

ANLAGE A

LANDESPLAN ZUR VERWALTUNG DER WARTELISTEN 2019-2021

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. Abkürzungen	5
3. Fachärztliche ambulante Leistungen.....	6
3.1. Erstzugangsleistung.....	6
3.2. Folgezugangsleistung	6
3.3. Höchstwartezeit pro Prioritätsklasse	7
3.4. Begründetheit und Angemessenheit der Verschreibungen.....	7
3.5. Organisatorische Angemessenheit.....	8
3.6. Handhabung der Vormerkkalender	9
3.7. Unterbliebene Absage der fachärztlichen ambulanten Leistungen.....	9
3.8. Aufhebung der Vormerk- und Erbringungstätigkeit.....	9
4. Programmierte Aufenthalte und diagnostisch- therapeutische Betreuungspfade	10
4.1. Die Wartelisten im Rahmen der stationären Versorgung.....	10
4.2. Die diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfade	11
5. Leistungsangebot	13
5.1. Planung des institutionellen Angebotes.....	13
5.2. Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots von ambulanten Leistungen.....	13
5.3. Integration und Entwicklung von Synergien mit Privatanbietern	14
5.4. Verstärkung der Grundversorgung.....	14
5.5. Konventionen mit akkreditierten Privateinrichtungen	14
5.6. Freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit.....	15
5.7. Konventionen mit zahlenden Rechtspersonen	15
5.8. Ankauf zusätzlicher Leistungen	16
5.9. Schutzpfade	16
5.10. Maschinenpark.....	16
6. Vormerkkanäle für die ambulanten fachärztlichen Leistungen.....	18
6.1. Einheitliche Landesvormerkungsstelle.....	18
6.2. Vormerkung bei der Verschreibung	18
6.3. Grundversorgung.....	18
6.4. Operative Einheiten des Sanitätsbetriebes.....	18
6.5. Andere institutionelle Vormerkkanäle	19
6.5.1. Online Vormerkung	19
6.5.2. App mobile	19
6.5.3. Kanal für virtuelle Vormerkungen (chatbot)	19
6.5.4. Multifunktionale Schalter.....	19
6.6. Territoriale Apotheken	19

6.7.	Recall-/Reminder-System.....	19
7.	Überwachung	20
7.1.	Gegenstand der Überwachung.....	20
7.2.	Ambulante Leistungen	20
7.2.1.	Art der Überwachung.....	20
7.2.2.	Garantiebereich.....	21
7.2.3.	Überwachung ex ante	21
7.2.4.	Überwachung ex post.....	21
7.3.	Aufenthaltsleistungen	21
7.3.1.	Art der Überwachung.....	21
7.3.2.	Veröffentlichung der Wartezeiten	22
7.4.	Überwachung der Aufhebung von Erbringungstätigkeiten.....	22
7.5.	Überwachung der PDTA	22
7.6.	Überwachung ex ante der FIT-Leistungen.....	22
7.7.	Überwachung der Webseiten	22
7.8.	Konkordanzbewertung.....	23

1. Einführung

Das Phänomen der Wartezeiten ist in fast allen OCSE-Staaten präsent und betrifft nahezu alle fachärztlichen Bereiche. Ein gutes Gleichgewicht zwischen Nachfrage, Angebot, Erwartungen der Bevölkerung und den verfügbaren Mitteln zu finden, ist eine äußerst vielschichtige Herausforderung und stellt für die Gesundheitssysteme ein eher komplexes Ziel der Strategiepolitik dar.

Dieses Phänomen hat für die Organisation des Landesgesundheitsdiensts (LGD) eine besondere Wichtigkeit, da die Gewährleistung medizinischer Leistungen für jeden Bürger, die unter Wahrung seiner Rechte angemessen und seinen Gesundheitsbedürfnissen entsprechend sein müssen, die Gewährleistung des Gesundheitsschutzes und des Prinzips gleicher Zugang zu den Leistungen für alle das vorrangige Ziel sind.

Von daher ist es grundlegend, dieses Recht des Bürgers mit angemessenen Strategien zur Verwaltungen der Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu verbinden, die den tatsächlichen Gesundheitsbedarf der Bevölkerung erfassen, die Unangemessenheit vermindern und die verfügbaren Mittel mit der Sicherstellung der wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) in Einklang bringen müssen.

Diese Strategien können auch mit einer genauen und konstanten Überwachung der Wartezeiten erreicht werden.

Die Verwaltung der Wartelisten muss daher fünf große Eingriffsbereiche bewältigen:

- die Nachfrage nach Leistungen
- das Betreuungsangebot
- die organisatorische Angemessenheit und die Angemessenheit der Verschreibung
- die Systeme für die Verschreibung, die Vormerkung und die Erbringung der Leistungen
- die Überwachung der Wartezeiten.

Unter den verschiedenen Faktoren, die zum Fortbestehen starker Unterschiede zwischen der Nachfrage (anwachsend) und dem Angebot (nicht immer angemessen) von Leistungen beitragen, sei auf die steigende Aufmerksamkeit, die die Bürger auf ihre Gesundheit richten, der Mangel an ärztlichem Personal und technischem Pflegepersonal auf dem Markt und organisatorische Defizite hingewiesen, die eine vollständige Ausnutzung der verfügbaren Mittel behindern.

Der LGD gewährleistet eine adäquate und konstante Weiterbildung der Ärzte über die Angemessenheit sowie eine ständige Information der Bürger mit dem Ziel ihre Verhaltensweise bei der gesundheitlichen Nachfrage zu sensibilisieren.

Eine optimale Verwaltung der Wartezeiten ist zudem stark an die Maßnahmen der Informatisierung der Schritte Verschreibung-Vormerkung-Erbringung-Dokumentation gekoppelt, bis hin zur digitalen Wiedergabe der genannten Dokumente.

Somit sind Kernpunkte des Landesplanes zur Steuerung der Vormerkzeiten 2019-2021:

- Die Vervollständigung des Verfahrens zur Neuordnung der Vormerkdienste durch die Bildung einer Einheitlichen Landesvormerkungsstelle
- die Informatisierung des Zyklus Verschreibung-Vormerkung-Erbringung-Dokumentation

- die Förderung von Initiativen, die auf die Verbesserung der Verschreibungsangemessenheit und auf ein besseres Zusammenwirken der Grundversorgung mit der fachärztlichen Betreuung ausgerichtet sind
- der systematische Gebrauch der Prioritätsklassen für die Verschreibung ambulanter Leistungen beim Erstzugang und bei planmäßigen Aufenthalten
- die Umsetzung der diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade in den Bereichen Herzgefäß-Erkrankungen und Onkologie
- die Programmierung der Leistungsvolumen von Seiten der Leistungserbringer
- die Gewährleistung der Transparenz im Planungszyklus der ambulanten Leistungen, der programmierten Aufenthalte, der Überwachung der vorgemerkten Leistungen, der Verwaltung der Wartelisten und der Erbringung der vom LGD angebotenen Leistungen.

2. Abkürzungen

AAM/ÄAM: Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin

ELVS: Einheitliche Landesvormerkungsstelle

FIT: innerbetriebliche freiberufliche Tätigkeit

HGW: Homogene Gruppierung von Wartezeiten

HTA: Health Technology Assessment

KEB: Krankenhausentlassungsbogen

KFW: Kinderarzt freier Wahl bzw. Kinderärzte freier Wahl

LGD: Landesgesundheitsdienst

LGP: Landesgesundheitsplan 2016-2020

LkVL: Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen

PDTA (ital.) PDTA: Diagnostisch-therapeutischer Betreuungspfad (Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale)

PNGLA (ital.) PNGLA: gesamtstaatlicher Plan zur Verwaltung der Wartelisten für das Triennium 2019-2021 (Piano Nazionale di Governo delle liste di Attesa per il triennio (2019-2021))

POA (ital.) POA: Jahrestätigkeitsprogramm (Programma Operativo Annuale)

VGM: Vernetzte Gruppenmedizin

WBS: wesentliche Betreuungsstandards

Anmerkung: Für eine bessere Lesbarkeit wird auf den gleichzeitigen Gebrauch der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Die Substantive, die sich auf Personen beziehen, sind daher beiden Geschlechtern zuzuordnen.

3. Fachärztliche ambulante Leistungen

Es ist wichtig, auf Verschreibungs-, Vormerk- und Erbringungsebene die Erstzugangsleistungen, für die die Höchstwartezeiten eingehalten werden müssen, von den Nachfolgeleistungen zu unterscheiden, für die dies nicht vorgesehen ist, da der Patient bereits vom behandelnden Arzt übernommen wurde.

3.1. Erstzugangsleistung

Die fachärztlichen Erstvisiten und der Erstzugang zu diagnostisch instrumentellen Leistungen müssen zu deren Festlegung in eine der drei unten stehenden Kategorien fallen:

1. das klinische Problem eines Patienten wird zum ersten Mal innerhalb des LGD in Angriff genommen
2. vertiefende eingehende Visite oder Leistung, welche von einem Facharzt erbracht wird, der nicht der erste Betreuer ist (und von demselben angefordert wurde)
3. ein chronisch-kranker Patient, der dem Gesundheitsdienst bereits bekannt ist, hat ein neues klinisches Problem, das nicht in Zusammenhang mit der bereits festgestellten Krankheit steht.

In allen drei Fällen schließt der diagnostische Pfad mit der Ausfertigung der erforderlichen klinische Dokumentation und eventuell dem diagnostisch-therapeutischer Plan ab.

3.2. Folgezugangsleistung

Unter der Kontrollvisite oder der diagnostischen instrumentellen Folgeleistung wird eine nach der ersten diagnostischen Einstufung erfolgte Leistung verstanden und muss zu deren Festlegung in eine der unten stehenden Kategorien fallen:

1. Leistungen die darauf abzielen, den zeitlichen Verlauf der chronischen Erkrankungen zu verfolgen, um das mögliche Auftreten von Komplikationen zu beurteilen, die Stabilisierung der Krankheit oder die Stabilisierung nach einem erfolgreichen Eingriff zu überprüfen, unabhängig von der zum ersten Zugang verstrichenen Zeit
2. Leistungen, die an bekannten chronisch kranken Patienten erbracht werden, welche ein neues Gesundheitsproblem in Bezug auf die Krankheit aufweisen, für welche sie vom Gesundheitsdienst bereits übernommen sind, oder deren Zustand sich verschlimmert
3. Leistungen, die der ersten diagnostischen Einstufung folgen und/oder vom Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin (AAM) oder Kinderarzt freier Wahl (KFW) programmiert werden, der den Patienten übernommen hat
4. von der selben operativen Einheit, welche die Erstvisite durchgeführt hat, geforderte und erbrachte Leistung zur Vervollständigung des diagnostischen Ablaufs,
5. Follow-up (kontinuierliche oder periodisch programmierte Nachsorge)
6. Leistungen für die etwaige Bestätigung der Ticketbefreiung aufgrund einer Pathologie
7. Neubewertung der Therapiepläne. Insofern möglich, sollte die Neubewertung des Therapieplanes mittels Fernkommunikationstechniken erfolgen und dieser in digitalisierter Form den Patienten mitgeteilt werden. Wenn die Präsenz des

Patienten erforderlich ist, sollte die Neubewertung mit der Kontrollvisite übereinstimmen.

Auch in diesen Fällen wird die Visite mit der Aktualisierung oder der Bestätigung des diagnostisch-therapeutischen Plans abgeschlossen.

3.3. Höchstwartezeit pro Prioritätsklasse

Die Prioritätsklasse ist ausschließlich allen ambulanten Leistungen beim Erstzugang zuzuschreiben.

Folgende Prioritätsklassen und Höchstwartezeiten sind vorgesehen:

- U (Dringend), in kürzest möglicher Zeit, jedoch innerhalb von 24 Stunden, durchzuführen
- B (Prioritär) innerhalb von 10 Tagen durchzuführen
- D (Aufschiebbar), innerhalb von 30 Tagen für Visiten oder 60 Tagen für diagnostisch-instrumentelle Untersuchungen durchzuführen
- P (Programmiert), Leistungen, die für einen längeren Zeitraum programmiert werden können, da sie die Prognosen nicht beeinflussen und keine Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen verursachen. Sie müssen über der Höchstzeit für die entsprechende aufschiebbare Leistung (D) und ab dem 1.1.2020 auf jeden Fall innerhalb von 120 Tagen ausgeführt werden.

Die für die Prioritätsklasse festgelegte Höchstwartezeit beginnt mit dem Datum der Vormerkung.

Um die Einhaltung der Höchstwartezeit zu sichern, mit besonderem Augenmerk auf die Prioritätsklasse B (Prioritär), muss die verschriebene Leistung vom Betroffenen in kürzest möglicher Zeit und, sofern möglich, gleichzeitig mit der Aushändigung der Verschreibung vorgemerkt werden.

Die Verschreibungen U (Dringend) haben ohne Vormerkung direkten Zugang zur erbringenden Einrichtung; dies wird von einer nachfolgenden Landesmaßnahme reglementiert.

3.4. Begründetheit und Angemessenheit der Verschreibungen

Eine begründete Verschreibung ist für die korrekte Erbringung der WBS von außerordentlicher Bedeutung. Der Verschreibungsvorgang darf daher vom ärztlichen Personal nicht als ein bloßer bürokratischer Akt angesehen werden, sondern als ein wahrer Gesundheitsvorgang, der in dessen direkter Verantwortung liegt.

Um eine Gesundheitsleistung vorzumerken ist die korrekt ausgefüllte ärztliche Verschreibung Pflicht. Eine Ausnahme bilden die Leistungen mit Direktzugang die von einer nachfolgenden Landesmaßnahme reglementiert werden.

Alle Ärzte müssen in der Verschreibung Folgendes verpflichtend angeben:

- die diagnostische Fragestellung oder den diagnostischen Verdacht, welche den Leistungsantrag begründen
- die Prioritätsklasse für die Erstvisiten und Erstzugänge zu diagnostisch-therapeutischen Leistungen
- den Leistungskodex und die Beschreibung der Leistung, wie im Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen (LkVL) vorgesehen

- die Zugangsart, um anzugeben, ob es sich um einen Erstzugang oder Folgezugang handelt, außer wenn nicht bereits ausdrücklich spezifiziert. Dies gilt für die überwachten Leistungen, für welche im Feld „Zugangstyp“ des LkVLs die Variable „X“ angegeben ist.

Für die Folgezugänge ist die Angabe eines Zeitraums vorgesehen, innerhalb dessen die Leistung erbracht werden muss.

Falls die Prioritätsklasse auf dem roten Rezept, wo diese nicht durch das digitalisierte Rezept ersetzt ist, nicht explizit angegeben wird, wird die verschriebene Leistung als Leistung Typ P (Programmiert) eingestuft, in der Annahme, dass der verschreibende Arzt keinen klinischen Grund für die Erbringung der angeforderten Leistung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sieht.

Im Rahmen der Verschreibungsangemessenheit ist die Anwendung des Modells „homogene Gruppierung von Wartezeiten“ (HGW) von besonderer Wichtigkeit. Es handelt sich um ein Modell zur Verwaltung von ambulanten fachärztlichen Leistungen beim Erstzugang. Dieses Modell, das Fachärzte bei der Verschreibungsabwicklung leitet, fördert eine korrekte und angemessene Zuweisung der Prioritätsklasse gemäß des realen Gesundheitsbedarfs des Patienten.

Die Maßnahmen zur Verschreibungsangemessenheit betreffen folgende Gesichtspunkte:

- stete Aktualisierung der bestehenden HGW-Protokolle und gegebenenfalls die Festlegung neuer Protokolle für fachärztlichen Leistungen mit langen Wartezeiten in enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen beteiligten Fachärzten
- Festlegung und Aktualisierung der PDTA
- Anwendung aller Maßnahmen, die für die digitale Implementierung der HGW-Protokolle und PDTA in die Verschreibungssoftware notwendig sind
- Überprüfung der Übereinstimmung der Anfrage nach medizinischen Leistungen im Sinne einer folgerichtigen Ausfüllung der Prioritätsklasse mit den Angaben, die in den HGW-Protokollen festgelegt sind, und der Ermittlung von Verschreibern mit den meisten unangemessenen Verschreibungen
- Bewertung der Übereinstimmung, für den gleichen klinischen Fall, der vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Prioritätsklasse und der vom Facharzt zugewiesenen (Übereinstimmungsanalyse mittels Stichproben)
- Überprüfung der Übereinstimmung der Anfragen nach medizinischen Leistungen mit den in den PDTA vorgesehenen und festgelegten Angaben.

3.5. Organisatorische Angemessenheit

Die Maßnahmen zur organisatorischen Angemessenheit müssen folgende Aspekte umfassen:

- Rationalisierung des Angebots, Trennung und Planung des institutionellen und freiberuflichen Angebots
- Gliederung des Angebots nach Zugangstypen

- Definition von betrieblichen Vormerkstandards nach Fachbereichen, um die Zugangsmodalitäten für die Vormerkung und die Erbringungsmodalitäten zu harmonisieren
- Sicherstellung, dass die Vormerkungen von Kontrollvisiten und Folgezugängen, vom Erbringerdienst direkt Verschrieben und vorgemerkt werden

3.6. Handhabung der Vormerkkalender

Der Sanitätsbetrieb verwaltet alle Vormerkkalender, indem ein integriertes Netz von Vormerkdiensten geschaffen wird, das Folgendes zum Ziel hat:

- eine angemessene Verteilung der Anfragen nach medizinischen Leistungen und ein angemessenes Angebot für den Zugang zu ihnen
- eine optimale Verwaltung der Vormerkmechanismen mit dem Ziel, die Kalender weitestgehend zu füllen, auch mittels der „Deckungs“-Regel, wonach die für eine bestimmte Leistung und / oder Prioritätsklasse angebotenen Slots (Leerstellen), die nicht wie vorgesehen innerhalb einer vorgegebenen Zeitspanne besetzt sind, mit andersartigen Leistungen und/oder Prioritätsklassen besetzt werden
- ausreichende Kapazität zur Überwachung des Vormerkangebotes und der Nachfrage, um die Aktivitäten der verschiedenen Abteilungen und Dienste optimal zu planen
- den Versuch, größtmögliche Transparenz bei der Erbringung von medizinischen Leistungen herzustellen, sowohl gegenüber den Kontrollorganen als auch gegenüber der Bevölkerung.

Zur Erreichung dieser Ziele müssen alle Vormerkkalender auf einer einzigen Plattform des Sanitätsbetriebes digitalisiert verwaltet werden. Hierfür muss das informatische Verwaltungssystem der Vormerkkalender (CUPWEB), was sowohl öffentliche als auch private vertragsgebundene Einrichtungen betrifft, verwendet werden.

3.7. Unterbliebene Absage der fachärztlichen ambulanten Leistungen

Falls die Person, die eine fachärztliche ambulante Leistung vorgemerkt hat und den Termin nicht einhalten will oder kann, ist nach den geltenden Bestimmungen verpflichtet, ihn abzusagen, ansonsten wird eine verwaltungsrechtliche Sanktion verhängt.

Die Sanktion wird auch dann angewandt, wenn der Bürger von der Beteiligung an den medizinischen Kosten aufgrund seines Einkommens, Alters, Krankheit befreit ist.

3.8. Aufhebung der Vormerk- und Erbringungstätigkeit

Die programmierte Aufhebung der Vormerk- und Erbringungstätigkeit ist in der Regel verboten. Der Sanitätsbetrieb legt Richtlinien über die Aussetzung der Tätigkeit fest und garantiert deren Einhaltung.

4. Programmierte Aufenthalte und diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade

4.1. Die Wartelisten im Rahmen der stationären Versorgung

Auch für die bei einem stationären Aufenthalt erbrachten Leistungen werden Wartelisten festgelegt, welche nach Kriterien der Betreuungsangemessenheit und der Prioritätsklasse erstellt werden.

Für programmierte Aufnahmen, die von öffentlichen und privaten vertragsgebundenen Einrichtungen erbracht werden, wendet das Land folgende Prioritätsklassen an, die verpflichtend im Krankenhausentlassungsbogen (KEB), angegeben werden müssen. Ziel dieses Planes ist eine angemessene Behandlung der in den Wartelisten eingeführten Patienten.

Vorrangige Ziele des Sanitätsbetriebes sind daher:

1. die systematische Anwendung folgender Prioritätsklassen in der Programmierung der Aufnahmen:

Prioritätsklasse für stationäre Aufnahmen	Angaben
A	Aufnahme innerhalb von 30 Tagen für klinische Fälle, die sich möglicherweise schnell verschlechtern können oder zum Notfall werden oder äußerst nachteilig für die Prognose sind
B	Aufnahme innerhalb von 60 Tagen für klinische Fälle, die starke Schmerzen oder schwere Funktionsstörungen oder schwere Behinderungen aufzeigen, die aber nicht dazu neigen, schnell auszubrechen noch durch die Wartezeit sich schwer nachteilig für die Prognose auszuwirken.
C	Aufnahme innerhalb von 180 Tagen für klinische Fälle, die geringe Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen aufzeigen und nicht dazu neigen, sich zu erschweren noch durch die Wartezeit sich schwer nachteilig für die Prognose auszuwirken.
D	Aufnahme ohne festgelegte Höchstwartezeit für klinische Fälle, die keine Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen verursachen. Diese Fälle müssen dennoch innerhalb von 12 Monaten durchgeführt werden.

2. die Vereinheitlichung der Kriterien für die Angabe der Prioritätsklassen

3. die Einführung eventueller zusätzlicher Kriterien für eine spezifische Schichtung der Prioritätsklassen für Krankheiten mit großer Verbreitung oder mit besorgniserregender Relevanz
4. die Anwendung eines einheitlichen Organisationsmodells auf Landesebene zur Verwaltung der Wartelisten, damit es dem Patienten und dem Personal jederzeit möglich ist, die Position in der Liste und das Datum der programmierten Aufnahme zu kennen.

Hierzu ist es notwendig, dass das Land Leitlinien für die verschiedenen Betreuungssettings definiert, welche auch das „Week Hospital“¹ (ärztlich und chirurgisch, ordentliche kurze Aufnahme innerhalb von 48 bzw. 72 Stunden), Tagesklinik (Day Hospital² und Day Surgery³/one day Surgery⁴) sowie die komplexe ambulante Betreuung (ärztliches und chirurgisches Day Service und ambulante Chirurgie) umfassen und eine Alternative zur ordentlichen Aufnahme sind. Die Allokation der stationären Leistungen muss, wie vom geltenden Landesgesundheitsplan 2016-2020 (LGP) vorgesehen, auch das integrierte Modell der vernetzten Krankenhäuser sowie das Modell „ein Krankenhaus-zwei Standorte“ berücksichtigen.

Der Sanitätsbetrieb sorgt außerdem für:

- die Festlegung transparenter Richtlinien zur Überwachung der Einhaltung der angegebenen Prioritätsklassen
- die Informatisierung der Wartelisten, welche auch bekanntgegeben werden müssen, als Garantie der Transparenz
- eine stufenweise Zentralisierung der Wartelisten bei den ärztlichen Krankenhausdirektionen.

All dies, um die Organisation der Wartelisten sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Betriebssebene zu verbessern, die Effizienz der Nutzung der Operationssäle in den bestehenden Krankenhäusern zu fördern und eine angemessene Verteilung der Betten in den verschiedenen Fachbereichen zu gewährleisten.

Die ambulanten komplexen Leistungen, welche in Day Service⁵ erbracht werden, sind zur Anwendung der Prioritätsklassen den stationären Leistungen gleichgestellt.

4.2. Die diagnostisch- therapeutischen Betreuungspfade

In Anbetracht der sanitären und sozialen Relevanz der chronischen Krankheiten ist es von großer Bedeutung, Aufmerksamkeit und Priorität der Definition der entsprechenden PDTA

¹ Week Hospital (ärztlich und chirurgisch): Betreuungs- und Organisationsmodell bei stationären Krankenhausaufenthalten für chirurgische Eingriffe mit hoher oder mittlerer Komplexität und/oder zur Durchführung von diagnostisch-therapeutischen Prozeduren mit einem Aufenthalt von höchstens 5 Tagen;

² Day Hospital: (auf Deutsch Tagesklinik) es handelt sich um eine organisatorische Form der Krankenhausbetreuung, welche dem Patienten es gestattet, nur für die notwendige Zeit (normalerweise halbtägig bzw. ganztags) zur Durchführung von Therapien, Untersuchungen und Visiten in der Einrichtung zu bleiben)

³ Day Surgery: Es handelt sich um Eingriffe oder andere diagnostisch- therapeutische Prozeduren in Teil- bzw. Vollnarkose, welche keine Krankenhausübernachtung erfordern

⁴ One Day Surgery: Der chirurgische Eingriff erfordert eine Krankenhausübernachtung

⁵ Day Service: es handelt sich um ein Modell in der fachärztlichen ambulanten Betreuung zur Behandlung klinischer komplexer Fälle durch Visiten, diagnostische Untersuchungen und Therapien, die unterschiedlichen Fachkräfte einbeziehen und die Patientenübernahme fördert

zu widmen. Die Behandlung von neoplastischen Krankheiten entwickelt sich nach PDTA, welche ein gegliederter und koordinierter Ablauf von stationären, ambulanten und territorialen Leistungen sind und bei denen die integrierte Beteiligung verschiedener Fachärzte und Fachkräfte, die Anwendung einer wohnortnahen Versorgung, von innovativen Technologien wie etwa Telemedizin, Fernberatungen, sowie die aktive Einbeziehung des Patienten und seines Care-Givers⁶ in dem Betreuungsprozess erforderlich ist.

Zu diesem Zweck erweist sich als besonders wichtig:

- die Entwicklung von territorialen Betreuungsnetzen
- die Einbeziehung der ÄAM in der Betreuungskontinuität
- die Integration Krankenhaus-Territorium
- die Verstärkung der Palliativversorgung.

Bei der Festlegung der Überwachungs- und Bewertungsmethodik werden jene PDTA berücksichtigt, für die dokumentierte Leitlinien verfügbar sind und die zur Einführung in das „Neue Garantiesystem“ (ital. Nuovo Sistema di Garanzia) zur Sicherstellung der WBS erprobt wurden.

Danach werden die PDTA für die wichtigsten chronischen Krankheiten mit höherem Betreuungsaufwand (Diabetes, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, rheumatische Krankheiten) ausgearbeitet, wie vom Chronic Care Masterplan 2018-2020 vorgesehen.

PDTA, welche die Einbeziehung mehrerer Institutionen und Einrichtungen (Sanitätsbetrieb, ÄAM/KFW, Soziales, Patientenvereinigungen) vorsehen, werden von der Landesregierung genehmigt. Es werden hingegen vom Sanitätsbetrieb jene PDTA genehmigt, welche ausschließlich seine Dienste und seine operativen Einheiten betreffen.

⁶ Caregiver (Pflegeperson): Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen

5. Leistungsangebot

5.1. Planung des institutionellen Angebotes

Im Rahmen des institutionellen Angebots der von öffentlichen und konventionierten privaten Anbietern erbrachten Leistungen sieht das Land vor, dass die Planung von ambulanten fachärztlichen Leistungen und solchen von programmierten Aufenthalten sowie die für jede Prioritätsklasse vorgesehenen relativen Wartezeiten einen WBS darstellen, den der Sanitätsbetrieb garantieren muss, indem er die verschiedenen Versorgungsstellen strukturiert, die in seinen oder in vertragsgebundenen Einrichtungen vorgesehen sind.

Voraussetzung für die Planung der Leistungsangebote ist die Auflistung der Einrichtungen und Versorgungsstellen, die bei öffentlichen Einrichtungen akkreditiert und bei privaten Anbietern sowohl akkreditiert als auch vertragsgebunden sein müssen. Die Programmierung der Leistungen erfolgt durch Kriterien, die sich am gleichen Zugang, an der Qualität und Sicherheit, Transparenz, an der Angemessenheit und wirtschaftlichen wie organisatorischen Nachhaltigkeit orientieren. Die Zuteilung der Leistungen für einen stationären Aufenthalt in die verschiedenen Einrichtungen muss das integrierte Modell der vernetzten Krankenhäuser sowie das Modell „ein Krankenhaus - zwei Standorte“, wie vom geltenden LGP und vom Ministerialdekret 70/2015 zu den Krankenhausstandards, berücksichtigen.

Der Sanitätsbetrieb erarbeitet den jährlichen Produktionsplan der öffentlichen und privaten akkreditierten vertragsgebundenen Einrichtungen, der jährlich dem Jahrestätigkeitsprogramm (POA) angehängt wird. Der Produktionsplan muss folgendes beinhalten:

1. die Sitze, in denen die Leistungen erbracht werden, oder die privaten Erbringer
2. die Art und der geschätzte Umfang der Leistungen
3. die geschätzte Kostenobergrenze oder auf jeden Fall den erwarteten Produktionswert.

Im jährlichen Haushaltsplan erstellt der Sanitätsbetrieb eine Nachprüfung der wirtschaftlich-finanziellen Deckungen.

Darüber hinaus ermittelt und bewertet der Sanitätsbetrieb die organisatorischen Auswirkungen auf die Versorgungseinrichtungen und die notwendige Neuordnung derselben, um tendenziell die Gewährung der Wartezeiten einzuhalten.

5.2. Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots von ambulanten Leistungen

Es werden Maßnahmen wie zum Beispiel die Ausdehnung der Zeiten, die Art der Benutzung der Einrichtungen und der medizintechnischen Geräte ergriffen, um das Angebot an ambulanten Leistungen zu erhöhen und zu optimieren, wobei dies besonders die medizintechnischen Großgeräte zur klinischen Bildgebung und die Technologien zur funktionalen Diagnostik betrifft. Der Sanitätsbetrieb veranlasst die Einführung von innovativen technischen und organisatorischen Maßnahmen, welche zur vollständigen Implementierung des Ablaufs des digitalen Rezepts, zur Anwendung von Health

Technology Assessment (HTA) und zur Einführung von Telemedizin und Home Care notwendig sind.

5.3. Integration und Entwicklung von Synergien mit Privatanbietern

Um das Angebot an fachärztlichen Dienstleistungen zu optimieren, werden Maßnahmen unterstützt, die die Integration und Entwicklung von Synergien mit der medizinischen Grundversorgung, mit dem privatwirtschaftlichen und dem gemeinnützigen Sektor, mit sozialen Diensten und den freiwilligen Hilfsdiensten, mit dem Patienten und seiner Familie fördern. Diese Initiativen müssen die Verbesserung der Angemessenheit bei der Verschreibung und Organisation, die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin, eine sozio-sanitäre Integration sowie die Verantwortungsübernahme und aktive Beteiligung der Bürger zum Ziel haben.

5.4. Verstärkung der Grundversorgung

Zur Eindämmung der Wartezeiten ist es notwendig die Grundversorgung zu verstärken, nämlich durch:

- Verstärkung der "Initiativmedizin" durch die Zusammenarbeit und Vernetzung der ÄAM durch Vernetzte Gruppenmedizinen und Anwendung der zwischen sozialen und gesundheitlichen Diensten geteilten PDTA
- Schaffung auf Landesebene von sanitären und sozialen Betreuungszentren
- Inbetriebnahme von Anlaufstellen für Pflege und Betreuung zur Informationsbereitstellung, Bedarfsbewertung, Patientenübernahme sowie Zugang zu den Betreuungsdiensten der Pflegebedürftigen durch individuell angepasste Versorgungspläne
- die Errichtung von Dienstzentren auf dem Territorium zur Unterstützung der Tätigkeit der VGM
- Schaffung von Intermediärbetten für Leistungen und Tätigkeiten zur Pflege von noch nicht stabilisierten Patienten, welche keine Krankenhausbetreuung benötigen
- Errichtung von Ambulatorien zur Grundversorgung bei den Notaufnahmen
- die Unterstützung der Gruppenmedizin durch alle möglichen und vom Landeskollektivvertrag vorgesehen Formen der Zusammenarbeit.

5.5. Konventionen mit akkreditierten Privateinrichtungen

Im LGP ist die Sicherstellung der WBS dem Sanitätsbetrieb anvertraut. Der Beitrag des privatwirtschaftlichen profit und non-profit Sektors ist als Ergänzung und als Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes anzusehen.

Aus diesem Grund kann der Sanitätsbetrieb auch auf akkreditierte vertragsgebundene private Einrichtungen zurückgreifen, um die Wartezeiten zeitweise oder mittel- bis langfristig (systematisch) zu begrenzen, wobei Folgendes berücksichtigt werden sollte:

1. der Sanitätsbetrieb bewertet die Möglichkeit, sich für die Abgabe von Non-core- und nicht komplexe Leistungen an Dritte zu wenden, behält dem öffentlichen Gesundheitsdienst aber die Erbringung von Leistungen, welche aus organisatorischer Hinsicht und wegen der spezifischen Fachkompetenz strategisch sind

2. der Sanitätsbetrieb bewertet bei der Wahl der Auslagerung den auch zeitweisen Mangel an Gesundheitspersonal, die Probleme bei der Bereitstellung der geforderten Fachkompetenzen und gibt an, welche Leistungen an Dritte abgegeben werden können
3. der Ankauf von Leistungen kann auch auf Zeit erfolgen und bezieht sich auf Maßnahmen zur Steigerung der klinischen und organisatorischen Angemessenheit und auf die fortschreitende Entwicklung des Territoriums welche als prioritäres Ziel anzusehen sind.

Falls der Bedarf nicht von den bereits vertragsgebundenen Einrichtungen gedeckt ist, bewilligt das Land die Akkreditierung weiterer Einrichtungen.

Der Sanitätsbetrieb überwacht regelmäßig die an Dritte übergebenen Tätigkeiten und wertet die Auswirkung auf die Wartezeiten aus.

5.6. Freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit

Die freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit (FIT) stellt eine Angebotsergänzung dar. Sie ist kein Ersatz zu jenen Tätigkeiten, welche vom LGD erbracht werden, ist das Ergebnis einer freien Wahl des Patienten und geht vollständig zu seinen Kosten. Die in FIT erbrachten Leistungen müssen daher ebenfalls im öffentlichen System in Anspruch genommen werden können. Das Recht auf medizinische Gleichbehandlung der Patienten im freiberuflichen wie auch im öffentlichen System muss immer und in jedem Fall gewährleistet sein.

Auf jeden Fall, unbeschadet der durch den Sanitätsbetrieb festgelegten zeitlichen Begrenzungen, kann die FIT niemals als Leistungsumfang die Tätigkeiten, welche im institutionellen Regime erbracht werden, überschreiten, ansonsten erfolgt ihre Aussetzung. Der betriebliche Umsetzungsplan muss geeignete Mittel für eine konstante Überwachung der in FIT ausgeübten Tätigkeiten und spezifische Richtlinien für ein korrektes und ausgeglichenes Verhältnis zwischen institutioneller und freiberuflicher Tätigkeit enthalten. Falls von der Überwachung der Wartezeiten eine Überschreitung der auf Landesebene bereits festgelegten Höchstgrenzen resultiert, kann der Sanitätsbetrieb, unter Berücksichtigung der oben genannten Bedingungen und des tatsächlichen Umfangs der im Verhältnis zur institutionellen Tätigkeit ausgeübten freiberuflichen Tätigkeit, die Ausübung des Betriebes „FIT“ für die beteiligten Fachkräfte veranlassen, welche die Organisationseinheiten, die durch die Überschreitung der maximalen Wartezeiten gekennzeichnet, betreffen.

Die Aussetzung muss vorübergehend sein und mit der Planung der organisatorischen und strukturellen Instrumente einhergehen, welche erforderlich sind, um das System wieder ins Gleichgewicht zu bringen und um den Fachkräften das Recht auf Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit, und den Bürgern die Möglichkeit deren Inanspruchnahme, zu gewährleisten. Aus diesen Gründen, und in Anbetracht ihres außergewöhnlichen Charakters, kann die Aussetzung nicht länger als zwei Monate andauern und insgesamt nicht länger als sechs Monate pro Jahr ergriffen werden. Dem Sanitätsbetrieb wird die detaillierte Regelung überlassen, während das Land wiederum die Kontrollmodalitäten festlegt, um die ordnungsgemäße Ausübung der FIT zu gewährleisten.

5.7. Konventionen mit zahlenden Rechtspersonen

Nach den geltenden Bestimmungen kann der Sanitätsbetrieb Abkommen und/oder Vereinbarungen für den Ankauf von gesundheitlichen Leistungen abschließen, die von zahlenden Körperschaften, Gesellschaften und juristischen Personen nachgefragt werden. Die von den ärztlichen Führungskräften im Rahmen dieser Vereinbarungen ausgeübte Tätigkeit, für welche sie rückvergütet werden, ist als rein freiberuflich anzusehen.

Die erbrachten Leistungen ermöglichen die Verkürzung der Wartezeiten, gemäß den vom Sanitätsbetrieb selbst erstellten Programmen nach Anhörung der Teams der betreffenden operativen Einheiten.

Das Leistungsangebot muss sich an juristische Personen wenden, die anhand festgelegter Verwaltungsverfahren bestimmt werden. Die vom einzelnen Bürger nachgefragte Leistung kann nicht in diese Reihe aufgenommen werden (sog. „Selbstzahler“), da dies nicht voraussehbar und nicht programmierbar ist.

5.8. Ankauf zusätzlicher Leistungen

Zur Reduzierung der Wartelisten und in Anwendung des Art. 2, Abs. 1, Buchstabe c) des Abkommens zwischen Staat - Regionen und Autonome Provinzen aus dem Jahr 2010, kann der Sanitätsbetrieb von interessierten ärztlichen Teams die Erbringung von zusätzlichen Dienstleistungen, außerhalb der Dienstzeiten für die institutionelle Tätigkeit, in Anspruch nehmen. Die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen erfolgt aufgrund spezifischer vom Sanitätsbetrieb festgelegter Richtlinien

5.9. Schutzpfade

Für den Fall, dass die Wartezeiten für fachärztliche ambulante Leistungen nicht eingehalten werden, müssen „Schutzpfade“ ermittelt werden. Es handelt sich um alternative Zugänge, die in Südtirol bereits mit Artikel 34 des LG 7/2001 „Indirekte fachärztliche Betreuung“ eingeführt wurden und dem ortsansässigen Patienten ermöglichen, fachärztliche Erstvisiten und Erstzugänge zu diagnostischen-therapeutischen Leistungen bei einer zugelassenen, nicht mit dem LGD vertragsgebundenen privaten Einrichtung durchzuführen, die innerhalb der Höchstwartezeit sind, und eine Rückerstattung zu erhalten. Die entsprechenden Richtlinien und Modalitäten werden mit Beschluss der Landesregierung geregelt.

5.10. Maschinenpark

Die Produktivität wird auf Landesebene nach den Angaben des PNGLA und des Dokuments „Durchschnittliche Tätigkeitszeiten, Durchführungsmethode, Verzeichnis der territorialen ambulanten fachärztlichen Leistungen“ definiert, das von der „Società Italiana di Medicina Specialistica“ (S.I.M.S.), vom „Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (S.U.M.A.I.)“ und von der „Società Italiana di formazione permanente S.I.Fo.P.“ erstellt wurde.

In Bezug auf die instrumentellen Leistungen, die der nationalen Überwachung unterliegen, werden vom Sanitätsbetrieb systematisch kritische Situationen ermittelt, die den Technologiepark betreffen, und geeignete Analysen durchgeführt, um die einschränkenden Faktoren und möglichen Maßnahmen aufzuzeigen. Zur Durchführung dieser Analyse muss der Sanitätsbetrieb Ad-hoc-Instrumente verwenden, die vom Land zur Überwachung der Produktivität der verwendeten Geräte vorbereitet werden. Wenn die kritischen Probleme nicht durch organisatorische Eingriffe gelöst werden können

(Erhöhung der Leistungserbringungszeit, Erhöhung des Personalbestands), muss eine Erhöhung oder Modernisierung der technologischen Ausrüstung berücksichtigt und geplant werden, um die festgestellten Probleme zu beseitigen.

6. Vormerkkanäle für die ambulanten fachärztlichen Leistungen

Die Vormerkkanäle sind die wichtigsten Anlaufstellen der Bürger mit dem LGD und haben daher eine strategische Bedeutung.

Alle Vormerkkanäle müssen die Zufriedenheit des Bürgers, die Übereinstimmung mit einheitlichen Vormerkkriterien, unabhängig vom gewählten System, Dienstzugang von mehreren auf dem Territorium verteilten Stellen (wie etwa Apotheken, ÄAM/KFW, Schaltern) sowie die Selbstverwaltung der Vormerkung (Vormerkung, Verschiebung, Absage) gewährleisten).

6.1. Einheitliche Landesvormerkungsstelle

Der Sanitätsbetrieb gewährleistet die komplette Funktionsfähigkeit einer einheitlichen Landesvormerkungsstelle (ELVS), welches als organisatorische Betriebseinheit zu verstehen ist, die das gesamte Angebot von medizinischen Leistungen im Bezugsgebiet verwalten kann.

Es ist eine einzige Telefonnummer auf Landesebene für die Leistungsvormerkungen im institutionellen Betrieb und eine einzige für die Vormerkung von Privatvisiten vorgesehen, die von Fachärzten desselben Sanitätsbetriebes erbracht werden.

6.2. Vormerkung bei der Verschreibung

Die effektive Übernahme des Patienten zur Garantie des Zyklus Verschreibung-Vormerkung-Erbringung-Befundung muss durch die Entwicklung eines Organisationsmodells, mit differenzierten Lösungen für die Nutzer, gewährleistet werden. Dieses Modell muss sichern, dass die Vormerkung von ambulanten Leistungen zusammen mit ihrer Verschreibung erfolgt.

6.3. Grundversorgung

Der Zugang zu den ambulanten Leistungen für den Bürger kann auch mittels Vormerkung im Rahmen der Grundversorgung (AAM/KFW, VGM, Gruppenmedizin und Gesundheits- und Sozialzentren) nach einem organisatorischen Modell erfolgen, welches sowohl die Verschreibung wie auch die gleichzeitige Vormerkung der Leistungen, sowie auch deren nachfolgende Handhabung (Verschiebungen/Löschungen), vorsieht.

Falls der einzelne AAM/KFW es als notwendig erachtet, die Entwicklung des Krankheitsbildes und/oder der Krankheit, die „Compliance“ und/oder die Reaktionsfähigkeit des Patienten auf die pharmazeutische Therapie zu bewerten, bleibt die Verschreibung der Kontrollvisite Zuständigkeit dieses AAM/KFW.

6.4. Operative Einheiten des Sanitätsbetriebes

Der Sanitätsbetrieb sieht geeignete Modalitäten vor, damit die Leistungen von darauffolgenden Zugängen gleichzeitig mit der Verschreibung durch die fachärztliche Einrichtung vorgemerkt werden, ohne dass der Patient für die Verschreibung zum AAM/KFW zurückgeschickt wird. Zu diesem Zweck werden eigene Terminkalender für die Handhabung der Leistungen von darauffolgenden Zugängen und für die durch die Einrichtung direkt programmierten Zugänge eingerichtet, welche mit dem Vormerksystem integriert sind.

6.5. Andere institutionelle Vormerkkanäle

6.5.1. Online Vormerkung

Der Online-Vormerkkanal hat folgende Zugänge:

- Die institutionelle Internetseite des Südtiroler Sanitätsbetriebs
- Das Bürgerportal der öffentlichen Verwaltung der Provinz Bozen.

6.5.2. App mobile

Der Vormerkkanal über App ist ein institutioneller Kanal für die Vormerkung, Verwaltung und Bezahlung aller medizinischen Leistungen, einschließlich ambulanter fachärztlicher Leistungen, Impfungen und Screening.

6.5.3. Kanal für virtuelle Vormerkungen (chatbot)

Dieser Kanal richtet sich an sehr spezifische Zielgruppen (Generationen Y, Z und folgende) und erlaubt die Vormerkung, Änderung und Absage des Termins über virtuelle Assistenten.

6.5.4. Multifunktionale Schalter

Um den Zugang zu den vom Sanitätsbetrieb angebotenen Diensten zu erleichtern, müssen multifunktionale Kontaktstellen aktiviert werden, in denen verschiedene Dienste bereitgestellt werden können, wie etwa der Erhalt von Informationen, die Vormerkung, Absage oder Verschiebung eines Termins, die Zahlung einer gesundheitlichen Leistung bzw. einer Verwaltungsstrafe und die Ausgabe von Befunden.

6.6. Territoriale Apotheken

Das neue Apothekenmodell, die sogenannte „Dienstleistungsapothek“ soll dem Kunden ermöglichen, ambulante fachärztliche Leistungen vorzumerken und seine Vormerkungen in der Apotheke zu verwalten, sowie die Bezahlung und die Befundausgabe durchzuführen. Zu diesem Zweck schließt das Land ein entsprechendes Abkommen ab.

6.7. Recall-/Reminder-System

Der Sanitätsbetrieb aktiviert ein automatisiertes Recall-System für den Bürger, welches ihn an den bevorstehenden Termin erinnert und dadurch die Vormerkung bestätigt oder abgesagt werden kann. Dieses System erzielt das Phänomen des Drop-outs, das heißt das Nichterscheinen des Bürgers zu einer vorgemerkten Leistung einzudämmen und zu vermeiden, dass die von den geltenden Bestimmungen vorgesehenen Verwaltungsstrafen erhoben werden.

7. Überwachung

Der Sanitätsbetrieb hat die Aufgabe, Überwachungssysteme der Verschreibungsvolumen nach Leistungstyp aufzubauen um entsprechende Verhaltensweisen auszurichten.

Es werden folgende Überwachungsarten durchgeführt:

1. Überwachung ex post der ambulanten Leistungen, die im Rahmen des institutionellen Angebots erbracht werden
2. Überwachung ex ante der ambulanten Leistungen, die im Rahmen des institutionellen Angebots erbracht werden
3. Überwachung ex post der Aufenthalte, die im Rahmen des institutionellen Angebots erbracht werden
4. Überwachung der Aufhebungen von Erbringungstätigkeiten
5. Überwachung der PDTA
6. Überwachung ex ante der ambulanten Leistungen, die in FIT erbracht werden (im Auftrag und auf Kosten des Nutzers)
7. Überwachung der Wartezeiten und Wartelisten auf der Internetseite des Landes und des Sanitätsbetriebes
8. Überwachung der effektiven Einbeziehung aller Kalender (öffentlich, privat und freiberuflich) in das ELVS-System.

Die aus der oben genannten Überwachung resultierenden Daten werden in regelmäßigen Abständen auf dem Portal des Gesundheitsministeriums sowie auf dem Portal des Sanitätsbetrieb Südtirol und des Landes veröffentlicht. Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet, den Informationsfluss der Wartelistenüberwachung, in der Art und Weise und innerhalb des vom Land festgelegten Zeitrahmens systematisch an das Land zu übermitteln.

7.1. Gegenstand der Überwachung

Es werden folgende im PNGLA angegebenen Leistungen überwacht:

- ambulante Leistungen
- stationäre Aufenthaltsleistungen
- die Leistungen, die in den PDTA enthalten sind.

Wenn kritische Bereiche festgestellt werden, können die oben genannten Leistungen von der zuständigen Landesabteilung entsprechend überprüft und/oder ergänzt werden. Die im Rahmen der Prävention angebotenen Leistungen werden nicht überwacht.

7.2. Ambulante Leistungen

7.2.1. Art der Überwachung

Zu den zu überwachenden Leistungen gehören nur die Erstvisiten und der Erstzugang zu diagnostischen therapeutischen Leistungen. Diese Überwachung wird durch Messen folgenden Indikators durchgeführt:

Indikator: Garantieprozentsatz (Prozentsatz der Einhaltung der maximalen Wartezeit).

Formel (%): Anzahl der Vormerkungen, die innerhalb der vorgesehenen Zeiten für jede Prioritätsklasse und für jede Leistung garantiert werden/Anzahl der Vormerkungen für jede Prioritätsklasse und für jede Leistung.

7.2.2. Garantiebereich

Der Garantiebereich fällt mit dem Territorium der Provinz zusammen, daher werden alle Daten in Bezug auf dieses Gebiet erarbeitet und veröffentlicht.

Zur Berechnung der Wartezeiten werden ausschließlich die Vormerkungen berücksichtigt, für welche die erste Verfügbarkeit innerhalb des Garantiebereichs, wie vom PNGLA vorgesehen, angenommen wurde.

7.2.3. Überwachung ex ante

Sie wird nur für Erstzugangsleistungen durchgeführt.

Die Daten zu den Wartezeiten werden an das Land gesendet, das sie dann an das Gesundheitsministerium übermittelt.

Die folgende Überwachungsmethode wird festgelegt: Eine Indexwoche pro Quartal, wobei die Daten bis zum dreißigsten Tag nach Ende der Erhebungswoche übermittelt werden.

7.2.4. Überwachung ex post

Sie wird nur für Erstzugangsleistungen durchgeführt.

Die Überwachung ex post der Wartezeiten von ambulanten Leistungen erfolgt durch Übermittlung des Datenflusses gemäß Artikel 50 des Gesetzes vom 24. November 2003, Nr. 326 an die Provinz, die sie monatlich innerhalb von 10 Tagen nach dem auf den Erhebungsmonat folgenden Monat an das Ministerium für Wirtschaft und Finanzen (MEF) übermittelt.

Die Überwachung ex post wird auch vom Land durchgeführt.

7.3. Aufenthaltsleistungen

7.3.1. Art der Überwachung

Die Überwachung betrifft die Wartezeiten für Krankenhausaufenthalte für Akute und für programmierbare Aufenthalte mit der Prioritätsklasse A und wird durch Messen des folgenden Indikators durchgeführt:

Indikator: Anteil der Leistungen, die unter Einhaltung der maximalen Wartezeiten für die Prioritätsklasse A erbracht werden.

Formel: Anzahl der innerhalb des vorgesehenen Höchsttermins erbrachten Leistungen mit Prioritätsklasse A/Anzahl der Gesamtleistungen mit Prioritätsklasse A.

Dieser Plan sieht auch vor, dass das Land die durchschnittlichen Wartezeiten für programmierte Aufenthalte mit der Prioritätsklassen B, C und D, für welche pathologische Krankheitsbilder auf nationaler und Landesebene festgelegt werden, überwacht.

Die Garantieschwellen gelten für beide Aufenthaltsarten.

Das Land übermittelt dem Gesundheitsministerium vierteljährliche Berichte über Wartezeiten für programmierte Aufenthalte.

7.3.2. Veröffentlichung der Wartezeiten

Das Land überwacht die Veröffentlichung der Wartezeiten für ambulante Leistungen und zu überwachende Krankenhausaufenthalte auf der institutionellen Seite des Südtiroler Sanitätsbetriebes. Diese Wartezeiten werden auch auf der institutionellen Seite des Landes veröffentlicht.

7.4. Überwachung der Aufhebung von Erbringungstätigkeiten

Gegenstand der Überwachung sind ausschließlich die nicht programmierten Aufhebungen oder die Aufhebungen von Erbringungsleistungen, die in außerordentlichen Fällen durch den Sanitätsbetrieb (nur für schwere Fälle oder solchen mit außerordentlichen Gründen) und unter Einhaltung einiger Regeln angewendet werden. Insbesondere werden die Fälle der Aufhebung von Erbringungstätigkeiten überwacht, die länger als einen Tag dauern, während die endgültige Aufhebung aufgrund der Neuorganisation der angebotenen Leistungen nicht überwacht wird.

Die Überwachung bezieht sich auf die Aufhebungen im Zusammenhang mit der zu überwachenden Leistung, falls eine solche Aufhebung dazu führt, dass eine bestimmte Leistung nicht im Rahmen des Garantiebereichs erbracht wird.

Die Daten müssen alle sechs Monate an das Land übermittelt werden, das sie dann innerhalb des Monats, der dem Bezugshalbjahr für die eingetretenen Ereignisse folgt an das Gesundheitsministerium übermittelt.

7.5. Überwachung der PDTA

Die Überwachung der PDTA erfolgt gemäß der Methodik, die in den von der nationalen Überwachungsstelle für Wartelisten erarbeiteten Leitlinien angegeben ist.

Als Datenquelle für die Berechnung der PDTA-Indikatoren dienen die digitalen Verwaltungsarchive des Landes für die eine Zusammenschaltung möglich ist, um die Person bei allen Zugängen zu den Gesundheitsleistungen zu ermitteln.

7.6. Überwachung ex ante der FIT-Leistungen

Die Überwachung der ambulanten Leistungen, die in freiberuflicher Tätigkeit werden, erfolgt nach den entsprechenden Leitlinien, die derzeit bei Agenas in Überarbeitung sind.

7.7. Überwachung der Webseiten

Das Ziel der Überwachung ist die Überprüfung des Vorhandenseins von Informationen über die Wartezeiten und Wartelisten auf den Internetseiten des Landes und des Sanitätsbetriebes.

Der Sanitätsbetrieb muss auf seiner Internetseite wenigstens folgende Informationen veröffentlichen:

- Zugangsmöglichkeit
- Vorhandensein des betrieblichen Umsetzungsprogramms

- aggregierte Daten für die ermittelten Leistungen der Prioritätsklasse B
- aggregierte Daten für die ermittelten Leistungen der Prioritätsklasse D
- Vorhandensein der Wartezeiten, auch wenn diese von denen des PNGLA abweichen
- Online-Vormerkung

Die Ergebnisse der Überwachung werden durch das Portal des Gesundheitsministeriums verbreitet.

7.8. Konkordanzbewertung

Die sich auf denselben klinischen Fall beziehende Konkordanzbewertung, die als Bewertung der Entsprechung verstanden wird, zwischen den vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Prioritätsklasse (U-B-D-P) und der vom Facharzt zugewiesenen Prioritätsklasse, wird an 11 im PNGLA festgelegten Leistungsgruppen durchgeführt, die durch eine hohe soziale Auswirkung gekennzeichnet sind und eine bestimmte diagnostische Relevanz haben. Der Sanitätsbetrieb bewertet die etwaige Ausdehnung der Konkordanzbewertung auf andere Leistung mit möglichem Risiko für eine Unangemessenheit der Verschreibung.

Sie sieht vor, dass für jede zu überwachende Leistungsgruppe mindestens 100 Verschreibungen pro Erbringungseinrichtung (zum Beispiel: Krankenhaus, Ambulatorium des Sprengels) eingeholt werden müssen, und dass diese Verschreibungen nacheinander ab dem gewählten Datum für den Anwendungsbeginn eingeholt werden müssen.

Für jede gesammelte Verschreibung muss daher die Übereinstimmung zwischen der vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Prioritätsklasse und der vom Facharzt (erbringender Arzt) zugewiesenen Prioritätsklasse bewertet werden. Die Zuordnung der Prioritätsklasse durch den Facharzt sollte vor der Erbringung der Leistung vorgenommen werden, um zu verhindern, dass die Zuordnung der Prioritätsklasse eventuelle klinische Informationen beeinflusst wird, die während der Visite entstehen. Die Zuordnung der Prioritätsklasse durch den Facharzt sollte auch „in Unkenntnis“ der Prioritätsklasse sein, die vom verschreibenden Arzt zugewiesenen wird.

Der Sanitätsbetrieb garantiert eine systematische Sammlung der Daten und die entsprechende Analyse. Die Sammlung und Auswertung der Daten erfolgt mittels Informatikanwendungen.