich zuständig und fungiert auch als Projektleiterin für Schnittstellenprojekte. Ein interessantes Projekt, über das intensiv gesprochen und diskutiert wurde, war die Etablierung eines „*ospedale di comune*“, also eines Gemeindekrankenhauses. Zur Vermeidung stationärer Akut-Aufenthalte sollten geringe Bettenkontingente (nur etwa 1-5 Betten) direkt in den Pflegeheimen (*casa di riposa*) angesiedelt werden, die von den niedergelassenen Allgemeinärzten (*medico di base*) betreut werden sollen. Diese Pflegeheime sind nahezu in allen Gemeinden vorhanden, so dass für diese Fälle ein stationärer Aufenthalt im zentralen Bezirkskrankenhaus nicht notwendig wäre.

Direkt miteinbezogen wurde ich in einen Change Prozess, wo es um die Zusammenlegung dreier univokaler Sekretariate im territorialen Bereich (Kinderpsychiatrie, Sportmedizin, Impfungen) zu zwei Sekretariaten (Front office, back office) mit geteilter Aufgabenstellung, jedoch organisationsübergreifenden Zuständigkeiten ging. Die Schwierigkeiten, die sich bei uns häufig bei Fusionsprojekten in Form von Widerständen der Betroffenen ergeben, wurden auch dort sichtbar.

### **3. Controlling**

#### Controlling des Medizinischen Sachbedarfes

Das Controlling hat eine Reihe von Datenbanken aufgebaut, um Transparenz zu erzeugen. Die betrifft zum Einen ein eigenständig customized OLAP-Tool auf Basis von Access-Datenbanken, in dem die Magazindaten (Pharmazeutika, Medizinprodukte) aufbereitet und damit der Verbrauch des Medizinischen Sachbedarfs detailliert gesteuert wird. Dieses Berichtssystem soll in weiterer Folge elektronisch allen Verantwortlichen zur Verfügung gestellt werden.

Die Daten beinhalten nicht nur den Verbrauch im Krankenhaus, sondern auch im niedergelassenen Bereich bzw. dem Abverkauf der hausinternen Apotheke an die niedergelassenen Ärzte oder direkt an Patienten. Letzteres wird durchgeführt, um Kosten zu sparen, weil die Krankenhausapotheken etwa 20% preiswerter einkaufen.

Die Berichte zum Medizinischen Sachbedarf bekommen aktuell die Direktoren und Primärärzte in Papierform, es gibt auch entsprechende Controlling-Gespräche, die meist vom Medizinischen Direktor geleitet werden.

#### Personalcontrolling

Das oben angeführte OLAP-Tool beinhaltet auch die Personaldaten, womit auch die Mitarbeiterzahl (FTE) und die Personalkosten gesteuert werden. Das Personalcontrolling wird aber gemeinsam mit der Personalabteilung wahrgenommen.

#### Controlling der Leistungsbeziehungen

Vom Controlling werden aber auch die Daten aufbereitet, die dadurch entstehen, dass Patienten aus dem Bezirk in anderen Bezirken behandelt werden bzw. umgekehrt. Hier erfolgt

jeweils eine Verrechnung. Zuständig für die Bezahlung der Leistungen ist die wohnortbezogene ULSS. Die Leistungsbeziehung wird durch das Controlling dargestellt und die finanzielle Honorierung ausgelöst.

#### **4. Assistenz der Medizinischen Direktion**

Als Assistent des Medizinischen Direktors fungiert ein „medico legale“. Dies ist eine spezielle Ausbildungsform in Italien. Nach dem Studium erfolgt im Allgemeinen eine fünfjährige Ausbildung an Universitäten, z.B. Padua, eine arbeitsplatzbezogene Facharztausbildung wie in Österreich existiert nicht. Die hier zur Diskussion stehende Ausbildung zum Medico Legale ist eine eigenständige Facharztausbildung, die neben medizinischen auch administrative bzw. rechtliche Themen beinhaltet. Die Absolventen haben daher auch tiefgehendes Wissen über rechtliche und administrative, staatsbezogene Aspekte. Mitunter haben sie auch die Berechtigung, als Hygienefacharzt und als Arbeitsmediziner zu arbeiten, wenngleich es für die Hygiene noch eine eigenständige Ausbildung gibt. Diese beiden Ausbildungsschienen haben aber viele Gemeinsamkeiten.

Der ansässige Assistent ist daher als Unterstützung für den Medizinischen Direktor tätig, nimmt aber auch selbständig die Agenden des Hygienearztes wahr.

#### **D. Persönliche Aspekte**

##### **1. Sprachkompetenz**

Das Auslandspraktikum in Italien wurde zur Gänze in italienischer Sprache abgewickelt, ein Ausweichen auf Drittsprachen (Englisch) oder auf die Muttersprache Deutsch erfolgte nicht. Einzig, von manchen Mitarbeitern in Feltre wurde aus Höflichkeit oft auf der deutschen Sprache Mächtige verwiesen, die höhere Sprachkompetenz in Italienisch gegenüber den Deutschkenntnissen der einbezogenen Kollegen setzte sich dann aber schnell durch. Spannend war aber, dass ich dadurch häufig auch Teilnehmer des Interreg-Projektes aus den vergangenen Jahren kennengelernt habe, die meist in Villach ihr Praktikum absolviert haben, womit ich auch deren Meinung über das österreichische System einholen konnte.

Meine Sprachkompetenz fußt auf der großteils autodidaktischen Beschäftigung mit Italienisch, basierend auf meinen seinerzeitigen recht guten Spanisch- Kenntnissen. Die Möglichkeit, vorbereitend im Krankenhaus einen Italienisch-Kurs zu besuchen, führte immerhin dazu, meine bereits einmal erworbenen Italienischkenntnisse aufzufrischen. Die letzten beiden Jahre vor dem Praktikum habe ich mich allerdings mit anderen Sprachen (Slowenisch, Kroatisch) auseinandergesetzt, womit das Italienisch etwas in den Hintergrund gedrängt wurde.

Während des Praktikums, welches durch lange und intensive Gespräche gekennzeichnet war, ist es aber sehr rasch gelungen, mich in der Sprache gut zurecht zu finden. Dies betrifft zum Einen das passive Zuhören, was recht rasch überhaupt kein Problem darstellte, auch wenn die Gesprächspartner ihr relatives Hoch-Italienisch sehr schnell sprachen. Zum anderen aber auch mein aktives Italienisch, wo es mir gelungen ist, sehr schnell in ein fließendes Sprechen hineinzukommen und auch die vielen medizinischen wie administrativen Fachausdrücke aktiv zu verwenden, woraus sich dann doch viele spannende Diskussionen ergeben haben.

Prinzipiell war es aber das erste Mal, dass ich die italienische Sprache intensiv (also mit Permanenz und im beruflichen Kontext) gesprochen habe.

## **2. Vorlesung an der Krankenpflegeschule**

Von meiner Betreuerin erhielt ich die Einladung, eine Vorlesung an der dortigen Krankenpflegeschule zu gestalten. Die Ausbildung von Pflegekräften hat in Italien aber seit geraumer Zeit universitären Charakter, so dass dies eine Außenstelle der Universität von Padua darstellt. Das Alter der Studierenden entspricht dem herkömmlicher Studenten, also etwa 20+ Jahre.

So hielt ich einen Vortrag über das österreichische Gesundheitssystem in italienischer Sprache für etwa 40 Studenten. Gleichzeitig wurde dies per Videokonferenz auch an den Standort Belluno übertragen, wo weitere 10-15 Studenten saßen.

Die Vorlesung wurde auch von zwei ULSS- Mitarbeitern begleitet, welche in der späteren Diskussion auch Beiträge einbringen konnten.

## **3. Einbindung in den Berufsalltag**

Grundsätzlich war ich im Rahmen dieses Praktikums der Medizinischen Direktion zugeteilt. Direttore Dr. Lorenzo Tognon war sehr bemüht, mich einerseits in seine alltägliche Arbeit einzubinden (Erklärungen, Teilnahme an Besprechungen), andererseits auch anderen Abteilungen zuzuteilen, um mir möglichst gute Einblicke zu gewährleisten.

Gleichzeitig wurde mir die größtmögliche Freiheit zu gewährt, so konnte ich mich frei im Hause bewegen. Geäußerte Wünsche betreffend der Besichtigung von Einrichtungen wurden stets prompt erfüllt, so dass ich einen wirklich guten Einblick in das dortige System bekommen konnte.

## **4. Soziale Kontakte**

Ich hatte das Glück, dass ich bereits in Klagenfurt den Primarius der Lungenabteilung Dott. Franco Zambotto kennengelernt hatte, welchem ich auch einige Strukturen in Klagenfurt wie auch das Krankenhaus Laas gezeigt hatte. Dieser, auch stets bemüht, Deutsch zu lernen, hat mir dann auch viele medizinischen Strukturen detailliert gezeigt und erklärt. Zum anderen erhielt ich Einladungen zu Abendessen in seiner Familie wie auch im Rahmen des Clubs „Accademia della cucina italiana“, was sehr interessant und aufschlussreich war. Diese weltweit tätige Vereinigung hat zum Ziel, die traditionsreiche Küche Italiens und die Esskultur aufrechtzuerhalten.



**Abbildung 6: In der Medizinischen Direktion**  
Dir. Tognon, Prim. Zambotto, D.Ranftler, Dott. Dalla Rosa

Zum Zweiten sei an dieser Stelle meiner persönlichen Betreuerin **Dott. Alessandra Dalla Rosa** gedankt, die weit über das normale Maß hinaus bemüht war, mir Hilfestellung zu bieten, mich sozial eingebunden hat und den Großteil der Organisationsarbeit übernommen hat. Solche Projekte sind vor allem auch dank des – meist freiwilligen - Engagements entsprechender Mitarbeiter erfolgreich.

Mitunter konnte ich, auch aufgrund des besonders schönen Wetters, die nahegelegenen Dolomiten im Rahmen einer sonntäglichen Bergtour kennenlernen.

Frau Dott. Erika Rossi (QM) hat mich und eine Runde von Mitarbeitern unter Einschluss des Medizinischen Direktors abschließend zu einem privaten Abend nach Hause auf gutes italienisches Essen eingeladen. Dies hat ebenfalls zum guten Gelingen dieses Austausches beigetragen.

## **5. Italienische Sitten und Gebräuche, Arbeitsalltag**

Die Arbeitsweise in der Administration eines Krankenhauses unterscheidet sich zum Teil doch von unserer herkömmlichen Weise.

### Besprechungskultur:

Sicherlich auch, aber nicht nur, bedingt durch eine eher kleine Organisation, konnte ich feststellen, dass die Kultur großer und langer Sitzungen nicht existent ist. Probleme werden meist in knappen Besprechungen in den jeweiligen Büros geregelt. Die Anzahl der Sitzungsräume im Verwaltungsbereich ist daher auch sehr gering.

### Kaffeekultur:

Die für uns angenehme Kultur, Kaffee oder Erfrischungsgetränke während Sitzungen zu offerieren, ist nicht vorhanden. Kaffee (cafe im Sinne eines Espressos) wird entweder in der krankenhauseigenen Cafeteria oder direkt an der Kaffeemaschine eingenommen. Dabei erfolgen eher nur persönliche Gespräche (small talk), die Arbeit wird in den Büros erledigt.

Allerdings war umgekehrt genau diese unsere Kultur eine Anregung für einen Mitarbeiter aus Feltre, welcher in Villach sein Praktikum absolviert hat, dass natürlich auch beim Kaffeegespräch viele dienstliche Probleme einfach gelöst werden können.

### Mittagessen:

Die Mittagspause ist nicht Teil der Dienstzeit (38h) und wird meist zwischen 13.00 und 13.30 wahrgenommen. Viele Mitarbeiter gehen in den Speisesaal zum „pranzo“. Dieser ist kostenpflichtig, aber sehr umfangreich und qualitativ sehr gut. Das Kochverfahren ist aktuell immer noch cook & serve. Das Personal ist sehr freundlich.

Auffallend ist aber, dass im Speisesaal keine Mitarbeiter in Dienstkleidung anzutreffen sind. Die Ärzte und Krankenpfleger ziehen sich hierzu um. Mitarbeiter der Medizinischen Direktion, die an sich den weißen Mantel tragen, legen diesen vorher ab.

### Akademische Grade, Arbeitstitel

Studienabsolventen haben in Italien traditionell den Titel „dottore“. Daher sind de facto alle Akademiker Doktor. Diese Bezeichnung wird grundsätzlich aber nur für den medizinischen Dienst verwendet, im Bereich der Verwaltung verschwinden die akademischen Grade in gewisser Weise.

In der persönlichen Ansprache wird dennoch gerne anstelle des Names die Bezeichnung „dottore“ oder „dottorosa“ verwendet, vor allem wenn die Beziehung nicht auf „Du“ aufgebaut ist.

Die Abteilungsleiter werden als Direktoren bezeichnet. So ist der Leiter der Personalabteilung ein „direttore“, auch die Leiter der medizinischen Fachabteilungen sind nicht nur „primario“ sondern auch „direttore“.

### Führungsstil

Wie auch bei uns, ist der Führungsstil bei unterschiedlichen Personen unterschiedlich ausgeprägt. Kennengelernt habe ich aber doch einen eher amikalen Stil, der insbesondere auch vom Medizinischen Direktor gewählt wurde.

Dieser war auch permanent im Haus unterwegs. Neben allfälligen Sitzungen/Besprechungen hat er sehr viel unterwegs erledigt, wenn er zufällig auf Leute gestoßen ist („management by walking“). Kleine Probleme konnten so stets einer schnellen Lösung zugeführt werden.

## **6. Infrastruktur, Struktur- und Prozessqualität**

Insgesamt können die Strukturen in Feltre als veraltet angesehen werden. Das Krankenhaus selbst wurde 1938 von Mussolini persönlich eröffnet, und besteht zum Einen aus ursprünglichen, dann auch monströsen Pavillionbauten mit nachträglichen An- und Zubauten. Über die letzten Jahre erfolgte offensichtlich ein Investitionsstau, welcher momentan durch die Eröffnung einiger Baustellen beseitigt werden soll. So ist der Neubau des Zentral-OP, der Radiologie, des Labors und der Ambulanzen vorgesehen.

Einzig die Psychiatrie ist in den letzten Jahren renoviert worden, so dass dort ein sehr angenehmes Arbeitsklima mit lichtdurchfluteten Räumen und schönem Interior vorhanden ist.

Allerdings konnte ich den Eindruck gewinnen, dass die veraltete Struktur nicht negativ auf die Behandlungsprozesse durchschlägt. Im Gegenteil, die Arbeitseinstellung der Mitarbeiter ist sehr positiv, die Zufriedenheit der Patienten trotz schlechter Infrastruktur und zum Teil längerer Wartezeiten sehr hoch.

Im Kontext von Qualitätsmanagement wird regelmäßig zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Österreich hat in den letzten Jahrzehnten sehr viel Ressourcen (Strukturen, Mitarbeiter, Zeit und Geld) in die Verbesserung der Strukturqualität investiert. Es scheint so zu sein, dass Italien mehr in die Prozessqualität investiert hat. Bei beschränkten finanziellen Ressourcen ist es wahrscheinlich bedeutsamer, in die Optimierung der Prozesse bzw. Abläufe zu investieren, welche letztlich ebenfalls zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (Effizienz) und auch zur Erhöhung der Ergebnisqualität beitragen. Allerdings beziehen sich meine Aussagen mehr auf die bauliche Infrastruktur, weniger auf die technische Ausstattung (Medizingeräte), welche zum Großteil auch sehr modern ist.

Ich konnte jedenfalls nicht den Eindruck gewinnen, dass das italienische Gesundheitswesen für die Patienten eine spürbare schlechtere Versorgungsqualität hätte.

Der monetäre Input beträgt etwa 9,5% des Bruttoinlandsproduktes, in Österreich 11,0%. Der Output in Form der Mortalität oder Morbidität ist jedenfalls ähnlich und vergleichbar.

Anbei findet sich noch eine Vergleichsstatistik Italien zu Österreich.

#### Italia verso Austria

| OECD-Statistics (ultima data [2008,09,10])    | Austria | Italia |
|---|---------|--------|
| Posti letto (osp.) / 1000 abit.               | 7,66    | 3,71   |
| posti letto acuto / 1000 abit.                | 5,57    | 2,99   |
| Medici / 1000 abitanti                        | 4,68    | 3,44   |
| Medici generali / 1000 abitanti               | 0,78    | 1,55   |
| infermiere / posto letto (teste)              | 1,00    | 1,23   |
| infermiere / posto letto (FTE)                | 0,89    | ?      |
| Posti letto (psichiatria)                     | 0,77    | 0,11   |
| fisioterapisti                                | 0,35    | 1,33   |
| Mortality                                     | 83,3    | 84,5   |
| Totale spese (% prodotto interno lordo [PIL]) | 11,0    | 9,5    |

**Abbildung 7: Vergleichskennzahlen Österreich - Italien**

Legende:

Posti letto: Betten  
Abit = abitudine: Einwohner  
Teste = Köpfe  
FTE : Full time equivalent (Vollzeitkräfte)  
Medici: Ärzte  
Infermiere: Krankenpfleger  
Spese: Ausgaben  
PIL: Bruttoinlandsprodukt

## 7. Gesamteindruck und persönliche Empfehlung

Insgesamt war das Auslandspraktikum, das ja von der EU bzw. Sanicademia dem entsendenden Krankenhaus zur Gänze refinanziert wird (Gehalts- und Reisekosten), für mich sehr interessant und aufschlussreich. Nicht nur, dass man ein anderes System kennenlernt und auch die eigene Sprachkompetenz entwickeln kann, sondern man bekommt auch viele Anregungen für die eigene Arbeit, womit das Praktikum letztlich auch für den Dienstgeber hohen Nutzen stiftet.

Die gewonnenen Kontakte könnten auch nutzbringend verwendet werden, vor allem wenn man zukunftsorientiert an das Zusammenwachsen der Regionen im Alpe-Adria-Raum denkt und ein grenzüberschreitendes Leistungsangebot bzw. der Aufbau multinationaler Kooperationen nicht mehr als unmöglich angesehen wird, ja unter Umständen von der KABEG auch aktiv angestrebt werden könnte.

Die Teilnahme an einem solchen Praktikum kann jedenfalls ohne Einschränkung weiterempfohlen werden.

Klagenfurt, 06.10.2011

Mag. DDr. Dietmar Ranftler e.h.