

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

Allgemeiner Dreijahresplan

2017 – 2019

Beschluss des Generaldirektors Nr. 471 vom 20.12.2016



Südtiroler Sanitätsbetrieb

Allgemeiner Dreijahresplan 2017 - 2019

1.	Vorwort und Rahmenbedingungen	4
2.	Ausarbeitung betrieblicher Planungssysteme	6
2.1.	Betriebsordnung	6
2.1.1.	Ausarbeitung der neuen Betriebsordnung	6
2.2.	Mehrjahresinvestitionsplan	6
2.2.1.	Mehrjahresplan der Investitionen in biomedizinischen Großgeräten (Geräte und Systeme) sowie des Investitionsprogrammes in Informatik (Hardware und Software)	6
2.2.2.	Mehrjahresplan der Investitionen der Umstrukturierung und außerordentlichen Instandhaltung	6
3.	Neugestaltung der Sanitätsdienste	7
3.1.	Rund um die Geburt	7
3.1.1.	Ausweitung und Optimierung des Versorgungsnetzes Rund um die Geburt	7
3.2.	Zusammenarbeit auf Regionalebene	7
3.2.1.	Definition von Behandlungspfaden auf regionaler Ebene	7
3.3.	Onkologische Betreuung	8
3.3.1.	Klinisches Netzwerk im onkologischen Bereich	8
3.4.	Betriebsnetz der Dialyседienste	9
3.4.1.	Realisierung eines strukturierten Netzes von Ambulatorien	9
3.5.	Betriebliches Netzwerk zwischen den Radiologischen Diensten	10
3.5.1.	Informatisierung des Ablaufs für Verschreibung, Vormerkung, Terminabsagen, Zahlung, Annahme und Befundung im Dienst für Radiologie	10
3.6.	Betriebliches Netzwerk zwischen den Labordiensten	11
3.6.1.	Schrittweise Umsetzung des Netzwerkes zwischen den Labordiensten	11
3.7.	Betriebsdepartements	11
3.7.1.	Errichtung eines betriebsweiten Departements, Absicherung der Betreuung der Bevölkerung im Falle medizinischer Notfälle	11
4.	Angemessenheit und Qualität der Leistungen und Patientensicherheit	12
4.1.	Organisatorische und klinische Angemessenheit	12
4.1.1.	Alternative Formen zur ordentlichen stationären Aufnahme	12
4.1.2.	Projekt «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy»	13
4.2.	Klinische Angemessenheit	13
4.2.1.	Clinical Decision Support System (CDSS)	13
4.3.	Angemessenheit im Bereich der Rehabilitation	14
4.3.1.	Vereinheitlichung der Zuweisungsart und der Zuweisungskriterien für stationäre Patienten	14
4.3.2.	Angemessenheit der Organisation der Aufnahmen für die Implantation von Hüftprothesen	14

4.3.3.	Einführung der ICF.....	15
4.3.4.	Projekt Switch	15
4.3.5.	Projekt für die Einrichtung eines Bezugszentrums für die Prothesenversorgung	16
4.4.	Retrospektives und prospektives Risk-Assessment und kontinuierliche Verbesserung.....	16
4.4.1.	Anonyme Meldungen von kritischen Ereignissen	16
5.	Prävention	17
5.1.	Screening	17
5.1.1.	Gründung eines sanitätsbetrieblichen Screenings zur Früherkennung der kongenitalen Sehbeeinträchtigungen	17
5.1.2.	Anpassung der unterschiedlichen Software für das Screening des Kolon-Rektum und Erhöhung der Teilnahme an der ersten Screeningstufe	18
5.1.3.	Diabetes Typ 2 Screening für die Bevölkerung, die in Südtirol wohnhaft ist.....	18
5.1.4.	Mammographiescreening.....	18
6.	Optimierung der Organisation und der Prozesse.....	19
6.1.	Chronic Care: Versorgungsnetz für Menschen mit chronischen Erkrankungen	19
6.1.1.	Entwicklung eines Plans für Chronic Care.....	19
6.2.	Versorgung von fragilen, behinderten oder gefährdeten Menschen.....	20
6.2.1.	Aufbau eines Versorgungsnetzes für fragile, behinderte oder gefährdete Menschen	20
6.3.	Versorgungsnetz für Menschen mit kognitiven Einschränkungen	20
6.3.1.	Schaffung eines Versorgungsnetzes für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.....	20
6.4.	Einschränkung der Wartezeiten.....	21
6.4.1.	System der homogenen Gruppierungen der Wartezeiten	21
6.4.2.	Einheitliche Vormerkstelle: Vormerkung der Kontrollvisiten	22
6.5.	Einrichtung einer einheitlichen Rufzentrale für die Bevölkerung (116117)	22
6.5.1.	Einheitliche Rufzentrale.....	22
6.6.	Leistungsprofile	23
6.6.1.	Definition der Leistungsprofile.....	23
6.7.	Telemedizin	23
6.7.1.	Pilotprojekt für das Telemonitoring von Blutzucker, Körpergewicht und Blutdruck bei Patienten mit Diabetes Typ 2	24
6.8.	Lean Healthcare	24
6.8.1.	Implementierung des Projektes 2017 - 2019	24
7.	Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien(ICT Masterplan).....	25
7.1.	Dienste für die Bürger	25
7.1.1.	„ Bürgerportal“	25
7.1.2.	Online-Zahlungen von Rechnungen und Ticket	25
7.1.3.	Informationskanal und Verwaltung des Patientenflusses (Queue Management)	26
7.1.4.	Kundenzufriedenheitsbefragung	26
7.2.	Territoriales Informationssystem.....	26
7.2.1.	Integrierte und programmierte Hauskrankenpflege	26
7.2.2.	Antikoagulierte Patienten	26
7.3.	Krankenhausinformationssystem.....	27
7.3.1.	ADT - Aufnahme, Entlassung, Verlegung.....	27

7.3.2.	Elektronische Klinische Fallakte - KFA	27
7.3.3.	Klinische Überwachung der Patienten	27
7.4.	Infra-/Infostruktur und Plattformen zur Unterstützung der vertikalen Dienste.....	28
7.4.1.	Digitalisierte Verschreibung	28
8.	Entwicklung der Betriebskultur	28
8.1.	Gesundheitskommunikation	28
8.1.1.	Gesundheitskommunikation und Partizipation.....	28
8.1.2.	Ausarbeitung eines Organisationsmodells für die Kommunikation des Landespräventionsplans	28
8.2.	Beziehungsbasierte Pflege - Relationship based Care	29
8.2.1.	Förderung der Beziehungsbasierten Versorgung – Relationship based Care.....	29
9.	Personal- und Kompetenzentwicklung	29
9.1.	Definition eines integrierten Personalentwicklungs-konzeptes.....	29
9.1.1.	Ausarbeitung eines Master- und Umsetzungsplanes zur Personalentwicklung	29
10.	Forschung.....	30
10.1.	Klinische Forschung im Südtiroler Sanitätsbetrieb	30
10.1.1.	Errichtung eines klinischen Forschungszentrums im Südtiroler Sanitätsbetrieb	30
11.	Wirtschaftliche Auflagen.....	31
11.1.	Rationalisierungsmaßnahmen.....	31
11.1.1.	Neuverhandlung der Verträge für die Informatik.....	31
11.1.2.	Neuverhandlung der Vereinbarung mit Federfarma (DPC)	31
11.2.	Passive Mobilität	31
11.2.1.	Verbesserung der Angemessenheit der Überweisungen nach Innsbruck.....	31
12.	Zertifizierbarkeit der Bilanz	32
12.1.	Buchhaltungsprozeduren	32
12.1.1.	Analyse der Organisationsstruktur und der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren	32
12.1.2.	Fortführung bis zur vollständigen Umsetzung des PAC	32

1. Vorwort und Rahmenbedingungen

Der Gesundheitsbetrieb des Landes Südtirol wurde im Sinne des Art. 5 des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05/03/2001, n. 7, "Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes" und des Landesgesetzes 9/2006 "Änderungen der Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes", bezüglich der Gründung des einheitlichen Gesundheitsbetriebes, errichtet. Er ist eine vom Land abhängige Körperschaft zwecks Schutz, Förderung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Übereinstimmung mit den europäischen, staatlichen, regionalen und lokalen Gesetzesvorschriften und in Abstimmung mit den Vorgaben und Zielen die im Landesgesundheitsplan enthalten sind.

Vorliegender allgemeiner Dreijahresplan des Betriebes für 2017 - 2019 ist Teil des betrieblichen Planungsprozesses und vom Landesgesetz Nr. 14/2001 „Bestimmungen im Bereich Planung, Buchhaltung, Controlling und Vertragstätigkeit des Landesgesundheitsdienstes" vorgesehen. Im Sinne des Art. 2, Abs. 1, dieses Gesetzes, "Der Betrieb richtet die eigene Tätigkeit nach der Methode der Planung, die sich wiederum in Dreijahres- bzw. Jahresplanung aufteilt, in Einklang mit Inhalt und Richtlinien der staatlichen und Landesvorschriften, des Landesgesundheitsplanes und der Leitungs- und Planungsrichtlinien der Landesverwaltung".

Die Absätze 2 und 4 des obgenannten Art. 2 lauten "Die Dreijahresplanung bestimmt die Politik und die Strategien in Zusammenhang mit den Vorschriften des Landesgesundheitsplanes und den Leitlinien mittelfristig. Mittel der dreijährigen Planung ist der allgemeine Dreijahresplan des Betriebes". Der neue "Landesgesundheitsplan 2016 – 2020" ist mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1331 vom 29.11.2016 genehmigt worden.

Das Gesundheitswesen in Südtirol steht vor großen Herausforderungen.

Im Wesentlichen muss es der Gesamtbevölkerung einen qualitativ hohen Betreuungsstandard gewährleisten, mittels Anbieten branchenübergreifender Leistungen und Dienste gezielt auf die realen Bedürfnisse, jedoch unter Beachtung der Prinzipien der Effizienz, Angemessenheit, aber auch der Sicherheit und der Tragbarkeit, sodass sich die Patienten im best point of service und auch ihrem Wohnort so nah wie möglich betreut fühlen.

Ein Teil der wichtigsten Thematiken dieses Planes sind direkt an das Dokument der Programmrichtlinien der Landesverwaltung gebunden, welches für 2017 dem Betrieb zugesandt wurde. Diese Richtlinien fußen sich auf die Methodik der "Balanced Scorecard" und betreffen die Entwicklung der Governance, der Informatiksysteme und Datenträger. Breiter Raum wird auch der Umschulung der Gesundheitsdienste, den Gesundheitszielen und der Qualifizierung der klinischen Versorgung mit besonderer Aufmerksamkeit auf Qualität, Angemessenheit und Risk Management gegeben. Der Plan beinhaltet auch Ziele für die Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes, die sich hauptsächlich auf die Entwicklung des Personals und der Betriebskultur konzentrieren. Von Bedeutung sind auch die Ziele zwecks Einhaltung des Finanzhaushaltes.

Das Dokument nimmt außerdem Bezug auf einzeln verfügbare Bereichspläne wie zum Beispiel der Landesplan für die Prävention, die Ausbildung, die Informatik, die Antikorruption und die Transparenz.

Im vorliegenden Dokument wurden auch die Makrobereiche die aus der Tagung vom 5. und 6. September 2016 hervorgegangen sind. 40 Führungskräfte aus allen Bereichen des Gesundheitsbetriebes haben dort diskutiert und die Betriebsstrategie für die nächsten 3 Jahre entwickelt.

Aus jener Tagung, die als Ausgangspunkt für eine neue Beteiligung und Neuführung in der Änderung des Gesundheitsbetriebes betrachtet werden kann, sind auch die Themenbereiche hervorgegangen, für die man sich in den nächsten 3 Jahren besonders einsetzen will. Insbesondere handelt es sich um: Ansicht des Betriebes, Personalentwicklung, Vertrauensschaffung, Rolle der Ärzte, Betriebsoptimierung, Chronic Care, Entwicklung der Prozesse und die bereits erwähnte Informatisierung des Betriebes. Gerade diese befindet sich zur Zeit in der Phase Implementierung.

Hauptziel ist es der Gesamtbevölkerung eine qualitativ hohe Betreuung zu gewährleisten und dies kann nur durch den gemeinsamen Einsatz aller Kräfte die im Sanitätsdienst des gesamten Landes tätig sind, also vom einheitlichen Betrieb, erreicht werden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb will sich für den Dreijahreszeitraum 2017-2019 eine neue Ordnung geben, um den Zugang zu den Gesundheitsleistungen für den Bürger zu garantieren und den Kriterien der Angemessenheit, der Wirksamkeit und der Effizienz zu entsprechen. Die Neuordnung des Betriebes erfolgt über die Neudefinition der klinischen Hauptprozesse, der klinischen Sekundärprozesse und der Supportleistungen. Die Organisationsform der Leistungserbringung über sieben Krankenhäuser und 20 Gesundheitssprengel bedarf einer klaren Festlegung der Verantwortung und geeigneter Führungsinstrumente (governance).

Die strategische Ausrichtung des Betriebes ist im Beschluss der Landesregierung Nr. 171 vom 10.02.2015 festgeschrieben und hat die bestmögliche medizinische Betreuung, unabhängig vom sozialen background, der Herkunft, des Geschlechts und des Alters des Betreuten als Ziel. Die Gesundheitsversorgung soll wohnortnah angeboten werden, qualifiziert und angemessen sein. In diesem Sinne ist es auch notwendig, dass die Dienstleister aller Ebenen im Netz arbeiten.

2. Ausarbeitung betrieblicher Planungssysteme

2.1. Betriebsordnung

2.1.1. Ausarbeitung der neuen Betriebsordnung

Ausarbeitung der neuen Betriebsordnung im Einklang mit der Überarbeitung des Landesgesetzes 7/2001 innerhalb 31/12/2017.

Erwartetes Ergebnis

Klarheit in den Prozessen und in der Verantwortung im Gesundheitsbetrieb um den Betrieb effizienter zu gestalten.

Indikatoren

Genehmigung der neuen Betriebsordnung und des neuen Organigramms vonseiten des Sanitätsbetriebes innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Generaldirektion

2.2. Mehrjahresinvestitionsplan

2.2.1. Mehrjahresplan der Investitionen in biomedizinischen Großgeräten (Geräte und Systeme) sowie des Investitionsprogrammes in Informatik (Hardware und Software)

Die mehrjährige Investitionsplanung wurde im Laufe des Jahres 2016 durchgeführt und erfordert die Einsetzung und Konsolidierung des Verfahrens und die Einhaltungstermine im Laufe des Jahres im Zusammenhang mit den verschiedenen Phasen.

Erwartetes Ergebnis

Verankertes und einvernehmliches Verfahren, Ablaufstermine inbegriffen.

Ausarbeitung des dreijährigen Planes

Indikatoren

2017:

Einvernehmliches Teilen des Verfahrens auf Betriebsebene

Zusendung des dreijährigen Planungsdokumentes 2018-2019-2020 dem Assessorat innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

2018:

Zusendung des dreijährigen Planungsdokumentes 2019-2020-2021 dem Assessorat innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

2019:

Zusendung des dreijährigen Planungsdokumentes 2020-2021-2022 dem Assessorat innerhalb der vereinbarten Fälligkeit

Verantwortliche/r für das Verfahren

Dienst für Medizintechnik, Informatik, Amt für den Ankauf von Investitionsgütern

2.2.2. Mehrjahresplan der Investitionen der Umstrukturierung und außerordentlichen Instandhaltung

Planung und Ausarbeitung eines Investitionsprogrammes im Bereich der Umstrukturierung und der außerordentlichen Instandhaltung der Immobilien, welche sich in der Verwaltung des Sanitätsbetriebes befinden. Es handelt sich um ein Dreijahresprogramm für die außerordentliche Instandhaltung und um ein Fünfjahresprogramm für Arbeiten zu Umstrukturierungen. Das Programm wird laut den Vorgaben des Landes Südtirol und den Regeln für die Harmonisierung der Bilanzen ausgearbeitet.

Erwartetes Ergebnis

Vorliegen eines ausgearbeiteten Programmes

Indikatoren

Ausarbeitung des Programms innerhalb der Zeiten und der finanziellen Grenzen welche vom Land Südtirol festgelegt werden.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Zuständige Führungskraft der Abteilung Technik und Vermögen.

3. Neugestaltung der Sanitätsdienste

3.1. Rund um die Geburt

3.1.1. Ausweitung und Optimierung des Versorgungsnetzes Rund um die Geburt

Bei einer Erhebung im Laufe des Jahres 2015 wurde festgestellt, dass die Betreuung rund um die Geburt in Südtirol unterschiedlich organisiert wird. Gerade in diesem Bereich ist ein landesweit einheitliches Vorgehen wichtig, um im ganzen Land die bestmögliche Versorgung für Mutter und Kind anzubieten. (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2010, Kapitel 6.4.)

Neben der Optimierung des Versorgungsnetzes für die Betreuung der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, sowie des Neugeborenen bis zum ersten Lebensjahr und der Familie soll ein besonderes Augenmerk auf eine gute Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Territorium, sowie dem sozialen Bereich, unter den verschiedenen Berufsgruppen gelegt werden.

Erwartetes Ergebnis

Ab 2017 und in den zwei darauffolgenden Jahren ist die Implementierung eines Betreuungspfades für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen, sowie für das Neugeborene bis zum ersten Lebensjahr mit geringem Risiko unter Berücksichtigung der Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen und Vernetzung mit den wohnortnahen und Krankenhausdiensten des Sanitätsbetriebes sowie jene im Sozialbereich vorgesehen. Die fortlaufende und korrekte Information der Bevölkerung über den Implementierungsstatus des Betreuungspfades wird als ein wichtiger Teil des Projektes angesehen.

Indikatoren

Implementierung und sukzessive Konsolidierung des Betreuungspfades für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett Neugeborenes bis zum ersten Lebensjahr mit geringem Risiko in den 4 Gesundheitsbezirken.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle Qualität Generaldirektion

3.2. Zusammenarbeit auf Regionalebene

3.2.1. Definition von Behandlungspfaden auf regionaler Ebene

Im Rahmen der extraprovinziellen Mobilität und im Besonderen der Mobilität zwischen den beiden Provinzen von Trient und Bozen, besteht die Notwendigkeit die Zusammenarbeit besser zu strukturieren. Die Betriebsdirektionen der jeweiligen Sanitätsbetriebe haben ihre Bereitschaft geäußert gemeinsame Behandlungspfade ausarbeiten zu wollen, die auf regionaler Ebene verbindlich sind, um den Zugang zu den medizinischen Leistungen zugunsten der Südtiroler Bevölkerung zu verbessern.

Erwartetes Ergebnis

Im Jahr 2017 soll ein technisches Dokument ausgearbeitet werden, das jährlich aktualisiert wird und insbesondere folgende Bereiche einbezieht:

- Interventionelle Neuroradiologie
- Kinderneuropsychiatrie
- Neurorehabilitation
- Hämatologie
- Kardiochirurgie
- Protontherapie
- Cochlea Implantationen
- Therapiezentrum Bad Bachgart

Analyse der Umweltauswirkungen von Pflanzenschutzmitteln (in Zusammenarbeit mit Laimburg und Istituto Superiore di Sanità)

Indikatoren

Ausarbeitung eines technischen Vorschlags über Behandlungspfade auf regionaler Ebene und Festlegung des Bedarf an medizinischen Leistungen für folgende Bereiche: interventionelle Neuroradiologie, Kinderneuropsychiatrie, Neurorehabilitation, Hämatologie, Kardiochirurgie,

Protontherapie, Cochlea Implantationen, Therapiezentrum Bad Bachgart, Analyse der Auswirkungen von Pflanzenschutzmitteln.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

3.3. Onkologische Betreuung

3.3.1. Klinisches Netzwerk im onkologischen Bereich

Im nächsten Dreijahreszeitraum werden die Bemühungen darin liegen alle bereits aktivierten und in den Gesundheitsbezirken in der Phase der Aktivierung befindlichen Tumorboards pro Krankheitsbild zu verstärken, das Angebot der psychoonkologischen Leistungen für Patienten mit Diagnose einer Krebserkrankung zu verbessern, eine systematische Erhebung der klinischen Indikatoren durchzuführen, die Förderung einer neuen Verständniskultur, die auf dem transparenten Vergleich der klinischen Leistungen fußt.

Im Dreijahreszeitraum 2017-2019 ist außerdem folgendes vorgesehen

1. die Errichtung eines betrieblichen Brustgesundheitszentrums, als Landesreferenzzentrum für die Betreuung von Patienten mit Mammakarzinom, das aus den autorisierten Abteilungen für die Mammachirurgie und den beteiligten Diensten/Abteilungen besteht, wie vom Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013, Anlage C, vorgesehen,
2. die Errichtung eines betrieblichen Zentrums für Kolon-Rektum-Chirurgie, als Zentrum für die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen für Allgemein Chirurgie der Krankenhäuser von Bozen, Brixen, Bruneck und Meran und allen beteiligten Abteilungen/Diensten.

Erwartetes Ergebnis

Die Implementierung des sektoralen onkologischen Betriebsplanes zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Südtirol sieht die Festigung des Modells der Zertifizierung der onkologischen Chirurgie vor. Im Einzelnen:

Jahr 2017

- Chirurgische Versorgung der onkologischen Patienten ausschließlich in den autorisierten Abteilungen, wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013, Anlage B, vorgesehen.
- Konsolidierung der bereits aktivierten betrieblichen Tumorboards und deren Ausdehnung auf onkologische Krankheitsbilder, die noch nicht berücksichtigt wurden: betriebliches Tumorboard für Tumore des hepatisch bilio-pankreatischen Systems.
- Einführung eines Überwachungssystems der wichtigsten klinischen Indikatoren.
- Errichtung des Südtiroler Brustgesundheitszentrums und des betrieblichen Zentrum für Kolon-/Rektumchirurgie, wie oben angegeben.
- Durchführung von internen und externen Audits zur Erhaltung der ISO-Zertifizierung.
- Registrierung aller Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in der Software OnkoZert als Vorbereitung für die Erhebung der von den Zertifizierungsgesellschaften vorgesehenen klinischen Indikatoren.
- Durchführung des Management Review, der internen und externen Audits im Rahmen der onkologischen Betreuung von Patienten mit Kolon-/Rektumkarzinom, zur Erlangung der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft.
- Stärkere Einbeziehung der Psychoonkologie, indem jedem Patienten mit Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung eine psychologische Erstvisite angeboten wird.

Jahr 2018

- Chirurgische Versorgung der onkologischen Patienten ausschließlich in den autorisierten Abteilungen, wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013, Anlage B, vorgesehen.
- Konsolidierung der bereits aktivierten betrieblichen Tumorboards und deren Ausdehnung auf onkologische Krankheitsbilder, die noch nicht berücksichtigt wurden: betriebliches Tumorboard für das Prostatakarzinom.
- Aktive, strukturierte Teilnahme von universitären in- und ausländischen Instituten/Strukturen an den betrieblichen Tumorboards.
- Durchführung von internen und externen Audits für die Re-Zertifizierung ISO 2015.
- Registrierung aller Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in der Software OnkoZert als Vorbereitung für die Erhebung der von den Zertifizierungsgesellschaften vorgesehenen klinischen Indikatoren.

- Ausweitung der Management Reviews im Bereich der Betreuungspfade für onkologische Patienten mit dem Ziel die klinische Zertifizierung für die ausgewählten Krankheitsbilder zu erreichen.
- Stärkere Einbeziehung der Psychoonkologie, indem jedem Patienten mit Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung eine psychologische Erstvisite angeboten wird.
- Zertifizierungspfad des Südtiroler Brustgesundheitszentrums nach den durch die European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) festgelegten europäischen Standards.

Jahr 2019

- Chirurgische Versorgung der onkologischen Patienten ausschließlich in den autorisierten Abteilungen, wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013, Anlage B, vorgesehen.
- Vollständige Anwendung der betrieblichen Verwaltungsmodelle, um die Mobilität der Teams in den klinischen Netzwerken zu unterstützen.
- Implementierung der noch ausstehenden Maßnahmen für die vollständige Umsetzung des Zertifizierungssystems für die onkologische Chirurgie in Südtirol, wie im Beschluss der Landesregierung Nr. 131/2013 i.g.F. vorgesehen.

Indikatoren

- Konsolidierung der bereits aktivierten betrieblichen Tumorboards und deren Ausdehnung auf onkologische Krankheitsbilder, die noch nicht berücksichtigt wurden: betriebliches Tumorboard für das hepatisch bilio-pankreatische System, Prostata: Vorstellung von mindestens 90% der onkologischen Fälle in den betrieblichen Tumorboards.
- Errichtung des Südtiroler Brustgesundheitszentrums und des betrieblichen Darmkrebszentrums (Beschluss des Generaldirektors).
- Durchführung von internen und externen Audits für die Erhaltung der ISO-Zertifizierung.
- Registrierung aller Patienten mit einer onkologischen Erkrankung in der Software OnkoZert als Vorbereitung für die Erhebung der von den Zertifizierungsgesellschaften vorgesehenen klinischen Indikatoren ($\geq 90\%$ der klinischen Fälle).
- Durchführung des Management Review, der internen und externen Audits im Rahmen der onkologischen Betreuung von Patienten mit Kolon-/Rektumkarzinom, zur Erlangung der Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft.
- Stärkere Einbeziehung der Psychoonkologie, indem jedem Patienten mit Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung eine psychologische Erstvisite angeboten wird.
- Einführung eines Überwachungssystems der wichtigsten klinischen Indikatoren.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

3.4. Betriebsnetz der Dialyседienste

3.4.1. Realisierung eines strukturierten Netzes von Ambulatorien

Informatisierung des Flusses der Patienten mit Nierenersatztherapie (Dialyse + Transplantation) auch unter Berücksichtigung des von der Landesverwaltung geforderten Informations-Solls (Leistungsverzeichnis und Ausschreibung). Realisierung eines strukturierten Netzes von Ambulatorien für Patienten mit fortgeschrittener chronischer Niereninsuffizienz und nierentransplantierten Patienten. Einrichtung des "betriebsweiten Dienstes für Peritonealdialyse und zwar eines integrierten Netzes des Dienstes nach dem Modell Hub & Spoke. (wörtlich: Nabe und Speiche) welches vorsieht, dass komplexe Fälle oder solche die aufwändigere Strumentarien benötigen, in wenigen Zentren (HUB) konzentriert werden. Die Tätigkeit der Hub ist durch funktionelle Abhängigkeiten stark mit jener der umliegenden Strukturen (Spoke) vernetzt.

Erwartetes Ergebnis

2017:

- Bewertung des Informationsbedarfes in Bezug auf die Spezifität der Behandlungen und der betreuten Patienten.
- Operative Bewertung der vorhandenen Informatikprogramme und deren Implementierbarkeit.
- In der Abteilung für Nephrologie und Dialyse wird ein für Patienten mit chronischer, fortgeschrittener Niereninsuffizienz und Nierentransplantation gewidmetes Ambulatorium eingerichtet
- In der Abteilung für Nephrologie und Dialyse ist ein Ambulatorium für die Peritonealdialyse-Patienten vorgesehen und in jedem Dienst des Netzes ist geschultes Personal anwesend

Indikatoren

2017:

- Klinisch-operative Bewertungen der Patienten und diesbezügliche Dokumentation
- Der Behandlungsverlauf wurde im Netz abgestimmt
- Geschultes Personal
- Gewidmetes Ambulatorium für Peritonealdialyse-Patienten

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Abteilung für Wirtschaft und Finanzen, Abteilung ICT, Leistungsabteilung, Medizintechnik

3.5. Betriebliches Netzwerk zwischen den Radiologischen Diensten

3.5.1. Informatisierung des Ablaufs für Verschreibung, Vormerkung, Terminabsagen, Zahlung, Annahme und Befundung im Dienst für Radiologie

Hauptziel ist die Optimierung des Leistungsangebotes im Bereich der Großgeräte (TAC und MRI) in welchem zur Zeit große Ungleichmäßigkeit in der Auslastung der Geräte besteht. Die Möglichkeit Leistungen an unterschiedlichen Standorten anbieten zu können, führt zu einer Verringerung der Wartezeiten und einer Umverteilung der Arbeitsbelastung.

Um dem Drop-out-Phänomen, d.h. jenen vorgemerkten Leistungen welche nicht erbracht werden weil der Patient, welcher die Vormerkung tätigte, nicht erscheint, effektiv entgegenzuwirken, könnte eine Absagepflicht der vorgemerkten ambulanten Fachleistungen vorgesehen werden. Die damit frei gewordenen Termine könnten von andere Patienten genutzt werden.

Erwartetes Ergebnis

- Der gesamte radiologische Ablauf von Verschreibung bis Vormerkung, Terminabsagen, Zahlung, Annahme, Befundung und Abholung der Befunde wird realisiert, vereinheitlicht und informatisiert.
- Vereinheitlichung RIS/PACS (radiological information system / Picture Archiving and Communication System) auf Betriebsebene.
- Die betrieblichen Vormerkssysteme müssen den Benutzern in klarer Weise das Vorgehen für eine Terminabsage aufzeigen, wobei, im Moment der Absage, das System dem Bürger einen eindeutigen Kodex liefert, welcher als Bezug für die Absage gilt. Weiter wird vorgeschlagen, das bei nicht rechtzeitiger Terminabsage oder nicht Inanspruchnahme der Leistung, diese dem Benutzers entsprechend angelastet wird (voller Tarif der Leitung)

Indikatoren

- Online-Verfügbarkeit der Befunde (WEB) ambulanter Patienten innerhalb 31/12/2017.
- Eine Auswahl von radiologischen Leistungen veröffentlichen, die online vorgemerkt werden können, innerhalb 31/12/2017.
- Integration der RIS-Agenden ins Vormerk-/Annahmeprogramm CUPP, innerhalb 31/12/2017.
- 90% dematerialisierte Verschreibung radiologischer Leistungen aller Zuweisenden, bezogen auf den Monat Dezember 2017 (es genügen die Daten des Monats Dezember), innerhalb 31/12/2017.
- Integration der Vormerksoftware SAIM auch für die privaten vertragsgebundene Anbieter, innerhalb 31/12/2018.
- Weitere radiologische Leistungen für die Online-Vormerkung veröffentlichen, innerhalb 31/12/2019.
- Implementierung eines automatisierten Absagesystems, welches für die Absage der vorgemerkten Leistung durch einen eindeutigen Kodex unterstützt wird (im Vormerkssystem SAIM und iKis zu implementieren).

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Abteilung Wirtschaft und Finanzen, Abteilung Informatik, Abteilung Leistungen

3.6. Betriebliches Netzwerk zwischen den Labordiensten

3.6.1. Schrittweise Umsetzung des Netzwerkes zwischen den Labordiensten

Schrittweise Umsetzung des Entwicklungsplanes 2017 – 2019 auf der Basis des Hub & Spoke Systems und Zusammenarbeit im Netzwerk.

Das Leistungsangebot und die Backupgeräte werden beurteilt, die Ausschreibungen werden zeitgleich mit der Optimierung der vom Südtiroler Sanitätsbetrieb erbrachten diagnostischen Leistungen im Laborbereich durchgeführt mit dem Ziel der Optimierung der notwendigen Ressourcen und einer Verbesserung der effektiven und gefühlten Qualität im gesamten Bereich der Labormedizin.

Abwägung, ob einige Analysen ins Leistungsangebot aufgenommen werden sollen, nach Bewertungssystem „make or buy“.

Revision und Aktualisierung der Prozedur für den Probenversand an Strukturen außerhalb der Provinz.

Erwartetes Ergebnis

2017:

- Schrittweise Implementierung des betrieblichen Leistungsportfolios in Anbetracht der Verfallstermine der Ausschreibungen.
- Verwaltung/Wartung der Backupgeräte und Anpassung des Leistungsangebotes.
- Online Verfügbarkeit aller Laborbefunde, die in der Veröffentlichung angegeben sind (der Bürger erhält über das Internet Zugang).
- Vereinheitlichung des Layout und der Inhalte von Laborbefunden.
- Projekt für die Befundung mittels Telearbeit.

2018 - 2019:

- Schrittweise Implementierung des Leistungsportfolios in Anbetracht der Verfallstermine der laufenden Ausschreibungen.

Indikatoren

- Leistungsportfolio
- Verwaltung/Wartung der Backupgeräte
- Befunde online
- Vereinheitlichung Layout
- Befundung mittels Telearbeit

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Verantwortlicher der Organisationsform mit verbindlicher Zusammenarbeit zwischen den Labordiensten

3.7. Betriebsdepartements

3.7.1. Errichtung eines betriebsweiten Departements, Absicherung der Betreuung der Bevölkerung im Falle medizinischer Notfälle

Errichtung eines Notfalldepartements im Sanitätsbetrieb welches das gesamte Notfallbetreuungssystem koordiniert, in welchem zusätzlich zur Notfallzentrale für den ärztlichen Bereich auch die Notfallärzte und die Flugrettung vereint sind. (Siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 5.2.1)

2017: Vorarbeit zur Errichtung eines Notfalldepartements in Bezug auf die rechtlichen und organisatorischen Aspekte, auf die Erweiterung der Kompetenzen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und auf die Definition der Zusammenarbeit mit dem Präventionsdepartement hinsichtlich der Aufsicht, der epidemiologischen Analysen und der Prophylaxe im Falle ansteckender Krankheitsnotfälle.

2018: Errichtung des Departements

2019: Bewertung des Departements und Überprüfung der Qualität und Angemessenheit der Leistungen

Erwartetes Ergebnis

Errichtung des betriebsweiten Notfalldepartements, Absicherung der Bevölkerung im Falle medizinischer Notfälle

Indikatoren

Errichtung des Departements;

Beteiligung der Landesnotfallzentrale für den ärztlichen Bereich, der Notfallärzte und Flugrettung

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

4. Angemessenheit und Qualität der Leistungen und Patientensicherheit

4.1. Organisatorische und klinische Angemessenheit

4.1.1. Alternative Formen zur ordentlichen stationären Aufnahme

Die jährlich gemäß den staatlichen- und Landesvorgaben durchgeführten Kontrollen der Krankengeschichten durch die Referenten der Betriebsweiten Arbeitsgruppe zur Überprüfung der medizinischen Versorgung NUVAS ermöglichen es kritische Bereiche zu ermitteln und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Erwartetes Ergebnis

Ermittlung der klinischen Bereiche in denen eine Verschiebung vom ordentlichen Aufenthalt zu anderen, weniger intensiven Betreuungssettings möglich ist auch durch Entwicklung und Implementierung des Day Services und des OBI durch die Definition einer Ausweitung der integrierten Ambulanz. (Siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 7.3)

1. Definition einer neuen Anwendung der integrierten Ambulanz in den Gesundheitsbezirken
2. Verbesserung der ärztlichen und chirurgischen Angemessenheit für potenziell unangemessene DRGs laut Gesundheitspakt 2010-2012
3. Umsetzung von Korrekturmaßnahmen, um in den Bereichen in denen laut staatlichem und wo möglich internationalem Benchmarking ein Verbesserungspotential besteht, die klinische Performance weiterentwickeln zu können.

Indikatoren

Jahr 2017

- Hospitalisierungsrate
- Anpassung der standardisierten Hospitalisierungsrate in der Rehabilitation und Langzeitpflege in Bezug auf die ministeriellen Vorgaben.
- Verbesserung der ärztlichen und chirurgischen Angemessenheit für folgende DRGs:
 - DRG 162: Eingriffe wegen Inguinalhernie und Femoralhernie, Alter > 17, ohne Komplik.
 - DRG 243: Rückenleiden
 - DRG 119: Venenstripping
- Definition neuer integrierter Ambulanzen: Herzinsuffizienz und Prostatamapping
- Prozentanteil an medizinischen DRGs für Patienten, welche von einer chirurgischen Abteilung entlassen wurden: Verbesserung der Position innerhalb des Projektes Bersaglio auf Betriebsebene
- Aufnahmen aus der Notaufnahme
- Kontrolle der Kodifizierung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit, der Qualität der klinischen-pflegerischen Dokumentation von 12,5% der Krankengeschichten aller öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Strukturen für die oben definierten Bereiche.

Jahr 2018:

- Weiterführung/Erhaltung und Definition neuer Ziele in jenen klinischen Bereichen in denen der Betrieb feststellt, dass die Performance nicht mit den nationalen Standards übereinstimmt.
- Kontrolle der Kodifizierung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit, der Qualität der klinischen-pflegerischen Dokumentation von 12,5% der Krankengeschichten aller öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Strukturen.

Jahr 2019:

- Weiterführung/Erhaltung und Definition neuer Ziele in jenen klinischen Bereichen in denen der Betrieb feststellt, dass die Performance nicht mit den nationalen Standards übereinstimmt.
- Integration mit dem einheitlichen Vormerkssystem (ELVS) für die Vormerkung und die Verschreibung von Leistungen, die in den unterschiedlichen integrierten Ambulanzen erbracht werden, in einer einzigen betrieblichen Plattform.
- Kontrolle der Kodifizierung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit, der Qualität der klinischen-pflegerischen Dokumentation von 12,5% der Krankengeschichten aller öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Strukturen.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Nuvas – Abteilung Controlling

4.1.2. Projekt «Slow Medicine – Choosing Wisely Italy»

Im Jahre 2016 hat sich der Sanitätsbetrieb dem Projekt „Choosing Wisely“, welches von der Vereinigung "Slow Medicine Italia" gefördert wird, angeschlossen. Es handelt sich um ein Netzwerk von Experten und Bürgern, das eine angemessene und qualitative Versorgung zum Ziel hat und auf einen offenen Dialog und den Austausch von Informationen basiert, um die Gesundheitsausgaben zu reduzieren. Die Erreichung dieses Zieles setzt eine angemessene Nutzung der verfügbaren Ressourcen voraus.

Es wurde beschlossen verschiedene Arbeitsgruppen auf betrieblicher Ebene zu gründen, um die Effizienz der Gesundheitssysteme in Bezug auf die Angemessenheit der Verschreibungen zu überprüfen. Auf diese Weise versucht man die Gewohnheiten bei den nicht sehr wirksamen und nicht angemessenen Verschreibungen, welche für die Gesundheit des Patienten nicht fördernd sind, zu ermitteln. Dieses Ziel wird progressiv erarbeitet, um innerhalb des Betriebes das Potential der Verbesserungen zu ermitteln, welches von der Diskussion der wissenschaftlichen Standards getragen wird.

An diesem Projekt nehmen das ärztliche Personal des Krankenhauses und des Territoriums sowie die Vertreter der Patientenvereinigungen teil. Eine wichtige Rolle nehmen die Vereinigungen als Multiplikatoren ein, um die Bevölkerung für einen gesunden Lebensstil und einen angemessenen Gebrauch der sanitären Leistungen zu sensibilisieren.

In Bezug auf die Verschreibungsangemessenheit im radiologischen Bereich wurden Kriterien für eine höhere Verschreibungsangemessenheit definiert, speziell für die MRT der lumbosakralen Wirbelsäule und des Knies.

In Südtirol werden durchschnittlich 65,66 Magnetresonanzen pro 1.000 Einwohner durchgeführt. Daher ist es angebracht, Regeln für die Verbesserung der Verschreibungsangemessenheit zu definieren. Diesbezüglich existieren zwei Empfehlungen der italienischen Radiologischen Vereinigung (SIRM), welche vom radiologischen Dienst auf betrieblicher Ebene unterstützt werden sollten. Die Kriterien zur homogenen Gruppierung der Wartezeiten sollten den Inhalt dieser Empfehlungen widerspiegeln. Die verschreibenden Fachärzte des Krankenhausbereiches und des Territoriums müssen entsprechend geschult werden.

Erwartetes Ergebnis

Verbesserte Verschreibungsangemessenheit im Bereich der bildgebenden Diagnostik: (MR) der lumbosakralen Wirbelsäule und des Knies

Indikatoren

- Ausarbeitung einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den betrieblichen radiologischen Diensten mit eventueller Aktualisierung der gesetzlichen Bestimmungen über die Kriterien zur homogenen Gruppierung der Wartezeiten innerhalb Ende Mai 2017; zeitgleich wird ein Bewertungsprotokoll, welches bei der Kontrolle der Verschreibungsangemessenheit angewandt wird, erarbeitet.
- Schulungen für die verschreibenden Ärzte des Krankenhauses und des Territoriums (mindestens eine pro Gesundheitsbezirk).

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Nuvas

4.2. Klinische Angemessenheit

4.2.1. Clinical Decision Support System (CDSS)

Das Wissen im klinischen Bereich verdoppelt sich alle drei Monate. Um unsere Fachleute bei der Verarbeitung dieser enormen Menge an neuen Informationen zu unterstützen, ist es notwendig ein System für die klinische Entscheidungsfindung – Clinical Decision Support System (CDSS) einzuführen.

Erwartetes Ergebnis

Analyse und Einführung eines Systems zur Unterstützung der klinischen Entscheidungsfindung Clinical Decision Support System (CDSS)

Indikatoren

Analyse und Einführung innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion, Informatikabteilung

4.3. Angemessenheit im Bereich der Rehabilitation

4.3.1. Vereinheitlichung der Zuweisungsart und der Zuweisungskriterien für stationäre Patienten

Die Einweisung von Patienten in privat-vertragsgebundene Strukturen, welche Leistungen für die postakute Rehabilitation und für die postakute Langzeitpflege erbringen, erfolgt in den einzelnen Gesundheitsbezirken derzeit nach unterschiedlichen Kriterien, damit verbunden ist die Gefahr einer Unangemessenheit im Bereich der Organisation und der Verschreibungen.

Es ist sinnvoll, eine Vereinheitlichung der Kriterien und der Einweisungsart auf Betriebsebene zu schaffen, um die Angemessenheit der sanitären Rehabilitationsleistungen für Patienten zu garantieren, die sowohl in den öffentlichen als auch in den privat vertragsgebundenen Einrichtungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes behandelt werden; dies gilt für die Aufnahmearten Neurorehabilitation, Code 75, postakute Rehabilitation, Code 56.00, und auch für die postakute Langzeitpflege Code 60.00.

Festlegung der Beurteilungskriterien durch die verantwortlichen Gremien für die Einweisung in die postakute Rehabilitation, in die postakute Langzeitpflege und in die Übergangsbetreuung.

Festlegung von Vereinbarungsprotokollen mit den Hausärzten und mit den niedergelassenen Pädiatern für die Verschreibung von ambulanten Rehabilitationsleistungen.

Erwartetes Ergebnis

Festlegung der betriebsweiten Prozedur "Kriterien der Angemessenheit von stationären Aufnahmen im Bereich Rehabilitation und postakute Langzeitpflege"

es werden vonseiten der zuständigen Ärzte/Primare Kriterien für die klinische, organisatorische und zeitliche Angemessenheit von Verschreibungen für sanitäre Leistungen für Rehabilitation und postakute Langzeitpflege definiert, sowohl für die öffentlichen Einrichtungen als auch für die privaten, mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb vertragsgebundenen Einrichtungen (Code 56.00, 60.00 und 75).

es wird Personal zur Verfügung gestellt für die Erstellung und Kontrolle der entsprechenden Krankengeschichten, sowie für die Kontrolle der Krankenkartei bezüglich der Einhaltung der definierten Angemessenheitskriterien.

Indikatoren

Implementierung der Betriebsprozedur bezüglich der Kriterien für die Angemessenheit der stationären Aufnahmen Code 56.00, 60.00 und 75, Verifizierung der Zustimmung zu den in der Betriebsprozedur enthaltenen Kriterien.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – NUVAS – Leistungsabteilung

4.3.2. Angemessenheit der Organisation der Aufnahmen für die Implantation von Hüftprothesen

Der postoperative Verlauf beinhaltet unterschiedliche Verläufe, die dazu dienen, eine baldmöglichste Heilung und einen baldigen normalen täglichen Lebensablauf zu erreichen.

Das Konzept der Chirurgie mit rascher Erholung (Enhanced Recovery After Surgery - ERAS) besteht in einem Ansatz, der es heute ermöglicht, diesen postoperativen Verlauf zu verbessern, mit einer rascheren Erholung und einer signifikanten Reduktion der Aufenthaltsdauer.

Die Abteilungen für Orthopädie und allgemeiner Chirurgie im Südtiroler Sanitätsbetrieb wenden das Konzept der raschen Erholung bei ausgewählten Patienten an, die einer Hüftersatzoperation unterzogen werden, mit dem Ziel, die Auswirkungen des chirurgischen Eingriffes auf den Organismus zu minimieren und um den Patienten baldmöglichst der eigenen Autonomie zuzuführen. Fundamentale Elemente sind die weniger häufige Anwendung von Drainagen, die gute Schmerzkontrolle nach der Operation, der frühzeitige Beginn der oralen Ernährung und die frühzeitige Mobilisation. Für die Realisierung ist die Einbindung einer multidisziplinären Equipe notwendig, bestehend aus Orthopäden, Anästhesisten, Krankenpflegern, Rehabilitationsärzten, Physiotherapeuten und Diätassistenten. Die Vorteile bestehen in der Verringerung der postoperativen Morbidität und der postoperativen Aufenthaltsdauer.

Erwartetes Ergebnis

Reduzierung der Rehabilitationszeiten durch Implementierung des Konzeptes der Chirurgie mit rascher Erholung (Enhanced recovery after surgery – ERAS) mit der Zielsetzung, die Auswirkungen des chirurgischen Eingriffes auf den Organismus zu minimieren und den Patienten baldmöglichst der eigenen Autonomie zuzuführen.

Indikatoren

- Ausarbeitung und Umsetzung einer Prozedur, welche die klinischen Einschlusskriterien von Patienten für die "Rapid recovery after surgery" festlegt, welche der Implantation einer Hüftprothese unterzogen werden.
- Erstellung eines Berichtes über die Anzahl der Patienten, die nach dem Konzept der raschen postoperativen Erholung eingeschlossen und behandelt worden sind.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

4.3.3. Einführung der ICF

Die Einführung der ICF (engl.: *International Classification, Disability and Health*) als validiertes multiprofessionelles Bezugssystem mit dem Ziel der Verbesserung der Ausrichtung des Patienten anhand der Dokumentation der Rehabilitationsprozesses, durch Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Einheit und der Lebensbedingungen der betreuten Person, die in den Rehabilitationsabteilungen des Südtiroler Sanitätsbetriebes behandelt wird.

Erwartetes Ergebnis

Realisierung des Projektplans 2017-2018 in Berücksichtigung der vorgesehenen Projektphasen

Indikatoren

- Innerhalb 31.12.2016 verfügt jede Rehabilitationsabteilung über 5 ICF-Verantwortliche (1 Arzt, 1 KrankenpflegerIn, 1 Physiotherapeut, 1 Ergotherapeut, 1 Logopädin)
- Innerhalb 31.12.2017 sind die Mitarbeiter der fünf Rehabilitationsabteilungen für den Gebrauch der ICF ausgebildet
- Innerhalb 31.12.2017 hat die multiprofessionelle Umsetzung der ICF begonnen mit der Kommunikation und der Dokumentation
- Innerhalb 30.06.2018 hat die multiprofessionelle Umsetzung der ICF begonnen mit der Verfassung der Berichte
- Innerhalb 31.12.2018 hat die multiprofessionelle Umsetzung des Prozesses der Definition der Ziele und des Qualitätsmanagements begonnen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Primare und Koordinatoren der fünf Rehabilitationsabteilungen im Südtiroler Sanitätsbetrieb (Bozen, Meran, Brixen, Bruneck und Sterzing) mit Unterstützung der internen und externen Koordinatoren des Projektes

4.3.4. Projekt Switch

Aufgrund von unsachgemäßer Nutzung der angebotenen Dienste wird das Rehabilitationsdepartment durch lange Wartelisten belastet.

Somit könnte das Rehabilitationsdepartment seine begrenzten, aber hoch qualifizierten Ressourcen auf spezifischen Krankheiten während der post-akuten Phase konzentrieren, und chronische stabile Patienten zu akkreditierten externen Einrichtungen überweisen.

Ziel des Projekts ist es daher, die Wartelisten des Rehabilitationsdepartments abzukürzen mittels Aufbau von zwei parallelen Pfaden:

1. Ärztlich verschriebene körperliche Übungseinheiten unspezifisch: beteiligt sind Patienten, die an Krankheiten bedingt durch ihren Lebensstil leiden.

Ärztlich verschriebenen körperliche Übungseinheiten (ÄAM) überweisen solche Patienten mittels weißen Rezeptes an akkreditierten Einrichtungen, die körperliche Aktivität anbieten.

2. Ärztlich verschriebene körperliche Übungseinheiten spezifisch: beteiligt sind Patienten mit besonderen Bedürfnissen, die an Herz-Kreislaufkrankungen, orthopädischen, rheumatologischen, nephrologischen, neurologischen bzw. osteoartikulären Krankheiten in einer stabilen chronischen Phase leiden.

Fachärzte bzw. Physiotherapeuten / Ergotherapeuten und Logopäden überweisen die Patienten an externen akkreditierten Einrichtungen, welche spezifische körperliche Aktivität für diesen Pathologiegrad bieten.

Erwartetes Ergebnis

Für 2017

1. Das Organisationsmodell abfertigen, welches den Verlauf der Pfade Ärztlich verschriebene körperliche Übungseinheiten spezifisch und Ärztlich verschriebene körperliche Übungseinheiten unspezifisch definiert, auch in Ermangelung der Internet-Plattform des Landes über die Bewegungsangebote.

2. Angepasste physische Aktivität spezifisch: bei eventueller Ermangelung der Internet-Plattform des Landes über die Bewegungsangebote die Finanzierung absichern, welche für den Informationsfluss von der Zuweisung bis zur Rückmeldung (Arzt – Externe Einrichtung - Arzt) notwendig ist, sowie die Quantifizierung des Patientenflusses pro Jahr gewährleisten.
3. Definition und Ernennung einer Evaluierungskommission über die Voraussetzungen der externen akkreditierten Einrichtungen.
4. Information und Sensibilisierung der Allgemeinmediziner (Fortbildung in Zusammenarbeit mit SÜGAM) (Angepasste physische Aktivität -unspezifisch).
5. Das Krankenhauspersonal des spezifischen Bereiches über das Prozedere informieren (Angepasste physische Aktivität spezifisch)
6. Das Krankenhauspersonal über die zwei Pfade Angepasste physische Aktivität spezifisch und Angepasste physische Aktivität unspezifisch informieren.
7. Informationskampagnen für die privaten Partnern / Einrichtungen.
8. Informationskampagnen für die Bevölkerung.

Für 2018-19

Implementierung der Projektteilnahme und Konsolidierung der Pfade Angepasste physische Aktivität spezifisch und unspezifisch.

Indikatoren

Für 2017: Erreichung der oben genannten Punkte

Verbesserung der Angemessenheit der Anfragen für Rehabilitationsleistungen.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Departement für Gesundheitsvorsorge.

4.3.5. Projekt für die Einrichtung eines Bezugszentrums für die Prothesenversorgung

Gründung eines betrieblichen Prothesenzentrums an der Abteilung für Rehabilitation im Krankenhaus Bozen für die Betreuung von amputierten Patienten mit Wohnsitz im Land Südtirol.

Betreuung von Patienten, welche an den oberen und an den unteren Extremitäten amputiert sind, mit Wohnsitz in Südtirol. Somit werden unseren Patienten Fahrten ins Ausland erspart.

Erwartetes Ergebnis

2017: Definition der Finanzierung, Zuteilung des Personals, Verschreibungen über das Bezugszentrum, Vereinbarungen mit den Orthopädietechnikern, externe Fachberatung

2018: Versorgung der Patienten des Gesundheitsbezirkes Bozen

2019: 1° Semester Versorgung der Patienten des Gesundheitsbezirkes Meran; 2° Semester:

Versorgung der Patienten der Bezirke Brixen und Bruneck

Indikatoren

- Bildung eines betriebsweiten Bezugszentrums für Prothesenversorgung
- Schrittweise Betreuung der Patienten

Verantwortliche/r für das Verfahren

Rehabilitationsdienst im Gesundheitsbezirk Bozen

4.4. Retrospektives und prospektives Risk-Assessment und kontinuierliche Verbesserung

4.4.1. Anonyme Meldungen von kritischen Ereignissen

Patientensicherheit ist ein für das Gesundheitssystem wesentliches Qualitätsziel. Die WHO hat sich der Themen Patientensicherheit und Berichtssysteme angenommen und entsprechende Empfehlungen verabschiedet. Gut etablierte, nicht-punitiv Berichtssysteme sind ein fundamentaler Baustein um Risiken zu vermindern. Ein Risiko ist jedes aus der Sicht eines meldenden Mitarbeiters zukünftig zu vermeidendes Ereignis, welches eine Vorstufe zu Fehlern darstellen kann. Fehlervermeidung setzt die Erkenntnis von Risiken voraus, die zu Fehlern führen können.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb verfügt über komplexe Strukturen, in denen viele unterschiedliche Berufsgruppen an der Behandlung ihrer Patienten mitwirken. Um eine gute Betreuungsqualität zu erzielen, müssen die Arbeitsabläufe der Mitarbeiter und Fachkräfte zielführend organisiert und koordiniert sein.

Hierfür sollen mögliche Schwachstellen im System frühzeitig erkannt werden. Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) sind freiwillige Berichtssysteme, die eigens zu diesem Zweck entwickelt wurden. Sie ermöglichen es, ein umfassendes Bild der eigenen Struktur zu zeichnen.

Erwartetes Ergebnis

Im Triennium 2017-2019 ist eine progressive Einführung des Critical Incident Reporting Systems, durch ein Pilotprojekt auf einigen Abteilungen/Dienste, gefolgt von einer Rollout Phase, vorgesehen. Ernennung einer multidisziplinären Gruppe von Mitarbeitern, welche für die Analyse und Verwaltung der Meldungen beauftragt ist.

Die Schulung von abteilungsinternen Multiplikatoren, mit dem Ziel die Meldung von kritischen Ereignissen zu fördern, Verbesserungsmaßnahmen zu definieren, sowie deren Umsetzung zur Erhöhung der Patientensicherheit zu unterstützen.

Indikatoren

Definition von betriebsweiten Meldekreisen

Ernennung und Beauftragung von einer multiprofessionellen Gruppe von Mitarbeitern, welche sich mit der Analyse der Meldungen und die Formulierung von Verbesserungsmaßnahmen befasst.

Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen auf betrieblichen sowie Abteilungsebene.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle Qualität Generaldirektion mit der betriebsweiten Arbeitsgruppe "klinisches Riskmanagement".

5. Prävention

5.1. Screening

5.1.1. Gründung eines sanitätsbetrieblichen Screenings zur Früherkennung der kongenitalen Sehbeeinträchtigungen

Die Zielsetzung 2017 sieht die Ausarbeitung eines Screeningprogramms zur Früherkennung von kongenitalen Sehstörungen vor. Die Aktivierung des Screenings erfolgt nach einem Modell, das aus drei verschiedenen, mit einander verknüpften Kompetenzebenen besteht.

Demnach wird die erste Kompetenzebene der Pädiatrie / Neonatologie des jeweiligen

Geburtenstandortes zugewiesen. Hier wird der Fundusreflextest (red fundus reflex) von den

Kinderärzten durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung ist die Mitarbeit des Augenarztes (der Ambulanzen oder der Abteilungen) erforderlich, da er die Aufgabe hat, als augenärztlicher Konsultant zu fungieren und mit den Kinderärzten/Neonatalogen der Geburtsstationen zusammenzuarbeiten. Im Falle eines zweifelhaften Fundusreflexes wird der Augenarzt involviert, somit wird vermieden, dass negative Fundusreflexbefunde an das Referenzzentrum überwiesen werden.

Die zweite kompetenzebene ist das Referenzzentrum "pädiatrische Ophthalmologie". Das dafür ~~von der Sanitätsdirektion~~ beauftragte Zentrum ist die Augenabteilung Krankenhaus Bozen. Ihre Aufgabe ist es die positiven, zugewiesenen Fundustests der Neugeborenen zu untersuchen, sowie Diagnose, follow-up und Therapiemaßnahmen einzuleiten. Weiterhin ist es ihre Aufgabe die Neugeborenen, die spezifische medizinische oder chirurgische Eingriffe benötigen, an hochspezialisierte Referenzzentren der dritten Kompetenzebene, evtl. zu überweisen.

Ziel für 2017 ist die Erweiterung des ophthalmologischen Screenings in allen Geburtenstandorten und die Kontrolle über die Einhaltung des Screenings im Laufe des Jahres.

Erwartetes Ergebnis

- Ausführung des augenärztlichen Screenings in allen Geburtenstationen. Verwendung eines einheitlichen sanitätsbetrieblichen Formulars, welches erarbeitet wird und bis Ende 2016 für alle Primare der Pädiatrie verfügbar ist.
- Einrichtung eines Registers als Kartei oder digital, in dem die ausgefüllten Formulare beigelegt und aufbewahrt werden.
- Dreimonatliche Berichterstattung über die Einhaltung des Screenings von Seiten der Primare jeder Geburtenstation.
- Ausarbeitung von einheitlichen, auf Landesebene, basierende Leitlinien, die die Modalität der Ausführung des Screenings kontrollieren und die Zugangskriterien zur Überweisung an das nächste Kompetenzzentrum definieren (PDTA-Ablauf).

Indikatoren

- Systematische Verwendung des ~~sanitäts~~ sanitätsbetrieblichen Formulars für das Screening
- Einführung eines Screening Registers in den pädiatrischen Abteilungen
- Dreimonatige Berichterstattung durch die Primare aller pädiatrischen Abteilungen über den Anteil der erfolgten Screenings im Verhältnis zur Gesamtzahl der Geburten, sowie über den

Anteil von augenärztlichen Konsiliarvisiten (vom lokalen KHAugenarzt durchgeführt) bei fraglichem Fundusreflex

- PDA Dokument, das den oben beschriebenen Ablauf belegt.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Augenabteilung KH Bozen

5.1.2. Anpassung der unterschiedlichen Software für das Screening des Kolon-Rektum und Erhöhung der Teilnahme an der ersten Screeningstufe

Ebenfalls angestrebt wird die Erhöhung der Teilnahme an der ersten Screeningstufe der Target-Bevölkerung durch die Planung einer neuen Informationskampagne über Plakate, Informationsbroschüren und Beteiligung der Massenmedien, Treffen zwischen den Verantwortlichen für das Screening, den Ärzten für Allgemeinmedizin und Organisation einer wissenschaftlichen Tagung.

Erwartetes Ergebnis

- Anpassung der unterschiedlichen Software für das Kolon-Rektum
- Erhöhung der Teilnahme an der ersten Screeningstufe

Indikatoren

- Erhöhung der Teilnahmequote an der ersten Screeningstufe gemessen auf einem Mehrjahreszeitraum (2017-2018)
- Integrierte Software 2017: Analyse und Auswahl der betriebsweiten SW

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Tumorregister

5.1.3. Diabetes Typ 2 Screening für die Bevölkerung, die in Südtirol wohnhaft ist

Die Früherkennung von Diabetes ist von grundlegender Wichtigkeit, da dadurch eine angemessene Behandlung vorgenommen und das Auftreten von Komplikationen verhindert werden kann. Unter den verschiedenen Methoden zur Frühdiagnose in der Bevölkerung hat die italienische Diabetesgesellschaft und der Verband italienischer Diabetesärzte die internationalen Hinweise aufgegriffen und dabei auch die Ergebnisse verschiedener Projekte berücksichtigt, unter denen auch eines auf europäischer Ebene (DEPLAN), die einen Hinweis auf ein opportunistisches Screening für die Bevölkerung geben, die als Risikogruppe betrachtet wird, das durch die Punkteauswertung des Fragebogens (FINDRISK) hervorgeht, und nach Risikofaktoren von Diabetes forscht (aus der Leitlinie der Epidemiologische Beobachtungstelle: "Linee guida per la gestione del sistema informativo dello screening diabetico").

Der Sanitätsbetrieb des Landes Südtirol hat diese Hinweise aufgenommen und möchte der Südtiroler Bevölkerung dieses Screening anbieten.

Erwartetes Ergebnis

Durchführung des Screenings bei Zielgruppen

Indikatoren

2017: Umsetzung des Screenings basierend auf dem im Jahr 2016 geleiteten Projektes und Überwachung der Prozessindikatoren

2018: Weiterführung des Diabetes-Typ-2-Screenings und Weiterführung der Überwachung der Prozessindikatoren. Beginn der Einholung der Daten bezüglich der Outcomeindikatoren bei den Personen, die am Screening teilgenommen haben (Diagnose von Diabetes Typ 2 im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Personen, die am Screening teilgenommen haben).

2019: Weiterführung des Diabetes-Typ-2-Screenings und Weiterführung der Überwachung der Prozessindikatoren und der Outcomes. Kosten-Nutzen-Bewertung des Screenings und Entscheidung über die Einführung eines zweiten Drei-Jahres-Zyklus.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle für die berufliche Entwicklung

5.1.4. Mammographiescreening

Die aktuelle Teilnahmequote am Mammographiescreening der betroffenen Bevölkerung kann verbessert werden (ca. 60% auf Landesebene). Der Plan, um diese Situation zu verbessern, sieht vor allem folgende Schritte vor:

- 1) die Abänderung der Einladungsmodalitäten (Mitteilungen und Organisation).
- 2) Sensibilisierung und Information über die Ziele des Screenings durch Informationskampagnen

Erwartetes Ergebnis

Verbesserung der Teilnahmequote der Target-Bevölkerung am Screening der Stufe I

Indikatoren

Jahr 2017:

- Verbesserung der aktuellen Werte zur Teilnahme der Target-Bevölkerung am Screening der Stufe I in den Bezirken Bruneck und Brixen durch eine neue Modalität der Einladung der Patientinnen.
- Vorbereitende Arbeiten in den Bezirken Bozen und Meran, um die verwaltungstechnisch und organisatorisch notwendigen Veränderungen zu schaffen, damit ab 1.1.2018 die neue Einladungsmodalität eingeführt werden kann.
- Durchführung von Sensibilisierungskampagnen

Jahr 2018

- Verbesserung der aktuellen Werte zur Teilnahme der Target-Bevölkerung am Screening der Stufe I in den Bezirken Bozen und Meran durch eine neue Modalität der Einladung der Patientinnen.
- Durchführung von Sensibilisierungskampagnen

Jahr 2019:

- Überprüfung der Ergebnisse und eventuelle Korrekturmaßnahmen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Tumorregister

6. Optimierung der Organisation und der Prozesse

6.1. Chronic Care: Versorgungsnetz für Menschen mit chronischen Erkrankungen

6.1.1. Entwicklung eines Plans für Chronic Care

- Entwicklung einer Organisation der Gesundheits- und Sozialdienste, die sich an den Bedürfnissen der Personen und Familien orientiert, um die Entstehung und den Verlauf von chronischer Krankheit und Gebrechlichkeit (Fragilität) zu verhindern bzw. die Morbidität, Mortalität und Behinderung zu reduzieren
- Reduzierung des organisatorischen und finanziellen Aufwandes in der Versorgung chronischer Krankheit und Gebrechlichkeit
- Reduktion der sozialen Bürde für Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren Familien, insbesondere im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung
- Definition von Instrumenten im Bereich der Governance innovativer Systeme zur Versorgung von Chronischer Krankheit und Gebrechlichkeit

Implementierung des Plans von 2018 bis 2020.

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung Ziele und Definition des Umsetzungsplanes 2018-2020 bis zum 31.12.2017

Indikatoren

- Die Prioritäten und die jeweiligen Umsetzungsschritte sind bis zum 31.12.2018, 31.12.2019 und 31.12.2020 definiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion mit einer entsprechend beauftragten Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Assessorats und des Südtiroler Sanitätsbetriebs

6.2. Versorgung von fragilen, behinderten oder gefährdeten Menschen

6.2.1. Aufbau eines Versorgungsnetzes für fragile, behinderte oder gefährdete Menschen

Fragilität betrifft viele Systeme und führt zu einem teilweisen oder vollständigen Verlust der Fähigkeit des Organismus sein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Dieser Zustand wird durch eine Kombination von Faktoren bestimmt, die biologischer, psychischer und sozio-ökologischer Natur sind, synergisch wirken, sich verstärken und aufrecht erhalten. Obwohl es sich um keinen Zustand handelt. Der ausschließlich die ältere Bevölkerung betrifft, häuft sich das Auftreten vor allem bei den über 65 Jährigen, wo Chronifizierung, Komorbidität, funktionelle Beeinträchtigung, Multipharmakologie und sozio-sanitäre Probleme spielen eine entscheidende Rolle. (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5, 7 und 12.3.)

Behinderung und Gebrechlichkeit treten häufig gemeinsam auf: Behinderung bedeutet den Verlust der Funktion, Fragilität bezieht sich auf eine Situation der Instabilität, der die Gefahr des Funktionsverlustes aufgrund einer höheren Anfälligkeit für Stressfaktoren beiwohnt.

Voraussetzung für eine ausreichende Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe ist die Schaffung eines sozio-sanitären Netzes und die Gewährleistung des multiprofessionellen Ansatzes und der Versorgungskontinuität.

Erwartetes Ergebnis

- Schaffung einer spezifischen Versorgungslinie
- Schaffung einer multiprofessionellen Einheit für Interventionen in kritischen Phasen, um eine Entgleisung der Grenzsituationen zeitgerecht begegnen bzw. vorbeugen zu können
- Verbesserung des Entlassungsmanagements
- Schaffung von Übergangsbetten (Intermediate Care)
- Schaffung bzw. Ausbau der Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Einsatz von Telemedizin zur Unterstützung der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe

Indikatoren

2017

- Analyse der bestehenden Versorgungslinien, gemeinsame Erarbeitung der fehlenden Versorgungspfade, Definition der organisatorischen, wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen
- Definition einer strukturierten Versorgungslinie für diese Bevölkerungsgruppe mit allen betroffenen Versorgungseinrichtungen (Krankenhaus, wohnortnahe Versorgung, Gesundheits- und Sozialwesen)

2018:

- Festlegung der Prioritäten in der Implementierung der Versorgungsmaßnahmen in den unterschiedlichen Fachbereichen und Definition des Implementierungsplanes

2019:

- Implementierung der Maßnahmen in den verschiedenen Fachbereichen und kontinuierliche Evaluation der einzelnen Versorgungslinien

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion mit einer entsprechend beauftragten Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Assessorats und des Südtiroler Sanitätsbetriebs

6.3. Versorgungsnetz für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

6.3.1. Schaffung eines Versorgungsnetzes für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Die soziodemographische und epidemiologische Entwicklung der kommenden Jahrzehnte lässt einen schnellen und bedeutenden Anstieg der verschiedenen Formen von Demenz erahnen. Diese Erkrankungen führen zu schweren Verlusten der Selbstständigkeit mit einem chronischen Verlauf, der auf der körperlichen, psychischen und ökonomischen Ebene schwer wiegt, vielfach auch von den Angehörigen geschultert wird und die Gesamtausgaben in der Sozial- und Gesundheitsversorgung stark ansteigen lässt und die Gesellschaft vor allem andere als irrelevante ethische Dilemma stellt. Das Gesundheitsministerium hat den Staatlichen Demenzplan verabschiedet, der von den einzelnen Provinzen und Regionen umgesetzt werden soll. Ziel ist es ein sozio-sanitäres Versorgungsnetz zu

schaffen, den multiprofessionellen Ansatz und die Versorgungskontinuität sicherzustellen. Es gilt eine spezifische Versorgungslinie zu schaffen, die für die Allgemeinmedizin, die Sprengeldienste, die Notaufnahmen und die verschiedenen Krankenhausabteilungen gilt und eine enge Koordination zwischen den Diensten vorsieht, die dieser speziellen Bevölkerungsgruppe die Versorgungskontinuität gewährleistet, die sie benötigt.

Um dieses Ziel zu erreichen, muss auf den im Staatlichen Demenzplan enthaltenen Grundprinzipien ein Versorgungspfad erarbeitet werden:

- für jeden Patienten die Grund- und Fachversorgung sicherstellen
- für jeden Gesundheitsbezirk eine multiprofessionelle Fachambulanz (Memory Clinic) zur diagnostischen Abklärung und zur therapeutischen Beratung einrichten
- die Kriterien zur stationären Aufnahme bei Akutereignissen festlegen
- eine multiprofessionelle Einheit zum Notfallmanagement schaffen, die in der Lage ist in Extremsituationen unkontrollierbaren Konsequenzen vorzubeugen
- die Überwachung des Krankheitsverlaufes sicherstellen

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung, Pilotierung, Evaluation, Anpassung und Genehmigung des Versorgungspfades für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und die Definition des Implementierungsplanes innerhalb 2020

Indikatoren

- Ausarbeitung des Versorgungspfades innerhalb von 2017
- Pilotierung, Evaluation, Anpassung und Genehmigung des Pfades innerhalb 2019
- Definition des Implementierungsplanes innerhalb 2020

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion mit einer entsprechend beauftragten Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Assessorats und des Südtiroler Sanitätsbetriebs

6.4. Einschränkung der Wartezeiten

6.4.1. System der homogenen Gruppierungen der Wartezeiten

Unter Einbeziehung der Kliniker werden Regeln und Aktionen für den Leistungszugang und die Verbesserung der Angemessenheit ausgearbeitet und gesetzt, um die Wartezeiten im fachärztlichen ambulanten Bereich einzuschränken. (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5.2.1) Das Modell zur homogenen Gruppierung der Wartezeiten und der klinischen Betreuungspfade hat das Ziel auch nicht prioritäre Leistungen innerhalb klinisch angemessenen Zeiträumen zu erbringen und gleichzeitig die Humanressourcen und technologischen Ressourcen angemessen einzusetzen. Die Anwendung des Systems der homogenen Gruppierung der Wartezeiten ermöglicht die Verfolgung folgender Ziele:

- Anpassung der Wartezeiten jedes einzelnen Bürgers an den effektiven Bedarf an Gesundheitsleistungen.
- Definition verschiedener Betreuungsebenen aufgrund klinischer Kriterien,
- Ermöglichung einer Ausweitung der freiberuflichen Tätigkeit unter Berücksichtigung der Bestimmungen des staatlichen Gesundheitsdienstes.

Erwartetes Ergebnis

- Überarbeitung der Kriterien zur klinischen Priorisierung für die Leistungen der bildgebenden Diagnostik und der Gastroenterologie (Gastroskopie, Koloskopie und Erstvisite in der Gastroenterologie)
- Verbesserung der Angemessenheit der Leistungsverschreibung in Bezug auf die Prior-Kodizes durch die Abhaltung von spezifischen Weiterbildungskursen

Überprüfung des gesamten Zyklus und Einführung des Systems der homogenen Gruppierung der Wartezeiten im 4. Trimester für die Radiologie.

Indikatoren

1. Abstimmung und Genehmigung eines betriebsweiten technischen Vorschlages in welchem für folgende Fachbereiche die klinischen Priorisierungen aktualisiert werden: klinische bildgebende Diagnostik und Gastroenterologie
2. Umsetzung von Maßnahmen zur Verwaltung der Leistungsanfragen der Bürger. Hierzu sind Schulungsveranstaltungen (spezifische Schulungen um die Hausärzte zur Umsetzung der Kriterien zur homogenen Gruppierung der Wartezeiten zu motivieren) geplant.

Verantwortliche/r für das Verfahren

6.4.2. Einheitliche Vormerkstelle: Vormerkung der Kontrollvisiten

Um eine effiziente Führung der Vormerklisten zu ermöglichen und die Wartezeiten zu optimieren, ist es wichtig die Erstzugänge (Visite und diagnostisch-therapeutische Leistungen) von den weiteren Zugängen (Kontrollvisiten) getrennt zu führen. Beim ersten Kontakt ist die diagnostische Fragestellung oft noch wagen und deshalb noch nicht genau vorhersehbar. Aus diesem Grund muss der Termin für den ersten Zugang gesichert und zeitgerecht sein. Hierzu sind die Prior-Einstufungen zu berücksichtigen, und die dringenden Leistungen innerhalb von 48 Stunden zu garantieren und innerhalb 10 Tagen die leichten Dringlichkeiten. Ansonsten sind die Visiten innerhalb 15 Tagen und die diagnostischen Leistungen innerhalb 30 Tagen zu garantieren. (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020). Für die weiteren Zugänge (oder follow up), muss die Kontrollvisite vom Facharzt bereits eingeplant werden, dass die Betreuungskette nicht unterbrochen. Um dies zu garantieren, Um eine effiziente Vormerkung der Leistungen in einem integrierten System nach den oben angeführten Regeln zu garantieren, ist es notwendig eine langfristige Anwesenheitsplanung der Ärzte zu führen.

Erwartetes Ergebnis

1. Die Erstvisiten werden auch zukünftig über die bisherigen Vormerkstellen vorgemerkt (zentrale Einheitliche Vormerkstelle, Vormerkbüros der einzelnen Krankenhäuser, Abteilungen/Dienste)
2. Die Kontrollvisiten werden direkt in der Abteilung, in welcher die Erstvisite bzw. die Erstleistung erbracht wird vorgemerkt und vom Arzt verschrieben:
 - Wenn die Kontrollvisite innerhalb von sechs Monaten ab der Erstvisite vorgesehen ist, so erhält der Patient nach der Erstvisite bereits den Termin für die Kontrollvisite (liegt somit in der Zuständigkeit der Fachambulanz der Abteilung oder des Dienstes die Vormerkung der Kontrollvisite in ihren Vormerklisten vorzunehmen)
 - Wenn die Kontrollvisite erst nach Ablauf der sechs Monate ab der Erstvisite vorgesehen ist, muss der Patient die Abteilung/den Dienst einige Monate vor der Kontrollvisite für die Vormerkung kontaktieren
 - Ab dem Jahr 2018 erfolgt die Vormerkung der Kontrollvisiten über die Anwendung „CUPweb“.
3. Um eine effiziente Vormerkung der Leistungen in einem integrierten System nach den oben angeführten Regeln zu garantieren, ist es notwendig eine langfristige Anwesenheitsplanung der Ärzte zu führen. Aus diesem Grund muss die Planung wenigstens sechs Monate beinhalten.
4. Für die Einführung der Vormerklisten ist es notwendig auf Betriebsebene die Zeiten und Standards (Zusatzleistungen) für die ambulanten Leistungen festzulegen.

Indikatoren

1. Trennung der Vormerklisten für die Erstvisiten und die Kontrollvisiten: wo dies nicht bereits erfolgt ist, werden Treffen mit den Ärztlichen Direktionen der Krankenhäuser organisiert, um die "Slots" für die Erstvisiten und Kontrollvisiten zu quantifizieren.
2. Programmierung der An- und Abwesenheiten des ärztlichen Personals für einen Zeitraum von 6 Monaten
3. Betriebsweite Standardisierung der Wartezeiten und der Leistungsstandards (Zusatzleistungen) für Erstvisiten folgender Fachbereiche: Dermatologie und Augenheilkunde

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion – Einheitliche Vormerkzentrale

6.5. Einrichtung einer einheitlichen Rufzentrale für die Bevölkerung (116117)

6.5.1. Einheitliche Rufzentrale

Verwirklichung bzw. Ausbau der folgenden Rufzentrale für die Bevölkerung gemäß der staatlichen und europäischen Richtlinien:

- Einrichtung der Rufnummer 116117 für die primäre Gesundheitsversorgung bzw. Informationen der Bürger (Informationen über nicht dringende Krankentransporte, Fragen zur häuslichen Versorgung oder Palliativversorgung, zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Informationen zu den Fachdiensten und den diensthabenden Apotheken, Ärzten und Tierärzten).

Erwartetes Ergebnis

Einrichtung der Rufzentrale für Informationen zur nicht dringlichen, primären Gesundheitsversorgung und für den Informationsdienst für die Bürger mit den oben beschriebenen Inhalten.

Indikatoren

2018: Ausarbeitung eines Grundkonzeptes zur Verbesserung der Bürgerdienste, das auf der Analyse der bereits bestehenden Dienste beruht und Ausarbeitung des Implementierungsplanes

2019: Implementierung des Planes und kontinuierliche Evaluation

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion, Sanitätsdirektion und Technische Abteilung

6.6. Leistungsprofile

6.6.1. Definition der Leistungsprofile

In Kohärenz mit dem Landesgesundheitsplan wird die Implementierung eines abgestuften Versorgungssystems zwischen Grundversorgungskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und dem Zentralkrankenhaus Bozen in spezifischen klinischen Bereichen vorgesehen.

Erwartetes Ergebnis

Es wird die Implementierung eines abgestuften Versorgungssystems zwischen Grundversorgungskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und dem Zentralkrankenhaus Bozen für die onkologische Chirurgie, Plastische Chirurgie und Handchirurgie vorgesehen:

- Onkologische Chirurgie: Einhaltung der ausführenden Strukturen, wie in Anlage B des Beschlusses der Landesregierung Nr. 131/2013 vorgesehen und Vorschlag für eine Novellierung desselben.
- Plastische Chirurgie: Definition eines Organisationsmodells zur Gewährleistung der Bereitstellung von Leistungen in der Plastischen Chirurgie als Folge von vorhergehenden Eingriffen in allen vier Bezirken; und eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus Bozen für das Management von Polytrauma.
- Handchirurgie: Konsolidierung eines Kompetenzzentrums am Krankenhaus von Schlanders für Handchirurgie.

Indikatoren

- Implementierung eines abgestuften Versorgungssystems zwischen Grundversorgungskrankenhäusern, Schwerpunktkrankenhäusern und dem Zentralkrankenhaus Bozen für die oben zitierten Bereiche.
- Handchirurgie: Überweisung von Patienten aus dem Krankenhaus von Bozen an das Kompetenzzentrum für Handchirurgie, welches am Krankenhaus Schlanders angesiedelt ist.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

6.7. Telemedizin

In einem sozialen Kontext, wobei die öffentlichen Ressourcen zunehmend effizient und wirksam verwendet werden sollen, um den Bedürfnissen der Bevölkerung in Bezug auf die Gesundheit nachzukommen, können dabei die technologischen und informatischen Entwicklungen von Nutzen sein, um die klinischen, organisatorischen und führungsmäßigen Prozesse des Sanitätsbetriebes zu unterstützen. (Siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 12.3)

In besonderem Maße erscheint die Verwendung der Informatik (Telemedizin) für die Verwaltung der klinischen Daten zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken als innovativ. Die grundlegenden Anwendungen der Telemedizin sind folgende:

- Das Telemonitoring der Parameter, wie zum Beispiel Blutzucker, Körpergewicht, Sauerstoffsättigung, Blutdruck usw., ermöglicht den Patienten mit einer Pathologie, welche die Veränderungen dieser Parameter beeinflussen kann, auf Distanz zu kontrollieren, um sofort und effizient im Falle von Über- oder Unterschreitung der normalen Schwellenwerte eingreifen zu können sowie unangemessene Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und damit dem Bürger ermöglicht, im eigenen Umfeld zu verbleiben
- Die Teleberatung ermöglicht dem Gesundheitspersonal eine gegenseitige Konsultation auf Distanz zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; ein Beispiel dazu ist eine diagnostische Interpretierung eines Abbildes einer Hautverletzung. Hierbei kann eine Diagnose erstellt sowie die beste therapeutische Behandlung vonseiten eines Dermatologen festgelegt werden, dies im Gegensatz zu einem Allgemeinmediziner und bei alledem wird vermieden, dass der Patient

Ortsveränderungen auf sich nehmen muss und zudem wird für die Ressource Zeit für das Gesundheitspersonals optimiert.

Das Gesundheitsministerium hat die Leitlinien für die Telemedizin ausgearbeitet, die im Laufe des Einvernehmens zwischen Regierung, Regionen und der autonomen Provinzen Trient und Bozen genehmigt wurden, gemäß Art. 8 , Absatz 6 des Gesetzes vom 5. Juni 2003, Nr. 131 wobei die Telemedizin als hilfreiches Instrument definiert wurde, für:

- die sekundäre Prävention bei Personen die gesundheitliche Risiken oder chronischen Erkrankungen aufweisen;
- die Erstellung von Diagnosen mittels Datenaustausch und die Beratung auf Distanz und somit für den Patienten Ortsveränderungen vermieden werden;
- die Behandlung;
- die Überwachung der Patienten mittels Erhebung, Übermittlung und Auswertung auf Distanz der vitalen Parameter.

6.7.1. Pilotprojekt für das Telemonitoring von Blutzucker, Körpergewicht und Blutdruck bei Patienten mit Diabetes Typ 2

Der Sanitätsbetrieb des Landes Südtirol wird sich der Telemedizin bedienen und möchte dieses System mittels eines Pilotprojektes für die Dauer von 24 Monaten testen, mit dem Zweck, die starken Aspekte aufzuwerten und eventuelle kritische zu minimieren, dies im Hinblick einer Ausdehnung der Telemedizin bei der Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen, wie dies zum Beispiel Diabetes, Bronchopneumie, und Herzinsuffizienz sind. Das System unterstützt und integriert die Maßnahmen zu Gunsten der Implementierung des Chronic Care-Modells und zu Gunsten des Überganges von der erwarteten Medizin auf die proaktive Medizin.

Erwartetes Ergebnis

Führung eines zweijährigen Pilotprojektes bei Personen mit Diabetes Typ 2 und Bewertung der Modalität der Ausdehnung der Telemedizin bei Personen mit chronischen Erkrankungen.

Indikatoren

2017: Umsetzung des Telemonitorings der Parameter, die sich auf Blutzucker, Blutdruck und Körpergewicht einer Gruppe von Patienten mit Diabetes Typ 2 beziehen. Überwachung der Kontrollgruppe zur Bewertung des Projektes nach dessen Abschluss. Definition der Art und der Ausdehnung der Unterstützungsformen in der Telemedizin.

2018: Weiterführung des Telemonitorings in der Projektgruppe und Definition der Modalitäten zur Weiterführung ihrer Betreuung bei dessen Beendigung. Abschluss und darauffolgende Bewertung des Pilotprojektes, basierend auf den Prozessindikatoren und der festgelegten Outcomes. Planung und Umsetzung von dem, was in Hinblick die Ausdehnung der Telemedizin (siehe letzter Punkt 2017). festgelegt wurde

2019: Weitere Umsetzung von dem was im Jahr 2018 definiert wurde. Ausschreibung für die Telemedizin.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Stabstelle für die berufliche Entwicklung

6.8. Lean Healthcare

6.8.1. Implementierung des Projektes 2017 - 2019

Fortführung des Projektes zur Steigerung der Patientenzufriedenheit, Verbesserung der Verfügbarkeit der Leistungen, Verbesserung der Versorgungsqualität und –sicherheit, Steigerung der Produktivität und der Effizienz und Verbesserung des Einsatzes der Professionalität der Mitarbeiter unter Berücksichtigung der strategischen Bezugsdokumente und in Synergie mit den Projekten zur Implementierung des IT Masterplans, des Prozessmanagements, der Bilanz Zertifizierung und des Datenschutzes

Erwartetes Ergebnis

Umsetzung des vom Lenkungsausschuss genehmigten Projektplanes 2017-2019

Indikatoren

2017:

- Abschluss der Projektbegleitung für die Notaufnahmen Bx, Br, Bz und Me, Aufnahme der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen und Aktivierung des betrieblichen Kompetenzkreises „Notaufnahmen“

- Fortführung der Begleitung der Abt. und Amb. der Medizin von Bz, Me, Sch, Bx, St, Br und Inn und Aktivierung des betrieblichen Kompetenzkreises „Innere Medizin“
 - Beginn des Projektes in den Abt. und Amb. der Chirurgie von Bz, Me, Sch, Bx, St, Br und Inn
- 2018:
- Fortführung der Audits zur kontinuierlichen Verbesserung und des betrieblichen Kompetenzkreises der Notaufnahmen Br, Bx, Bz und Me
 - Fortführung des Projektes und der Verbesserungsmaßnahmen in den Abt. und Amb. der Medizin von Bz, Me, Sch, Bx, St, Br und Inn und des betrieblichen Kompetenzkreises „Innere Medizin“
 - Beginn des Projektes in den Abt. und Amb. der Orthopädie/Traumatologie von Bz, Me, Sch, Bx, St, Br und Inn
- 2019:
- Fortführung der Audits zur kontinuierlichen Verbesserung und des betrieblichen Kompetenzkreises der Notaufnahmen Br, Bx, Bz und Me
 - Fortführung der Audits zur kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen in den Abt. und Amb. der Medizin von Bz, Me, Sch, Bx, St, Br und Inn und des betrieblichen Kompetenzkreises „Innere Medizin“
 - Fortführung des Projektes und der kontinuierlichen Verbesserungsmaßnahmen in den Abt. und Amb. der Orthopädie/Traumatologie von Bz, Me, Sch, Bx, St, Br und Inn

Verantwortliche/r für das Verfahren

Primare und Koordinatoren der ins Projekt Abteilungen und Ambulatorien mit der Unterstützung der internen und externen Projektkoordination

7. Entwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologien(ICT Masterplan)

7.1. Dienste für die Bürger

7.1.1. „ Bürgerportal“

Der IT-Masterplan sieht im Bereich der Dienste für die BürgerInnen die Verwirklichung des sog. „Bürger-Information-Systems“ vor. Dieses Informationssystem erleichtert den Zugang zu den Gesundheitsdiensten, befriedigt die Informationsbedürfnisse der BürgerInnen und fördert die Beteiligung der BürgerInnen zum Schutz der eigenen Gesundheit und im Therapieprozess.

Geplant sind die Einführung von Online-Diensten (Online-Vormerkung und -Bezahlung u.a.m.) genauso wie Instrumente zum BürgerInnen- und Patienten/Patientinnen-Empowerment (Gesundheits-Tagebuch, Telemedizinische Angebote) wie auch neue Informationsangebote (Persönliche Medizinische Enzyklopädie).

Im Dreijahreszeitraum erfolgt die schrittweise Umsetzung. Für 2017 sind die Produktion von zwei neuen Gesundheits-Apps und die Vorbereitung des Relaunchs des institutionellen Auftritts des Sanitätsbetriebes geplant.

Erwartetes Ergebnis

- Das Bürgerportal ist online.

Indikatoren

2017: Realisation von 2 Apps (Arbeitstitel: SABES-App; App „Rund um die Geburt“

2018: Planung Relaunch

2019: Integration von zusätzlichen Diensten und Angeboten, Relaunch

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Abteilung Informatik

7.1.2. Online-Zahlungen von Rechnungen und Ticket

Mit der Einführung des Online-Bezahlungssystems werden die Bürger und die internen Kassen unterstützt.

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung eines Analyse- und Planungsdokuments für die Umsetzung der Funktionalitäten und Aktivierung der Online-Zahlungen

Indikatoren

2017: Analyse durchgeführt, Planungsdokument ausgearbeitet und Funktionalitäten implementiert
2018: Aktivierung der Online-Zahlungen für Radiologie- und Laborleistungen
2019: Aktivierung der Online-Zahlungen für alle Leistungen

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Wirtschaft und Finanzen

7.1.3. Informationskanal und Verwaltung des Patientenflusses (Queue Management)

Zurzeit gibt es in den Gesundheitsbezirken unterschiedliche Lösungen für den Informationskanal und das Queue-Management.

Erwartetes Ergebnis

Umsetzung eines Kanals zur Informationsverteilung mittels Videoanzeige in verschiedene Punkten des Krankenhauses und Implementation einer betriebsweiten Lösung zur Verwaltung der Patientenflüsse

Indikatoren

Erstellung Lastenheft und Einleitung des Ausschreibungsverfahrens, innerhalb 31.12.2017

Implementierung an ausgewählten Orten innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Informatik

7.1.4. Kundenzufriedenheitsbefragung

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb führt jährlich eine Kundenzufriedenheitsbefragung durch, die methodisch unterstützt durch ein unabhängiges Institut die wahrgenommene Qualität der Dienstleistungen erhebt.

Erwartetes Ergebnis

2017: Allgemeine Zufriedenheitsbefragung (Bevölkerung)

2018: Eine Zufriedenheitsbefragung (noch festzulegen)

2019: Eine Zufriedenheitsbefragung (noch festzulegen)

Indikatoren

Methodologisch abgesicherte Ergebnisse zur Kundenzufriedenheit

Verantwortlicher des Verfahrens

Abteilung für Kommunikation, Ämter für Bürgeranliegen

7.2. Territoriales Informationssystem

7.2.1. Integrierte und programmierte Hauskrankenpflege

Das territoriale Informationssystem in Südtirol ist nicht sehr ausgereift. Angesichts der steigenden Bedeutung der territorialen Betreuung und der mangelhaften Verfügbarkeit von Daten für die territoriale Pflegeplanung, beabsichtigt der Betrieb massiv in diesen Bereich zu investieren (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 5).

Erwartetes Ergebnis

- Einführung eines Informationssystems für die Verwaltung der integrierten (IHP) und der programmierten Hauskrankenpflege (PHP)

Indikatoren

- Analyse und praktische Umsetzung laut Umsetzungsplan, welchen SAIM innerhalb von 60 Tagen nach Auftragsvergabe vorlegen muss, innerhalb 31.12.2019.
- Einführung und Realisierung des Datenflusses "Informationssystems für die Überwachung der Hauspflege" an das Ministerium, innerhalb 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion – Abteilung Informatik

7.2.2. Antikoagulierte Patienten

Im SABES gibt es verschiedene Systeme für die Verwaltung der antikoagulierten Patienten. Abgesehen von der Vereinheitlichung der SW EDP Taonet, soll der IT-Dienst im zentralen Data Center zentralisiert werden.

Erwartetes Ergebnis

- Vereinheitlichung der SW und Zentralisierung der einzelnen TAONET-Installationen

Indikatoren

- Zentralisierung der einzelnen TAONET-Installationen, innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Informatik

7.3. Krankenhausinformationssystem

7.3.1. ADT - Aufnahme, Entlassung, Verlegung

Im SABES gibt es zurzeit verschiedene ADT-Systeme (Aufnahme, Entlassung, Verlegung). Diese sollen durch ein auf Betriebsebene einheitliches System ersetzt sowie die Einhaltung der Leitlinien für den neuen KEB im Krankenhaus gewährleistet werden (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 7 und 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung eines betrieblichen ADT-Systems

Indikatoren

- Analyse innerhalb 31.12.2017
- Implementierung innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Informatik

7.3.2. Elektronische Klinische Fallakte - KFA

Im SABES gibt es zurzeit diverse Systeme für die elektronische klinische Fallakte. Verschiedene Abteilungen und Ambulatorien haben kein angemessenes Werkzeug für die Verwaltung der elektronischen Patientendokumentation. Die betriebliche Strategie sieht die Umsetzung eines einheitlichen Systems auf Betriebsebene vor (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung einer betrieblichen elektronischen klinischen Basisfallakte im Krankenhaus

Indikatoren

- Analyse und praktische Umsetzung laut Umsetzungsplan, welchen SAIM innerhalb von 60 Tagen nach Auftragsvergabe vorlegen muss.
- Ausarbeitung eines Projekts für die Erhebung der Pflegeleistungen auf Krankenhausebene, innerhalb 31.12.2017.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitäts-/Pflegedirektion - Abteilung Informatik

7.3.3. Klinische Überwachung der Patienten

Im SABES gibt es zurzeit diverse Systeme für die klinische Überwachung von Patienten (PDMS = Patient Disease Management System). Verschiedene Abteilungen und Ambulatorien haben kein angemessenes Werkzeug für die Verwaltung der elektronischen Patientendokumentation. Die betriebliche Strategie sieht die Umsetzung eines einheitlichen Systems auf Betriebsebene vor (siehe Landesgesundheitsplan 2016-2020, Kapitel 12.3).

Erwartetes Ergebnis

- Umsetzung eines PDMS-Systems im SABES

Indikatoren

- Einleitung eines europäischen Verhandlungsverfahrens für den Ankauf und die Implementierung eines PDMS-Systems innerhalb 31.12.2017.
- Durchführung eines PDMS-Pilotbetrieb in den Abteilungen Wiederbelebung, Anästhesie und Intensivmedizin, innerhalb 31.12.2018.
- Definitive Umsetzung des PDMS, innerhalb 31.12.2019.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Informatik

7.4. Infra-/Infostruktur und Plattformen zur Unterstützung der vertikalen Dienste

7.4.1. Digitalisierte Verschreibung

Die Informatisierung und die Entmaterialisierung der betrieblichen Prozesse dienen der Optimierung der logistischen Abläufe, wodurch die Ausgaben erheblich reduziert werden. Einer der wesentlichsten Prozesse ist die Verwaltung der Verschreibungen von Medikamenten und Fachleistungen.

Erwartetes Ergebnis

- Verschreibung von Medikamenten und Fachleistungen, wobei die Rezepte laut dem neuen Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen im Krankenhaus und bei den ÄAM/KFW entmaterialisiert werden.

Indikatoren

- Verwendung des PSM-Moduls von IM in den Bezirken BZ und ME, innerhalb 31.12.2017
- Ausweitung der Verwendung des PSM-Moduls von IM auf die Bezirke BX und BK, innerhalb 31.12.2019

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion - Abteilung Informatik

8. Entwicklung der Betriebskultur

8.1. Gesundheitskommunikation

8.1.1. Gesundheitskommunikation und Partizipation

Gesundheitskommunikation ist die Schnittstelle zwischen Gesundheitswissenschaft und Kommunikationswissenschaft. Sie beschäftigt sich mit der zielgruppengerechten Kommunikation von gesundheitsspezifischen Themen und ist v.a. im Bereich der Gesundheitsvorsorge ein wesentliches Instrument um gute Resultate zu erzielen. (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 12.4) Wirkungsvolle Kommunikation von Gesundheitsthemen ist auf verschiedenen Ebenen von Bedeutung (u.a. im Behandlungsalltag, auf Organisationsebene, auf Ebene der massenmedialen Kommunikation). Voraussetzung hierfür ist nicht zuletzt die Einbeziehung und Beteiligung der Stakeholder. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb entwickelt im Dreijahreszeitraum einen eigenen Fachbereich „Gesundheitskommunikation“, der die Partizipation der Stakeholder sicherstellt und es ermöglicht professionell auf die neuen und steigenden Anforderungen zu reagieren. Dies erfolgt auch in Umsetzung der entsprechenden Vorgaben von Seiten des Landesgesundheitsplanes.

Erwartetes Ergebnis

Das Konzept ist ausgearbeitet.

Die Umsetzung laut Konzept ist erfolgt.

Indikatoren

2017: Ausarbeitung eines Konzeptes

2018-2019: Umsetzung laut Konzept

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Vorsorgedepartement

8.1.2. Ausarbeitung eines Organisationsmodells für die Kommunikation des Landespräventionsplans

Der Landespräventionsplan 2016-2018 definiert, ausgehend von 10 Makro-Zielsetzungen, die Programme, spezifischen Ziele, Indikatoren und Standards, die betroffenen Zielgruppen und die Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge für drei Jahre. (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 4)

Durch ein gemeinsam erarbeitetes Organisationsmodell soll die Planung, Steuerung und Umsetzung der im Landespräventionsplan vorgesehenen Kommunikations-Maßnahmen ermöglicht werden. Das Organisationsmodell fördert in der Überarbeitung und Evaluation des Präventionsplanes die gesundheitskommunikative und -unternehmenskommunikative Sichtweise

Erwartetes Ergebnis

Das Organisationsmodell wurde erarbeitet und implementiert.

Indikatoren

2017. Ausarbeitung des Organisationsmodells

2018-2019: Umsetzung

Verantwortliche/r für das Verfahren

Abteilung Kommunikation, Vorsorgedepartement

8.2. Beziehungsbasierte Pflege - Relationship based Care

8.2.1. Förderung der Beziehungsbasierten Versorgung – Relationship based Care

Veränderung der Kultur und Praxis der Gesundheitsversorgung um:

- ein gesundheitsförderliches und personenorientiertes Umfeld zu schaffen
- die Sicherheit und Qualität der Versorgung zu verbessern
- die Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter zu steigern

Erwartetes Ergebnis

Entwicklung eines Grundkonzeptes zur Implementierung der Beziehungsbasierten Versorgung (Relationship based Care), des Pilotierung und der Evaluation.

Indikatoren

- Bis zum 31.12.2017 liegt ein Grundkonzept zur Implementierung der Beziehungsbasierten Versorgung vor, das folgende Elemente berücksichtigt: Leadership, Teamarbeit, professionelle Pflege- und Versorgungspraxis, personenorientiertes Pflege- und Versorgungssystem, ressourcengesteuerte Praxis und ergebnisorientierte Versorgung (outcomes)
- Bis zum 31.12.2018 hat auf einer Abteilung/in einem Dienst die Pilotierung begonnen; die Pflegedienstleiter haben an einem Workshop zur beziehungs-basierten Pflege teilgenommen; die Prioritäten in der Umsetzung für 2019 sind definiert
- Bis zum 31.12.2019 sind die Evaluation abgeschlossen, der Implementierungsplan in den Abteilungen/Diensten definiert, die Prioritäten in der Umsetzung für 2020 definiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Pflegedirektion, koordinierende Pflegedienstleiter, Pflegedienstleiter und Stabstellen mit der Unterstützung der Betriebsstabstelle für Organisations- und Prozessentwicklung

9. Personal- und Kompetenzentwicklung

9.1. Definition eines integrierten Personalentwicklungskonzeptes

9.1.1. Ausarbeitung eines Master- und Umsetzungsplanes zur Personalentwicklung

Vorliegen eines bereichsübergreifenden Master- und Umsetzungsplanes zur Personalentwicklung bis zum 31.12.2017 der u.a. folgende Inhalte hat:

- Umsetzung eines integrierten Personalentwicklungskonzeptes. Für die Umsetzung sollte dann eine eigenständige Organisationseinheit geschaffen werden, welche berufsgruppenübergreifend und betriebsweit für die Personalentwicklung zuständig ist. Dabei sollte eine klare Abgrenzung der Aufgabenbereiche zwischen Personalverwaltung und Personalentwicklung erfolgen. Der Bereich Weiterbildung aller Berufsgruppen sollte in diese neue Organisationseinheit integriert werden.
- Umsetzung eines nachhaltigen Mitarbeitergewinnungs- und –bindungskonzeptes. Diesbezüglich sollte ein berufsgruppenübergreifendes Recruitingprogramm erstellt werden welches auf den Personalbedarf im Rahmen einer mehrjährigen Planung ausgerichtet ist.
- Ausarbeitung eines spezifischen Dienstleistungspaketes für Fachkräfte, die von außerhalb nach Südtirol kommen (Informationen für die Förderung für die Rückkehr von Fachkräften: es wird ein Leitfaden erstellt, welche Behördengänge zu erledigen sind, was es braucht um als Arzt/Fachkraft in Italien zu arbeiten und sonstige nützliche Infos für das alltägliche Leben zu Themenbereichen wie Sprachkurse, Kinderbetreuungsstätten, Schulen, Wohnungsmarkt usw....)
- Überprüfung der Möglichkeiten des Recruiting des Gesundheitspersonals unter Berücksichtigung der Besonderheit der Zweisprachigkeit.
- Zügige Abwicklung des Aufnahmeverfahrens von Mitarbeitern sowie der Einstellungsverfahren.

- Die Möglichkeit einer horizontalen Karriereplanung ist unbedingt vorzusehen und die entsprechenden normativen Rahmenbedingungen sind dafür zu schaffen. Die derzeitigen Möglichkeiten sind für eine professionelle und langfristige Karriereplanung sehr begrenzt und nicht ausreichend.
- Im Rahmen der Karriereplanung und der Kompetenzentwicklung sind die Möglichkeiten zu schaffen, dass die MitarbeiterInnen zwischen den verschiedenen Strukturen rotieren. Im Rahmen der Personalentwicklung soll dies aktiv gefördert, aber auch eingefordert werden. Auch hier gilt es die entsprechenden vertraglichen Rahmenbedingungen zu schaffen.
- Ein Programm für die Nachwuchsführungskräfteentwicklung ist in die Wege zu leiten und die angehende Führungskräfte sind entsprechend auszubilden und zu begleiten im Rahmen professioneller Schulungen.
- Im Rahmen der Karriereplanung und der Berufslaufbahn sind verstärkt Maßnahmen in die Wege zu leiten für ältere MitarbeiterInnen, nicht zuletzt auch die Vorbereitung für den Eintritt in den Ruhestand.
- Maßnahmen zur Personalentwicklung und Erhaltung der Arbeitsmotivation über das gesamte Arbeitsleben aller Berufsgruppen, auch durch Verstärkung der Forschungs- und Weiterbildungstätigkeiten.
- Aufgrund der besonderen lokalen Gegebenheiten sind auch entsprechende Ausstiegsszenarien für Führungskräfte vorzusehen bzw. eine fließende Übergabe, z.B. im Rahmen eines Mentorings, vorzusehen.
- Die Möglichkeit von Sprachkursen für Praktikanten, Famulanten usw. im Rahmen der Ausbildungszeit sollte vorgesehen werden

Die Implementierung des Masterplans von 2017 – 2019 mit obgenannten Inhalten erfolgt schrittweise in den drei Jahren 2017 - 2019

Erwartetes Ergebnis

Ausarbeitung des Masterplanes und Definition des Umsetzungsplanes 2017 – 2019 bis zum 31.12.2017

Indikatoren

- Bis zum 30.06.2017 ist die Ausarbeitung des Masterplan erfolgt.
- Bis zum 30.09.2017 ist der Masterplans konzertiert und mit Beschluss der Betriebsdirektion genehmigt.
- Bis zum 31.12.2017 ist der Umsetzungsplan 2017-2019 definiert.
- Die jeweiligen Umsetzungsschritte sind bis zum 31.12.2017; bis zum 31.12.2018 und bis zum 31.12.2019 implementiert.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Direktor der Personalabteilung

10. Forschung

10.1. Klinische Forschung im Südtiroler Sanitätsbetrieb

10.1.1. Errichtung eines klinischen Forschungszentrums im Südtiroler Sanitätsbetrieb

Mit Beschluß des Generaldirektors Nr. 266 vom 26.07.2016 wurde ein klinisches Forschungszentrum im Sanitätsbetrieb errichtet um im gesamten Sanitätsbetrieb die Prävention und die klinische Forschung auszubauen und zu koordinieren, die bereits im Sanitätsbetrieb existierenden Forschungsprojekte zu koordinieren und die Forschung und Innovation als kontinuierliche, systematische Tätigkeit des Betriebes zu etablieren. (siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020, Kapitel 1)

Erwartetes Ergebnis

2017: Inizio attività

2018 - 2019: Consolidamento attività

Indikatoren

- Beauftragung des Verantwortlichen innerhalb 31.3.2017
- Tätigkeitsbeginn mit 1.7.2017 oder früher sofern möglich (Kündigungsfrist der Kandidaten)

Verantwortliche/r für das Verfahren

Sanitätsdirektion

11. Wirtschaftliche Auflagen

11.1. Rationalisierungsmaßnahmen

11.1.1. Neuverhandlung der Verträge für die Informatik

Es gibt auf Betriebsebene verschiedene Wartungsverträge, die sich teilweise bezirksübergreifend überschneiden. Im Rahmen der Rationalisierung und in Bezug auf die Vorgaben der Spending review strebt der Betrieb eine Vereinheitlichung und eine Neuverhandlung mit den Lieferanten an, um die Kosten zu reduzieren.

Erwartetes Ergebnis

- Vereinheitlichung und Neuverhandlung der ICT-Verträge

Indikatoren

- Neuverhandlung mit den ICT-Lieferanten und der Südtiroler Informatik AG innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Informatikabteilung

11.1.2. Neuverhandlung der Vereinbarung mit Federfarma (DPC)

Die vertragsgebundenen Apotheken sind aufgrund ihrer territorialen Kapillarität und Qualität der Dienste wichtig für das Landesgesundheitswesen. Um die Zusammenarbeit zwischen dem Sanitätsbetrieb und dem Netzwerk der vertragsgebundenen Apotheken weiter zu verbessern ist ein technisches Dokument für den Dreijahreszeitraum 2017-2019 geplant, in dem die Dienste der Apotheken für die Patienten/Innen verbessert werden und die aktuellen Vertragsbedingungen neuverhandelt werden. Das Dokument wird mit dem Assessorat besprochen und mit einem Beschluss genehmigt.

Erwartetes Ergebnis

Strategische Planung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den territorialen Apotheken 2017-2019

Indikatoren

Strategische Planung in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den territorialen Apotheken 2017-2019

- Neuverhandlung der aktuellen Verträge mit Federfarma (DPC) innerhalb 31.12.2017
- Neuverhandlung der aktuellen Verträge in Bezug auf die Rückvergütung FarmaCUP innerhalb und Einführung der neuen Software (ähnlich dem WEB DPC) und Verteilung der Heilbehelfe über die Verteilung in DPC, innerhalb 31.12.2017

Verantwortliche/r für das Verfahren

Generaldirektion

11.2. Passive Mobilität

11.2.1. Verbesserung der Angemessenheit der Überweisungen nach Innsbruck

Überprüfung durch die Verschreiber der Überweisungen an die Uniklinik Innsbruck. (Siehe Landesgesundheitsplan 2016 - 2020 Kapitel 9)

Erwartetes Ergebnis

Die Überweisungen für stationäre und ambulante Leistungen nach Innsbruck sollen unter dem finanziellen Aspekt reduziert werden. Dies besonders in den Bereichen wo das Angebot in den öffentlichen Krankenhäusern Südtirols angemessen ist.

Indikatoren

2017:

Zunahme der Überweisungen für Fälle mit hoher Komplexität und Abnahme der Fallzahlen mit niedriger Komplexität in Bezug auf die Tirol Kliniken.

2018:

Zunahme der Überweisungen für Fälle mit hoher Komplexität und Abnahme der Fallzahlen mit niedriger Komplexität in Bezug auf die Tirol Kliniken.

2019:

Zunahme der Überweisungen für Fälle mit hoher Komplexität und Abnahme der Fallzahlen mit niedriger Komplexität in Bezug auf die Tirol Kliniken.

Verantwortliche/r für das Verfahren

12. Zertifizierbarkeit der Bilanz

12.1. Buchhaltungsprozeduren

12.1.1. Analyse der Organisationsstruktur und der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren

2017: Analyse der Organisationsstruktur und der Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren mit Ermittlung der Bereiche, in denen Verbesserungen durchzuführen sind, sowie Festlegung der detaillierten Tätigkeiten.

Erstellung der Berichte betreffend die Arbeitsfortschritte.

Treffen der Koordinierungsgruppe zur Vorbereitung der Bilanzzertifizierung und Koordinierungstreffen des betrieblichen PMO (Project management office).

Erwartetes Ergebnis

2017:

- Die Organisationsstruktur und die Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren sind analysiert worden;
- Die Bereiche, in denen Verbesserungen durchzuführen sind und die entsprechenden Interventionstätigkeiten sind festgelegt worden;
- Ein guter Teil (3/4) der vom Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit vorgesehenen Buchhaltungs- und Verwaltungsprozeduren sind erstellt worden;
- Der Fortbildungsbedarf ist festgelegt und programmiert worden und die Fortbildungen sind angelaufen;
- Treffen der Koordinierungsgruppe Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit haben stattgefunden und über die Arbeitsfortschritte wurde berichtet.
- Das von der Landesregierung beschlossene Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit -Schema wurde analysiert, das detaillierte Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit -Schema des Sanitätsbetriebes ist definiert worden und dessen Umsetzung ist begonnen worden.

Indikatoren

2017:

- Das Dokument "Zu verbessernde Bereiche", das Dokument "Alternativlösungen der Neugestaltung" und der "Report Organisations-Benchmark" sind erstellt worden.
- Die Prozeduren sind aufgelistet und zugeordnet worden.
- Der Aktionsplan ist erstellt worden und der detaillierte Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes ist formalisiert worden.
- Die vom detaillierten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes für 2017 vorgesehenen Prozeduren sind formalisiert und umgesetzt worden.
- Das Dokument über den Fortbildungsbedarf ist erarbeitet worden und die Fortbildungsaktivitäten sind im Gange.
- Eventuelle für die Zertifizierbarkeit der Bilanzdaten für notwendig erachtete Änderungen des von der Landesregierung genehmigten PAC's sind dem Land (oder der strategischen Projektgruppe) mittels schriftlicher begründeter Anfragen mitgeteilt worden.
- Die periodischen Berichte über die Arbeitsfortschritte, welche der strategischen Projektgruppe vorzulegen sind, sind erstellt worden.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verantwortlicher des Bereichs „Wirtschaft und Finanzen“ zusammen mit dem betrieblichen PMO und der Stabstelle Qualität in der Betriebsdirektion

12.1.2. Fortführung bis zur vollständigen Umsetzung des PAC

Fortführung, bis zur vollständigen Umsetzung, des "percorso di certificabilità dei bilanci – PAC" und Fortführung der Fortbildungstätigkeiten.

Erstellung der Berichte über die Arbeitsfortschritte.

Treffen der Koordinierungsgruppe zur Vorbereitung der Bilanzzertifizierung und Koordinierungstreffen des betrieblichen PMO (Project management office).

Erwartetes Ergebnis

2018:

- Die vom detaillierten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit des Sanitätsbetriebes für 2018 vorgesehenen Prozeduren sind erstellt, formalisiert und umgesetzt worden.
- Nach Abschluss der Erstellung aller Prozeduren wird das Handbuch der Betriebsprozeduren erstellt und betriebsweit verteilt.
- Die Fortbildungstätigkeiten sind im Gange.
- Beginn der Überprüfung ob der Umsetzung und effektiven Anwendung der Prozeduren.
- Anpassung der Aktivitäten an die Verbesserungsvorschläge und an die im Zuge der Teilrevisionen sich ergebenden und als notwendig erachteten Korrekturen.
- Treffen der Koordinierungsgruppe Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit zum Zwecke der Überwachung der Arbeitsfortschritte.
- Eventuelle Änderungen des detaillierten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit's des Sanitätsbetriebes, welche für die Verifizierbarkeit der Bilanzdaten als notwendig betrachtet werden, jedoch keine Änderung des von der Landesregierung genehmigten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit benötigen, sind genehmigt.
- Eventuelle Änderungen des von der Landesregierung mit Beschluss genehmigten Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit, welche für die Verifizierbarkeit der Bilanzdaten als notwendig betrachtet werden, wurden dem Land (oder der strategischen Projektgruppe) mittels schriftlich begründeter Anfrage mitgeteilt.

2019:

- Anpassung der Aktivitäten an die Verbesserungsvorschläge und an die im Zuge der Teilrevisionen sich ergebenden und als notwendig erachteten Korrekturen.
- Abschluss der Überprüfung ob der Umsetzung und effektiven Anwendung der Prozeduren.
- Abschluss der Fortbildungstätigkeiten.
- Treffen der Koordinierungsgruppe Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit zum Zwecke der Überwachung der Arbeitsfortschritte bis zum Abschluss des Durchführungspfad der Zertifizierbarkeit.

Verantwortliche/r für das Verfahren

Verantwortlicher des Bereichs „Wirtschaft und Finanzen“ zusammen mit dem betrieblichen PMO (Project management office) und der Stabstelle Qualität in der Betriebsdirektion