



**Leitlinien für die Erhebung der
fachärztlichen Leistungen, der
Instrumentaldiagnostik und der
Laboruntersuchungen, die im Rahmen der
stationären Aufenthalte, sowie vor
und/oder nach dem
Krankenhausaufenthalt erbracht werden
(SPI)**

Jänner 2013

Herausgegeben von der Epidemiologischen Beobachtungsstelle

Version: Jänner 2013 (am 30.04.2013 aktualisiert)

(Beschluss der Landesregierung Nr. 609 vom 22/04/2013)

Leitlinien für die Erhebung der für interne Patienten erbrachte fachärztlichen Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen

Abteilung Gesundheitswesen

Epidemiologische Beobachtungsstelle

Web-Seite: <http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen>

Verfügbare Kopien:

Abteilung Gesundheitswesen - Epidemiologische Beobachtungsstelle

Kanonikus M. Gamperstraße 1 – 39100 Bozen

Tel. 0471-418020; Fax 0471-418039

E-Mail: eva.papa@provincia.bz.it; valeria.rossi@provinz.bz.it;

INHALT

INHALT.....	i
EINFÜHRUNG.....	1
1. BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS	1
2. ERHEBUNGSEINHEIT.....	1
3. EINRICHTUNGEN, WELCHE DIE LEISTUNGEN ERHEBEN MÜSSEN.....	2
4. PRIVACY	2
5. ÜBERMITTLUNG UND KORREKTUR DER DATEN.....	3
6. DATENSCHUTZ.....	4
7. REMUNERIERUNG DER LEISTUNGEN UND KOSTENBETEILIGUNG SEITENS DER PATIENTEN (TICKET)	4
8. AUFGABEN UND VERANTWORTLICHKEITEN.....	5
9. ANONYMITÄT.....	6
FESTLEGUNG UND INHALT ALLER VARIABLEN UND IHRE VERSCHLÜSSELUNG	7
Schlüsselvariablen.....	7
1. ÜBERMITTELNDER GESUNDHEITSBEZIRK (ASL_INV).....	7
3. VERSCHREIBUNGS-ID (ID_IMP)	7
4. FORTLAUFENDE ZEILE FÜR VERSCHREIBUNG/REZEPT (PROG_IMP)	7
Meldeamtliche Daten	8
5. NACHNAME (COG)	8
6. NAME (NOME).....	8
7. ERWORBENER NACHNAME (NOMEA).....	8
8. GESCHLECHT (SESSO).....	8
9. GEBURTSDATUM (DNASCITA)	8
10. GEBURTSGEMEINDE (COM_NASC).....	8
11. FAMILIENSTAND (S_CIVILE)	9
12. WOHSITZGEMEINDE (COM_RES).....	9
13. STAATSBÜRGERSCHAFT (C_CITT)	9
14. PERSÖNLICHER SANITÄTS-CODE (COD_SANI).....	10
15. WOHSITZREGION (REG_RES)	10
16. WOHSITZ GESUNDHEITSBEZIRK / SANITÄTSBETRIEB (ASL_RES)	10
17. BETREUUNGSSREGION (REG_ASS)	11
18. BETREUUNGSGESUNDHEITSBEZIRK / SANITÄTSBETRIEB (ASL_ASS)	11
19. IDENTIFIKATIONSART DES BETREUTEN (TIPO_ID).....	11
20. CODE DES BETREUTEN (COD_ID).....	12
21. IDENTIFIKATIONSNUMMER DES TEAM (N_TEAM).....	12
22. CODE DER ZUSTÄNDIGEN TEAM-INSTITUTION (COD_IST)	12
23. KURZBEZEICHNUNG DER INSTITUTION, WELCHE DEN TEAM AUSGESTELLT HAT (DEN_IST) 13	
24. STAAT, DER DEN TEAM AUSGESTELLT HAT (ST_ESTERO)	13
25. ART DER VOM TEAM VORGESEHENEN VERSORGUNG (TIPO_TEAM).....	13
26. VERFALLSDATUM DES TEAM (DATA_SCAD).....	13
Gesundheitsdaten.....	14

2.	NUMMER DER VERSCHREIBUNG/REZEPTBLOCK (NUM_IMP)	14
27.	VORHANDENSEIN EINER VERSCHREIBUNG (PRES_IMP).....	14
28.	ZUGANGS-ID (ID_ACC)	14
29.	ART DER VERSCHREIBUNG (TIPO_IMP).....	14
30.	DATUM DER VERSCHREIBUNG (DATA_IMP).....	14
31.	VOM FACHARZT VORGESCHLAGENE VERSCHREIBUNG (IMP_SUGG)	14
32.	PRIORITÄT DER LEISTUNG (PRI_PRES)	14
33.	ZUGANGSFORM (MOD_ACC).....	15
34.	ART DER EINRICHTUNG (TIP_STRU).....	15
35.	(leeres Feld)	15
36.	LEISTUNGSERBRINGENDE EINRICHTUNG (CO_STS11)	15
37.	FACHGEBIET DES AMBULATORIUMS (SPEC)	15
38.	DIAGNOSEVERDACHT (DIAG_SOS).....	15
39.	VORMERKUNGSDATUM (D_PRENOT).....	15
40.	TARIFVERZEICHNIS - SCHLÜSSEL (COD_NOM)	15
41.	LEISTUNGSCODE (COD_PRES)	16
42.	ANZAHL DER LEISTUNGEN (NUM_PRES)	16
43.	ZYKLUS (CICLO)	16
44.	DATUM DES ZYKLUSBEGINNS (D_CICLO).....	16
45.	LEISTUNGSDATUM (DATA_ERO)	16
46.	DIAGNOSEBEFUND (DIAG_REF)	17
47.	BEFUNDDATUM (DATA_REF).....	17
48.	FACHBEREICH (BRANCA)	17
49.	LEISTUNGSREGELUNG (REG_EROG).....	17
50.	TICKET-POSITION DES PATIENTEN (POS_TICK)	17
51.	BEFREIUNGSART (TP_ESENZ).....	17
52.	BEFREIUNGSCODE (COD_ESENZ)	17
53.	TICKETBETRAG IN EURO (IMP_TICK).....	17
54.	GESAMTBETRAG IN EURO (IMP_TARI)	17
55.	NOSOGRAFISCHE NUMMER - NUMMER DES ENTLASSUNGSBOGENS (NOSOGRAF)	18
56.	LEISTUNGSERBRINGENDE EINHEIT (CDC).....	18
57.	EINGABEART DER VERSCHREIBUNG (TIPO_OPER).....	18
58.	RAGGRUPPIERUNGSCODE (COD_RAG).....	19
59.	NICHT ÜBEREINSTIMMENDE STEUERNUMMER (CF_DISC).....	19
60.	VERSPÄTETE ÜBERMITTLUNG (ALTRO).....	19
61.	KOSTENSTELLE DES SANITÄTSBTRIEBES (CDDC_AS)	19

ANLAGE A :	Meldeamtlichen Daten, die der Südtiroler Informatik AG vom Sanitätsbetrieb zugesandt werden	20
ANLAGE B :	Klinische Daten, die der Südtiroler Informatik AG vom Sanitätsbetrieb zugesandt werden	21
ANLAGE C :	Datensatzformat der Kontrollen	22
ANLAGE D :	Codes der Fachbereiche.....	28
ANLAGE E :	Codes der Fachgebiete.....	29

EINFÜHRUNG

Gegenständliches Dokument enthält die Leitlinien für die Erhebung der fachärztlichen Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen (SPI), die Patienten während des Krankenhausaufenthaltes sowie vor und nach dem Aufenthalt erbracht werden.

Dieser Datenfluss ergänzt den schon bestehenden Datenfluss der Erhebung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen für externe Patienten (SPA- Datenfluss).

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Leistungen von der der Datenübertragung an das Wirtschafts- und Finanzministerium gemäß Art. 50 des Gesetzesdekretes Nr. 269 vom 30. September 2003, sowie von der Ausgleich der interregionalen Mobilität im Gesundheitswesen ausgeschlossen sind.

1. BESCHREIBUNG DES VERFAHRENS

Das Informationsverfahren "Fachärztliche Betreuung" erfasst alle fachärztlichen Leistungen, instrumentale Diagnostik und Laboruntersuchungen, sowie die ärztlichen Untersuchungen und die sonstigen im nationalen Tarifverzeichnis (Min. Dekret vom 22. Juli 1996) vorgesehenen Leistungen mit den auf Landesebene beschlossenen Ergänzungen.

Gegenstand der Erhebung sind daher alle im geltenden Landestarifverzeichnis, gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 399 vom 09.02.2004 "Ajournalierung des Beschlusses der L.R. Nr. 2568 del 15.06.98: Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen, für Instrumentaldiagnostik und Laborleistungen" und nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen, genannten Leistungen.

2. ERHEBUNGSEINHEIT

Erhebungseinheit des neuen Informationsverfahrens ist:

- jede einzelne fachärztliche Leistung, die im öffentlichen Krankenhaus an alle interne Patienten, d.h. stationäre Patienten erbracht wird;
- jede einzelne fachärztliche Leistung, die zum programmierten Aufenthalt gehört und im öffentlichen Krankenhaus oder in krankenhausexternen öffentlichen Einrichtungen an externe Patienten vor den Aufenthalt erbracht wird. Eine Leistung wird als solche bezeichnet wenn sie eng und direkt zum programmierten Aufenthalt gehört und die Befunde der Leistungen integrierenden Bestandteil der Krankenkartei darstellen. Diese Organisationsform ist nicht in den Fällen angebracht, wo die Notwendigkeit eines chirurgischen Eingriffes noch festgestellt oder die Diagnose festgelegt werden muss.
- die fachärztliche Leistung, die eng zu einem bereits erfolgten Aufenthalt gehört, die im öffentlichen Krankenhaus oder in krankenhausexternen öffentlichen Einrichtungen an

externe Patienten nach den Aufenthalt erbracht wird. Eine Leistung wird als solche bezeichnet, falls sie zum Abschluss des Aufenthaltes durchgeführt wird und direkt zum DRG des Aufenthaltes gehört, außerdem muss diese vor dem Entlassungsdatum vom behandelnden Arzt angefragt werden und die Befunde müssen der Krankengeschichte beigelegt werden. Die Zeitspanne zwischen der Entlassung und der Ausführung der Leistung darf, im normalen Fall, nicht die 30 Tage überschreiten.

- jede einzelne fachärztliche Leistung, die in den Erste Hilfe Abteilungen des Landes, wenn sie einen Aufenthalt im Krankenhaus zur Folge hat, erbracht wird;
- jede einzelne fachärztliche Leistung, die in den Intensivbeobachtungseinheiten (OBI), wenn sie einen Aufenthalt im Krankenhaus zur Folge hat, erbracht wird;
- jede fachärztliche Leistung, die von den vertragsgebundenen und akkreditierten privaten fachärztlichen Einrichtungen im Rahmen eines vertragsgebundenen Aufenthaltes erbracht wird oder eng und direkt zu einen solchen gehört.

3. EINRICHTUNGEN, WELCHE DIE LEISTUNGEN ERHEBEN MÜSSEN

Mit diesem Informationsverfahren werden die von den nachfolgenden im Landesgebiet der Provinz Bozen aktiven Einrichtungen erbrachten fachärztlichen Leistungen erfasst:

1. öffentliche Einrichtungen innerhalb von Krankenanstalten (Polyambulatorium und krankenhausinterne Ambulatorien/Abteilungen);
2. öffentliche Einrichtungen außerhalb von Krankenanstalten (Sprengel, krankenhausexterne Polyambulatorien, wie zum Beispiel das Polyambulatorium in der Amba-Alagi-Straße in Bozen, etc.);
3. *private Einrichtungen (nur für die im Rahmen der Konvention für stationäre Aufenthalte erbrachte fachärztlichen Leistungen). UNTERBROCHEN*

4. PRIVACY

Aufgrund der Art der zu erhebenden Daten wird auf die Einhaltung des „Kodex über den Schutz von persönlichen Daten“ hingewiesen. Legislativdekret Nr. 196 vom 30. Juni 2003 und nachfolgende Änderungen und Integrationen. Die Daten, mit denen auch indirekt Patienten identifiziert werden können, werden aufgrund der Prinzipien laut Art. 22, Absatz 6 und 7 des Legislativdekretes Nr. 196 vom 30. Juni 2003 und nachfolgenden Änderungen und Integrationen, behandelt.

Die Einrichtungen, die in den Datenfluss der fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium miteinbezogen sind, bestimmen intern die Verantwortlichen und Beauftragten zur Behandlung von persönlichen Daten im Sinne der Art. 29 und 30 des genannten Legislativdekretes, und wenden die Mindestsicherheitsvorkehrungen im Sinne des Art. 34 des Kodex und der Anlage B „technische Vorgangsweise“ an.

Der Identifikationscode des Betreuten wird von der Südtiroler Informatik AG durch ein Standardverfahren anonymisiert.

5. ÜBERMITTLUNG UND KORREKTUR DER DATEN

Alle jeden einzelnen ansässigen oder nicht ansässigen Patienten, der eine Leistung in Anspruch genommen hat, betreffenden Daten, müssen monatlich der Südtiroler Informatik AG innerhalb **Ende des zweiten Monats, das auf dem Monat der letzten Leistung folgt**, laut beschriebenen Datensatz übermittelt werden.

Beispiel für die Übermittlung:

Erbringungsmonat	Gegenstand der Übermittlung	Übermittlungsfrist
März	3 Verschreibungen (3 unterschiedliche ID_IMP) mit allen vor dem Aufenthalt erbrachten Leistungen (daher mit derselben Nummer ID_ACC und mit MOD_ACC = 15)	Innerhalb Ende Mai
April	2 Verschreibungen (2 unterschiedliche ID_IMP) mit allen während desselben Aufenthaltes erbrachten Leistungen (daher mit derselben Nummer ID_ACC und mit MOD_ACC = 14)	Innerhalb Ende Juni
Mai	2 Verschreibungen (2 unterschiedliche ID_IMP) mit allen nach demselben Aufenthalt erbrachten Leistungen (daher mit derselben Nummer ID_ACC und mit MOD_ACC = 16)	Innerhalb Ende Juli

Die Daten, die an die Südtiroler Informatik AG zu übermitteln sind, müssen in zwei getrennten Archiven enthalten sein: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Gesundheitsdaten. Die Verbindung der beiden Archive wird durch die **Schlüsselvariablen Code des Sanitätsbetriebes + Verschreibungs-Id + Fortlaufende Zeile für Verschreibung gewährleistet**.

Bevor die Daten in die Landesdatenbank eingegeben werden, werden sie einem Kontrollverfahren unterzogen. Die falschen Daten werden dem Sanitätsbetrieb zur Korrektur zugesandt und dann in die Landesdatenbank eingegeben. Die letzte Übermittlung der Daten vom Sanitätsbetrieb und allen privaten Aufenthaltseinrichtungen wird als gültig erachtet.

6. DATENSCHUTZ

Zur Einhaltung der Bestimmungen zum Schutz von persönlichen Daten, werden die Daten in zwei verschiedenen Archiven aufbewahrt: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Gesundheitsdaten.

Die Verbindung der beiden Archive wird durch die Schlüsselvariablen **Code des Sanitätsbetriebes + Verschreibungs-Id + Fortlaufende Zeile für Verschreibung** gewährleistet.

7. REMUNERIERUNG DER LEISTUNGEN UND KOSTENBETEILIGUNG SEITENS DER PATIENTEN (TICKET)

Die Leistungen, die während des Krankenhausaufenthaltes erbracht werden, sind nach dem Gesamttarif für den betreffenden Krankenhausaufenthalt zu remunerieren (Tarif des entsprechenden Krankenhaus-DRGs) und unterliegen nicht der Beitragspflicht durch den Staatsbürger.

Die Leistungen, die vor einem programmierten Aufenthalt erbracht werden und in enger und direkter Verbindung zum Aufenthalt stehen und von der gleichen Einrichtung durchgeführt werden, in der auch der Aufenthalt stattfindet, sind gemäß den Landesbestimmungen (Beschluss der L.R. Nr. 6337/1997, und entsprechendes Rundschreiben, Beschluss der L.R. Nr. 1385/1999, n. 2797/2001 und N. 4560/2001²), nach dem Gesamttarif für den betreffenden Krankenhausaufenthalt zu remunerieren und unterliegen nicht der Beitragspflicht durch den Staatsbürger. Aufgrund des Beschlusses der L.R. Nr. 1385, vom 19.4.1999, gilt diese Bestimmung auch für Leistungen an Patienten, die von einer anderen Einrichtung erbracht wurden als von jener, die anschließend den Aufenthalt durchführt, aber nur für jene Fachbereiche, bei denen Konventionen zwischen den Gesundheitsbezirken bestehen wie vom Landesgesundheitsplan 2000-2002 vorgesehen (vom Krankenhaus Brixen in den Bereichen Dermatologie u. Augenheilkunde für die Patienten des eigenen Wohnsitzgebiets, die in der Folge vom Krankenhaus Bruneck aufgenommen werden und vom Krankenhaus Bruneck in den Bereichen HNO u. Urologie für die Patienten des eigenen Wohnsitzgebiets, die in der Folge vom Krankenhaus Brixen aufgenommen werden) oder für die Patienten des eigenen Wohnsitzbereichs, die dann von einem anderen Krankenhaus, das zum selben Gesundheitsbezirk gehört, aufgenommen werden.

Dieselbe Landesbestimmung legt fest, dass wenn der Krankenhausaufenthalt aufgrund einer begründeten Entscheidung des Arztes (klinische oder interne organisatorische Gründe) nicht zustande kommt, ist der Patient nicht zur Zahlung der Leistung verpflichtet; wird der Aufenthalt aus

² Die Landesbestimmungen haben den von Art. 1 Absatz 18 des Gesetzes Nr. 662/96 „Maßnahmen zur Rationalisierung der öffentlichen Finanzen“ formulierten Grundsatz rezipiert, festgelegt in Art. 1 Absatz 5 des Ministerialdekrets vom 30.6.1997 und schließlich neuerlich im gesetztesvertretenden Dekret Nr. 124 vom 29.4.1998 bestätigt, der vorsieht, dass „medizinische Leistungen, die unmittelbar und direkt zum programmierten Aufenthalt gehören und die im Voraus von der Aufenthaltseinrichtung für den Patienten erbracht werden, nach dem Gesamttarif für den betreffenden Krankenhausaufenthalt zu remunerieren sind und nicht der Beitragspflicht durch den Staatsbürger unterliegen“.

ausschließlich vom Willen des Patienten abhängigen Gründen nicht ausgeführt, ist dieser zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet (da es sich um Leistungen für externe Patienten handelt).

Was die fachärztlichen Leistungen betrifft, die nach unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt erfolgen (erste fachärztliche ambulante Untersuchung nach dem Aufenthalt, erste ambulatorische Versorgung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung), so gelten diese gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der Provinz (Beschluss der L.R. Nr. 2797/2001, und Beschluss der L.R. Nr. 4560/2001) als integrierender Bestandteil des Krankenhausaufenthalts und fließen in den für die Aufenthaltsart spezifischen DRG-Gesamttarif ein und sind für den Patienten unentgeltlich. Instrumentelle Leistungen (z.B. TAC, Magnetresonanzen, EEG, Sintografien, usw.) die nicht zeitgerecht während des Krankenhausaufenthaltes durchführbar sind, aber in dasselbe DRG fallen, werden als sogenannte „Warteschlange“ Untersuchungen durchgeführt und unterliegen nicht dem Ticket. Diese Leistungen, die für eine Diagnostik Erstellung notwendig sind, müssen innerhalb von 15 Tagen ab Entlassung durchgeführt werden und müssen im Entlassungsschreiben angeführt werden (Art der Untersuchung und Vormerkdatum).

Alle obgenannte Leistungen müssen nicht auf einem roten Rezept verschrieben werden, sondern sind mit eigenem internen Formular des Sanitätsbetriebes anzufragen.

Die von der Ersten Hilfe erbrachten Leistungen, auf denen ein Krankenhausaufenthalt erfolgt werden nach dem Gesamttarif für den betreffenden Krankenhausaufenthalt remuneriert und unterliegen nicht der Kostenbeteiligung seitens des Patienten.

Auch für die Tätigkeiten der Intensivbeobachtung mit darauffolgendem Aufenthalt (siehe Beschluss der Landesregierung Nr. 3610 vom 06. Oktober 2008) ist seitens des Patienten ist keine Kostenbeteiligung vorgesehen, da es sich um eine nicht aufschiebbar Tätigkeit handelt.

8. AUFGABEN UND VERANTWORTLICHKEITEN

Um das Verfahren angesichts der erheblichen Datenmenge, die der Sanitätsbetrieb der Provinz übermitteln müssen, zufrieden stellend verwalten zu können, müssen die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Sanitätsbetriebes und der Provinz genau festgelegt werden.

Die Provinz hat die Aufgabe

- die Standard-Datensatzformate für den Datenaustausch
- die Verschlüsselungs-Systeme
- die Domaintabellen (Landestarifverzeichnis, Kostenstellencodes, etc.)

festzulegen, zu aktualisieren und zu verteilen.

In ihrer Eigenschaft als Verwalter der fachärztlichen Datenbank sammelt die Provinz die Daten; damit erfüllt sie einerseits ihre Koordinierungs- und Kontrollfunktionen und andererseits garantiert sie die vollständige Lieferung einer Reihe von Informationen über die Versorgung.

Der Sanitätsbetrieb muss sich an die auf Landesebene festgelegten Richtlinien und Standards halten und die geforderten Daten innerhalb der vorgeschriebenen Zeiten und in der vorgeschriebenen Form liefern.

9. ANONYMITÄT

Im Falle von Personen, die ihr gesetzliches Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, werden Vor- und Nachname, Nummer des Gesundheitsausweises und Steuernummer nicht erhoben.

In die Felder Nachname und Vorname ist in Großbuchstaben „ANONIMO“ einzutragen. Im Feld für das Geburtsdatum ist nur das Geburtsjahr einzutragen, und als Geburtstag das fiktive Datum 1. Januar des betreffenden Jahres im Format 0101JJJJ. Im Feld Geburtsort sind nur die ersten drei Ziffern zur Kennzeichnung der Provinz gemäß ISTAT- Kennnummer anzugeben. Falls die Gemeinde unbekannt ist oder die Person im Ausland geboren ist, sind nur die ersten drei Ziffern mit 999 auszufüllen. Im Feld der Staatsangehörigkeit ‚998‘ (=unbekannt) angeben. Im Feld Identifikationsart des Patienten den Code „3“ , im Feld Code des Patienten 20 mal „X“ einfügen. Die Steuernummer wird nicht erhoben, außer es gibt Änderungen der Bestimmungen auf nationaler Ebene³.

³ Gemäß Art. 50 (Absatz 2 und 5) des gesetzesvertretenden Dekretes 30. September 2003, Nr. 269, mit Änderungen im Gesetz 24. November 2003, Nr. 326 umgewandelt, ist die Anonymität durch die Kodierung der Steuernummer oder des STP-Codes gewährleistet, da sie dem Leser nicht unmittelbar verständlich sind und da diese Codes von dem Rezept, dem sie zugeordnet sind, getrennt sowie vom System gelöscht werden, sobald die elektronische Datei übermittelt worden ist.

FESTLEGUNG UND INHALT ALLER VARIABLEN UND IHRE VERSCHLÜSSELUNG

Schlüsselvariablen

Unter Beachtung der Vorschriften zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten sieht das Informationsverfahren die Archivierung der Daten in zwei getrennten Archiven vor: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Zugangs- und Gesundheitsdaten.

Die beiden Archive können anhand von drei „Schlüsselvariablen“ verknüpft werden: Übermittelnder Sanitätsbetrieb, Verschreibungsnummer, Verschreibungs-Id und Fortlaufende Zeile für Verschreibung.

1. ÜBERMITTELNDER GESUNDHEITSBEZIRK (ASL INV)

Den Code des Gesundheitsbezirkes, der die Daten übermittelt.

3. VERSCHREIBUNGS-ID (ID IMP)

Die Verschreibungs-ID-Nummer kennzeichnet unmissverständlich im Laufe der Jahre die einzelne Verschreibung innerhalb des gleichen Sanitätsbezirkes, und das bedeutet, dass die Nummer zu Beginn des Jahres nicht neu angefangen werden darf.

4. FORTLAUFENDE ZEILE FÜR VERSCHREIBUNG/REZEPT (PROG IMP)

Fortlaufende Nummer der Leistungen einer Verschreibung. Beginnt immer mit 01, der ersten Zeile/Datensatz der Verschreibung und der ersten Leistung; der Wert 02 bezeichnet die zweite Leistung, und so weiter.

Die letzte Zeile/Datensatz 99 muss immer vorhanden sein und kennzeichnet das Ende der Verschreibung.

Jede Verschreibung muss mindestens zwei Zeilen/Datensätze aufweisen: Die Zeile 01 und die Zeile 99.

Die Zeilen/Datensätze mit einem anderen Wert als "99" im Feld "fortlaufende Zeile" bedeuten, dass die Felder vollständig ausgefüllt werden müssen, bzw. es müssen alle Informationen über den Patienten und die Verschreibung eingetragen werden, mit Ausnahme des Feldes "Ticketbetrag", in das NICHTS eingetragen werden darf.

In die letzte Zeile/Datensatz mit Wert 99 im Feld "fortlaufende Zeile" müssen das bezahlte Ticket, der gesamte ausgleichende Nettobetrag und alle Informationen, ausschließlich diejenigen, die sich spezifisch auf die Leistung beziehen (z.B. Leistungscode, Menge, Datum der Leistung, Tarifverzeichnungsschlüssel, Priorität der Leistung), eingetragen werden.

Meldeamtliche Daten

5. NACHNAME (COG)

Nachnamen des Patienten angeben. Es darf nur der Nachname ohne Zusatz von Titeln oder Ähnlichem eingetragen werden (nicht Dr. Rossi, sondern Rossi).

Im Falle von Personen, die das gesetzlich garantierte Recht auf Anonymität beanspruchen, wird der Nachname nicht erhoben. In diesem Fall ist in dieses Feld in Großbuchstaben die Bezeichnung "ANONINO" einzutragen.

6. NAME (NOME)

Namen des Patienten angeben. Dabei ist nur der Name ohne Titel oder ähnliche Zusätze einzutragen (nicht Schwester Maria, sondern Maria).

Im Falle von Personen, die das gesetzlich garantierte Recht auf Anonymität beanspruchen, wird der Nachname nicht erhoben. In diesem Fall ist in dieses Feld in Großbuchstaben die Bezeichnung "ANONINO" einzutragen.

7. ERWORBENER NACHNAME (NOMEA)

Den erworbenen Nachnamen des Patienten angeben.

Im Falle von Personen, die das gesetzlich garantierte Recht auf Anonymität beanspruchen, wird der erworbene Nachname nicht erhoben.

8. GESCHLECHT (SESSO)

Geschlecht des Patienten angeben.

1 = männlich

2 = weiblich.

9. GEBURTSDATUM (DNASCITA)

Geburtstag, -monat und -Jahr des Patienten im Format TTMMJJJJ angeben.

Im Falle von Patienten, die anonym bleiben wollen, mit 0101JJJJ verschlüsseln.

10. GEBURTSGEMEINDE (COM_NASC)

Zu verwenden ist der ISTAT-Code der italienischen Gemeinden; die ersten 3 Ziffern betreffen die Provinz (Provinz Bozen = 021) und die nächsten 3 kennzeichnen die Gemeinde.

Wenn der Patient in Italien geboren ist, aber die Gemeinde nicht bekannt ist, Code 999997 verwenden.

Ist der Patient im Ausland geboren, so ist an Stelle des Provinzialcodes der Code 999 zu verwenden, auf den der Code des ausländischen Staates folgt, der vom Innenministerium zu meldeamtlichen Zwecken festgelegt wird.

Wenn der Patient im Ausland geboren ist, aber das ausländische Land nicht bekannt ist, Code 999998 verwenden.

Wenn man keine Information zum Geburtsort des Betreuten hat, Code 999999 verwenden.

Im Falle von Patienten, die ihr gesetzliches Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, sind nur die ersten drei Ziffern zur Kennzeichnung der Provinz gemäß ISTAT- Kennnummer anzugeben. Falls die Gemeinde unbekannt ist oder die Person im Ausland geboren ist, sind nur die ersten drei Ziffern mit 999 auszufüllen.

11. FAMILIENSTAND (S_CIVILE)

Es ist der Familienstand des Patienten zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung einzugeben.

Folgende Modalitäten sind zu verwenden:

1= ledig;

2= verheiratet;

3= getrennt lebend;

4= geschieden;

5= Witwe/Witwer;

6= nicht bekannt gegeben.

12. WOHSITZGEMEINDE (COM_RES)

Der Wohnsitz bezeichnet die italienische Gemeinde oder auch eventuell den ausländischen Staat, in der oder dem der Patient als wohnhaft gemeldet ist.

Den sechsstelligen ISTAT-Code der italienischen Gemeinden im Falle von in Italien ansässigen Patienten angeben; für die in der Provinz Bozen ansässigen Bürger kennzeichnen die ersten 3 Ziffern die Provinz (Provinz Bozen = 021 und die nächsten 3 kennzeichnen die Gemeinde).

Wenn der Patient in Italien geboren ist, aber die Gemeinde unbekannt ist, Code 999997 verwenden.

Im Falle von im Ausland wohnhaften Patienten 999 eintragen, gefolgt vom Code des ausländischen Staates, der vom Innenministerium für das Melderegister der Bevölkerung festgelegt worden ist.

Ist der Patient Ausländer und das betreffende Land ist nicht bekannt, den Schlüssel 999998 eintragen.

Wenn die Gemeinde unbekannt ist und für jene, die keinen fixen Aufenthalt haben, Code 999999 verwenden.

13. STAATSBÜRGERSCHAFT (C_CITT)

Wir weisen darauf hin, dass das Land der Staatsbürgerschaft vom Wohnort des Patienten verschieden sein kann (viele in einer italienischen Region Ansässige können ausländische Staatsbürger sein).

Hat der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, den Code der vom Patienten gewählten eingeben.

– Italienische Staatsbürgerschaft = 100

- Ausländische Staatsbürgerschaft = dreistelliger Code des Innenministeriums
- Staatenlose =999
- Unbekannt =998.

Im Falle von Personen, die ihr gesetzliches Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, ist im Feld der Staatsangehörigkeit ‚998‘ (=unbekannt) angeben..

14. PERSÖNLICHER SANITÄTSCODE (COD_SANI)

Für die beim Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürger besteht der Code aus der Nummer des Gesundheitsausweises, und zwar der Teil, der zwischen den beiden Schrägstrichen (Symbol “/”) steht; die letzten beiden Ziffern, die das Geburtsdatum darstellen, werden ausgeschlossen.

Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst gemeldet, wird der Sanitätscode mit Hilfe eines automatischen Berechnungsverfahrens ermittelt, das dem Patienten auf der Grundlage der Daten zu seiner Person einen eindeutigen Code zuteilt.

Beispiel:

Code des Gesundheitsausweises = 6g1/14456346/1 ⇒ 144563BBBBBBBBB

Code des Gesundheitsausweises = F12/0103015311/4 ⇒ 01030153BBBBBBB

wobei B= Leertaste

Im Falle von Patienten, die das ihnen gesetzlich zustehende Recht auf Anonymität beantragen, muss das Feld leer bleiben (blank).

Es wird darauf hingewiesen, dass es Aufgabe des Sanitätsbetriebes ist, die neuen meldeamtlichen Positionen in die Datei der Betreuungsberechtigten des Landes (DBBL) einzugeben.

15. WOHNSTZREGION (REG_RES)

Für in Italien ansässige Patienten ist es die Region, in welcher der Patient seinen Wohnsitz hat (dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums, Ministerialdekret vom 17.09.1986). Die Region der Residenz kann verschieden von der Region der Betreuung sein.

Für Ansässige im Ausland den Code des ausländischen Staates, der vom Innenministerium festgelegt wird, angeben.

Falls die Gemeinde unbekannt ist (COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997) mit „000“ ausfüllen.

16. WOHNSTZ GESUNDHEITSBEZIRK / SANITÄTSBETRIEB (ASL_RES)

Ist der Gesundheitsbezirk oder Sanitätsbetrieb (für nicht Ansässige), der für die Wohnsitzgemeinde des Patienten zuständig ist.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums.

Für Ansässige im Ausland nicht eingegeben.

Dieses Feld ist sehr wichtig, um Anfechtungen anderer Regionen im Rahmen der Verrechnung der interregionalen Gesundheitsmobilität zu vermeiden.

Für in Italien Ansässige wird dieses Feld, falls es nicht vom Gesundheitsbezirk ausgefüllt wird, von der Provinz ausgefüllt, wobei sie sich auf das Feld der Ansässigkeitsgemeinde hält.

17. BETREUUNGSREGION (REG_ASS)

Die Region, in der sich der Sanitätsbetrieb befindet, bei dem der Patient gemeldet ist.

Die Betreuungsregion kann von der Wohnsitzregion verschieden sein.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums (DM 17/09/86).

Für im Ausland wohnhafte Patienten nicht ausfüllen.

18. BETREUUNGSGESUNDHEITSBEZIRK / SANITÄTSBETRIEB (ASL_ASS)

Der Gesundheitsbezirk oder der Sanitätsbetrieb (für nicht Ansässige), bei dem der Patient gemeldet ist.

Dreistelliger Codes des Gesundheitsministeriums (DM 17/09/86).

Für im Ausland wohnhafte Patienten nicht ausfüllen.

19. IDENTIFIKATIONSART DES BETREUTEN (TIPO_ID)

Angaben, auf welche Art von Identifizierungscode sich das Feld COD_ID (Benutzer-Identifizierungs-Code) bezieht :

1	=	Steuernummer
2	=	STP (vorübergehend anwesender Ausländer)
3	=	AA (anonym)
4	=	TEAM (persönlicher TEAM-Code)
5	=	SPAG (selbstzahlender Ausländer)
6	=	ASC (sonstiger konventionierter Ausländer oder andere, nicht in den aufgelisteten Codes vorgesehene Benutzer-Typen)
9	=	CTA (zeitlich begrenzt betreute Bürger) ⁴
A	=	HIC (Rentner und Familienmitglieder von Berufstätigen, die in einem anderen Land wohnen als das Familienoberhaupt) ⁵
X	=	X (Steuernummer + TEAM) ⁹

⁴ Rundschreiben des Assessorates für Gesundheitswesen 7/4/2008, Prot. Nr. 23.2/5507/193474 – “Circolare esplicativa a seguito della comunicazione del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 concernente l’assistenza sanitaria ai cittadini comunitari indigenti moranti in Italia”.

⁵ Rundschreiben des Assessorates für Gesundheitswesen 18/5/2010, Prot. Nr. RUERI/9004 – “Nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale – Compilazione certificato sostitutivo per pensionati (e loro familiari) e familiari di lavoratori

⁹ Rundschreiben des Gesundheitsministeriums 20/3/2012, Prot. Nr. DIGIPROGS/7366 – “Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: passaggio dell’Italia dal doppio reglme contabile a quello unico al costo”

20. CODE DES BETREUTEN (COD_ID)

Für alle in Italien wohnhaften Patienten ist die vom Finanzministerium zugeteilte Steuernummer anzugeben.

Für illegal ins Land eingereiste Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung ist der regionale sechzehnstellige STP-Code (vorübergehend anwesender Ausländer) einzutragen (im Sinne des Dekrets des Präsidenten der Republik vom 31. August 1999, Nr. 394, und des Rundschreibens des Gesundheitsministeriums vom 24. April 2000, Nr. 5), der sich aus STP + Regionscode + Sanitätsbetriebscode + fortlaufende Nummer zusammensetzt.

Im Falle des SASN - Betreuungsberechtigten ist die Steuernummer des Patienten in das Feld einzutragen.

Im Falle eines im Ausland versicherten Patienten ist die auf dem Europäischen Krankenversicherungsausweis (TEAM) vorhandene persönliche Identifizierungsnummer einzutragen und die Versicherungsdaten des Patienten sind in die einschlägigen TEAM-Felder einzusetzen.

Für Ausländer aus Drittstaaten ohne TEAM, die die Leistung selbst bezahlen müssen, ist der zwanzigstellige regionale SPAG-Code einzutragen, der sich aus SPAG + Regionscode + Sanitätsbetriebscode + fortlaufender Nummer zusammensetzt.

Für Ausländer aus konventionierten Ländern (ASC – andere konventionierte Ausländer oder andere, nicht in den aufgelisteten Codes vorgesehene Benutzer-Typen) mit dem zwanzigstelligen ASC-Code ausfüllen (ASC+ Regionscode + Sanitätsbetriebscode + fortlaufende Nummer).

Für den Code anonymer Patienten: zwanzig Mal «X» wiederholen.

Für bedürftige, mittellose EU-Bürger (CTA) muss der zwanzigstellige regionale Code mit dem Kennzeichen CTA eingegeben werden (CTA + Regionscode 041 + Sanitätsbetriebscode (201) + fortlaufende Nummer).

Für Personen, die im Ausland wohnen und mittels Modell E121 (Rentner und deren Familienmitglieder), E109 (Familienmitglieder von Berufstätigen) und E106 (Familienmitglieder von entsandten Arbeitnehmern) versichert sind, mit einem regionalen Code mit Kennzeichen HIC und 16 Zeichen (HIC + regionaler Code 041 + Code des Sanitätsbetriebes 201 + folgende Kennzeichen PT (Rentner) PF (Familienmitglieder eines Rentners) FL (Familienmitglied von Berufstätigen E109), FD (Familienmitglied von Berufstätigen E106) und gefolgt von einer fortlaufenden eindeutigen Zahl, die bei 10001 startet) ausfüllen.

Im Fall von in Italien ansässigen Patienten aber im Ausland versicherten Patienten (TIPO_ID = X) muss die Steuernummer des Finanzministeriums angegeben werden und die Versicherungsdaten des Patienten in die TEAM-Felder eingetragen werden.

21. IDENTIFIKATIONSNUMMER DES TEAM (N_TEAM)

Nur im Falle von nicht ansässigen EU-Bürgern mit TEAM ausfüllen (wie auf dem TEAM vorgesehen).

22. CODE DER ZUSTÄNDIGEN TEAM-INSTITUTION (COD_IST)

Nur im Falle von nicht ansässigen EU-Bürgern mit TEAM ausfüllen (wie auf dem TEAM vorgesehen).

23. KURZBEZEICHNUNG DER INSTITUTION, WELCHE DEN TEAM AUSGESTELLT HAT (DEN_IST)

Nur im Falle von nicht ansässigen EU-Bürgern mit TEAM ausfüllen (wie auf dem TEAM vorgesehen).

24. STAAT, DER DEN TEAM AUSGESTELLT HAT (ST_ESTERO)

Nur im Falle von nicht ansässigen EU-Bürgern mit TEAM ausfüllen (wie auf dem TEAM vorgesehen).

25. ART DER VOM TEAM VORGESEHENEN VERSORGUNG (TIPO_TEAM)

Mit E111 oder E106 je nach vorgesehener Betreuungsform und nur bei nicht ansässigen EU Bürger im Besitz des TEAM ausfüllen (wie auf dem TEAM vorgesehen).,

26. VERFALLSDATUM DES TEAM (DATA_SCAD)

Nur im Falle von nicht ansässigen EU-Bürgern mit TEAM ausfüllen (wie auf dem TEAM vorgesehen).

Gesundheitsdaten

2. NUMMER DER VERSCHREIBUNG/REZEPTBLOCK (NUM_IMP)

Die Nummer der Verschreibung angeben (Strichkcode, ausschließlich dem Sonderzeichen am Anfang der zwei Felder, welche die Rezeptnummer bilden) und das Feld PRES_IMP mit „1“ ausfüllen. In Fällen von Leistungen ohne Verschreibung (z.B. Erste Hilfe, einige Leistungen im Territorium oder zu Hause) muss das Feld folgendermaßen zusammengesetzt sein: 999 + Jahr (2 Zeichen) + Code des Gesundheitsbezirkes (1 Zeichen) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirkes (8 Zeichen) + 0 und das Feld PRES_IMP muss mit „0“ ausgefüllt werden.

27. VORHANDENSEIN EINER VERSCHREIBUNG (PRES_IMP)

Leeres Feld

28. ZUGANGS-ID (ID_ACC)

Die fortlaufende Nummerierung ist für alle Zugänge vorgesehen und ermöglicht es, alle Verschreibungen (ID_IMP) der fachärztlichen Leistungen für denselben Patienten im Rahmen derselben Zugangsform zu verbinden. Dieser Nummer können unterschiedliche Verschreibungs-ID (ID_IMP), aber mit gleicher Zugangsform (MOD_ACC) zugeordnet sein.

Setzt sich zusammen aus: Jahr (4 Ziffern) + Krankenhaus-Code (6 Ziffern) + fortlaufende Zugangsnummer (6 Ziffern).

Beispiel:

Zugangs-ID (ID_ACC)	ID_IMP	Nosografische N.	Zugangsform (MOD_ACC)	COD_ID	Fachbereich
2012041001000001	01	2012000102	14	AAAAAA	05
2012041001000001	02	2012000102	14	AAAAAA	03
2012041001000001	03	2012000102	14	AAAAAA	05

29. ART DER VERSCHREIBUNG (TIPO_IMP)

Leeres Feld

30. DATUM DER VERSCHREIBUNG (DATA_IMP)

Leeres Feld

31. VOM FACHARZT VORGESCHLAGENE VERSCHREIBUNG (IMP_SUGG)

Leeres Feld

32. PRIORITÄT DER LEISTUNG (PRI_PRES)

Leeres Feld

33. ZUGANGSFORM (MOD_ACC)

2	=	Auf der Erste-Hilfe-Station behandelter Patient mit darauf folgendem KH-Aufenthalt in der gleichen oder einer anderen Einrichtung
12	=	Patient wurde im OBI behandelt mit darauf folgendem KH-Aufenthalt in der gleichen oder einer anderen Einrichtung
14	=	Patient, der stationär aufgenommen ist
15	=	Patient, der vor dem programmierten Krankenhausaufenthalt behandelt wird
16	=	Patient, der nach dem Krankenhausaufenthalt behandelt wird
17	=	Spender

34. ART DER EINRICHTUNG (TIP_STRU)

leeres Feld

35. (leeres Feld)

36. LEISTUNGSERBRINGENDE EINRICHTUNG (CO_STS11)

Den Provinzcode der leistungserbringenden Einrichtung wie im ministeriellen Vordruck STS.11 vorgesehen eintragen.

37. FACHGEBIET DES AMBULATORIUMS (SPEC)

Den in Anlage E vorgesehene Spezialgebiets-Code des Ambulatoriums eintragen.

38. DIAGNOSEVERDACHT (DIAG_SOS)

Den vom verschreibenden Arzt auf dem Rezept angegebenen Diagnoseverdacht angeben.
Diagnosecode ICD9-CM versione 2007.

39. VORMERKUNGSDATUM (D_PRENOT)

leeres Feld

40. TARIFVERZEICHNIS - SCHLÜSSEL (COD_NOM)

Kann nachfolgende Werte annehmen:

N = Leistungen, die im nationalen Tarifverzeichnis enthalten sind
I = auf Landesebene zusätzliche eingefügte Leistungen
A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf Landesebene
S= Leistung PS50, OBI60
F =außerhalb der Provinz angeforderte/erbrachte Leistung

Die Codes N, I, A und S sind im Landestarifverzeichnis im Feld „NOTA_PROV“ für jede Leistung festgelegt.

Wenn es sich um eine Leistung handelt, die von einer Landeseinrichtung bei einer Einrichtung außerhalb des Landes beantragt wurde und die im Landestarifverzeichnis keine Codes hat (zum Beispiel die Leistungen mit Codes von XXXXX1 bis XXXXX18, für die sich der Sanitätsbetrieb Bozen an Einrichtungen außerhalb der Provinz gewendet hat) mit „F“ ausfüllen (Außer Provinz).

41. LEISTUNGSCODE (COD_PRES)

Den Leistungscode entsprechend dem Landestarifverzeichnis eintragen (Beschluss der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.98 und anschließende Änderungen). Das Landestarifverzeichnis übernimmt das auf nationaler Ebene mit dem Ministerialdekret vom 22. Juli 1996 festgelegte Verschlüsselungs-System für ambulatorische fachärztliche Leistungen

Die Leistungscodes bestehen aus maximal sieben Zeichen.

Leistungen im Interesse oder auf Antrag des Privaten (Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung im Lebens- und Arbeitsumfeld) werden nicht erhoben und sind zu vollen Lasten des Betreuten, wie die Leistungen der Gesundheitsphysik, Leistungen der öffentlichen Hygiene, Leistungen der Arbeitsmedizin und die Leistungen der Rechtsmedizin (im Landestarifverzeichnis mit dem Code P-DOS, P-LAV, P-LEG verzeichnet).

42. ANZAHL DER LEISTUNGEN (NUM_PRES)

Die Leistungsmenge pro Leistungscode eintragen.

Mit jeder Verschreibung können bis höchstens acht fachärztliche Leistungen des gleichen Fachbereichs verschrieben werden (mit Ausnahme der COD_PRES = 91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.48.4 und 91.48.5, bei denen bis 16 Leistungen verschrieben werden können).

43. ZYKLUS (CICLO)

leeres Feld

44. DATUM DES ZYKLUSBEGINNS (D_CICLO)

leeres Feld

45. LEISTUNGSDATUM (DATA_ERO)

Bezeichnet das Datum, an dem die Leistung erfolgt ist.

Tag, Monat und Jahr im Format TTMMJJJJ eintragen.

Im Falle von mit einem anderen Datum als dem tatsächlichen Leistungsdatum registrierten Verschreibungen ist es unbedingt erforderlich, den tatsächlichen Leistungstag einzutragen. In der Zeile 99 muss das jüngste Datum der Verschreibung d.h. das Datum der letzten Leistung oder das Datum des Abschlusses der Verschreibung eingetragen werden.

46. DIAGNOSEBEFUND (DIAG_REF)

leeres Feld

47. BEFUNDDATUM (DATA_REF)

leeres Feld

48. FACHBEREICH (BRANCA)

Den Fachbereichs-Code der Leistung entsprechend Anlage D eintragen.

Falls eine Leistung im Verzeichnis "Sonstige Leistungen" (Fachbereich 26) enthalten ist, und auf einer Verschreibung mit Leistungen steht, die einem anderen Fachbereich angehören, so muss sie auch diesem Fachbereich zugeordnet werden. Falls eine dieser Leistungen hingegen einzeln verschrieben wird, so muss sie dem Fachbereich der leistenden Kostenstelle/ des Facharztes zugeordnet werden („Einheitstext der Leitlinien“ - Anlage des Beschlusses der L.R. Nr. 2390 vom 14/06/1999).

Nur falls der leistenden Kostenstelle/dem Facharzt kein Fachbereich entspricht (z. B. Pädiatrie, Medizin, Geriatrie) darf der Code 26 zugeordnet werden.

49. LEISTUNGSREGELUNG (REG_EROG)

leeres Feld

50. TICKET-POSITION DES PATIENTEN (POS_TICK)

Immer mit 1 bewerten (=Befreit /nicht zu zahlendes Ticket)

51. BEFREIUNGSART (TP_ESENZ)

Immer mit X (=Ticket nicht zu zahlen) ausfüllen.

52. BEFREIUNGSCODE (COD_ESENZ)

Immer mit TR (=Leistungen, für welche keine Ticketeinnahme vorgesehen ist) ausfüllen.

53. TICKETBETRAG IN EURO (IMP_TICK)

Immer mit 0 ausfüllen

54. GESAMTBETRAG IN EURO (IMP_TARI)

In der Zeile/Datensatz mit einem anderen Wert als "99" im Feld "fortlaufende Zeile" den als Produkt des Feldes "Anzahl der Leistungen" und dem Leistungstarif berechneten Betrag eintragen. In der Zeile/Datensatz mit Wert "99" im Feld "laufende Zeile" die Summe der Beträge eintragen.

55. NOSOGRAFISCHE NUMMER - NUMMER DES ENTLASSUNGSBOGENS (NOSOGRAF)

Die Nummer des Entlassungsbogens entspricht der Nummer, die der Kennzeichnung der Krankengeschichte dient.

Der zu verwendende Code besteht aus zehn Zeichen, von denen die ersten 4 das Aufnahmejahr bezeichnen, während die übrigen sechs Zeichen der fortlaufenden Jahresnummerierung dienen.

Die fortlaufende Nummerierung ist für alle Zugänge vorgesehen (außer für die Blutspender, mit MOD_ACC=17) und ermöglicht es, alle Zugänge und daher die Verschreibungen alle für denselben Patienten erbrachten fachärztlichen Leistungen im Rahmen desselben Krankenhausaufenthaltes zu verbinden. Dieser Nummer können unterschiedliche Verschreibungs-ID (ID IMP) und unterschiedliche Zugangs-ID (ID ACC) zugeordnet sein.

Beispiel

Zugang-ID (ID_ACC)	ID_IMP	Nosografische N.	Zugangsform (MOD_ACC)	COD_ID	Fachbereich
2012041001000001	01	2012000102	14	AAAAAA	05
2012041001000001	02	2012000102	14	AAAAAA	03
2012041001000001	03	2012000102	14	AAAAAA	05
2012041001000010	10	2012000102	15	AAAAAA	08
2012041001000010	11	2012000102	15	AAAAAA	01
2012041001000010	12	2012000102	15	AAAAAA	05
2012041001000023	101	2012000102	16	AAAAAA	09
2012041001000023	102	2012000102	16	AAAAAA	10
2012041001000023	103	2012000102	16	AAAAAA	11

56. LEISTUNGSERBRINGENDE EINHEIT (CDC)

Die Kennnummer des Erbringungsortes im Sinne des Beschlusses der Landesregierung Nr. 1193 vom 11.04.2005 "System zur Gebarungskontrolle des Landesgesundheitsdienstes: Genehmigung der Richtlinien betreffend die Kostenerhebung, das Kodifizierungssystem der Kostenstellen, den Plan der Produktionsfaktoren und die Datensatzstruktur" und darauf folgende Änderungen, angeben.

Falls im Gesundheitsbezirk Bozen für andere Gesundheitsbezirke Leistungen erbracht werden, muss die Kostenstelle der Leistung eingegeben werden.

Wenn z. B. eine Entnahme in Brixen gemacht wird und dann an den Dienst für pathologische Histologie von Bozen zur fachlichen Untersuchung zugeschickt wird, müssen beide Kostenstellen erhoben werden: für die Entnahme jene von Brixen und für die restlichen Untersuchungen jene des landesweiten Dienstes von Bozen.

Die Daten **der Verschreibung müssen vom Gesundheitsbezirk, der die Entnahme vorgenommen hat**, an die Provinz übermittelt werden, d.h. **der Gesundheitsbezirk an den sich der Patient gewandt hat** (im obgenannten Beispiel ist es der Gesundheitsbezirk Brixen).

57. EINGABEART DER VERSCHREIBUNG (TIPO_OPER)

Leeres Feld

58. RAGGRUPPIERUNGSCODE (COD_RAG)

Leeres Feld

59. NICHT ÜBEREINSTIMMENDE STEUERNUMMER (CF_DISC)

Leeres Feld

60. VERSPÄTETE ÜBERMITTLUNG (ALTRO)

Leeres Feld

61. KOSTENSTELLE DES SANITÄTSBETRIEBES (CDDC_AS)

Den Code der Kostenstelle angeben, wo die Leistung erbracht wird, laut Kostenstelleplan des Sanitätsbetriebes⁶.

⁶ Das Feld CDC_AS wurde aufgrund der Anfrage des Generaldirektors des Sanitätsbetriebes mit Schreiben vom 07.05.2012 Prot. 0048184-BZ 08.05.2012 eingefügt..

ANLAGE A : Meldeamtlichen Daten, die der Südtiroler Informatik AG vom Sanitätsbetrieb zugesandt werden

N.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	bis	Obl.
1	ASL_INV	Übermittelnder Sanitätsbezirk	AN	3	1	3	OBB V
2	NUM_IMP	Verschreibungs-/Rezeptnummer	AN	16	4	19	OBB V
3	ID_IMP	Verschreibungs-Id	AN	30	20	49	OBB V
4	PROG_IMP	Fortlaufende Zeile für Verschreibung/Rezept	N	2	50	51	OBB V
5	COG	Nachname des Patienten	AN	30	101	130	OBB V
6	NOME	Name des Patient	AN	20	131	150	OBB V
7	NOMEA	Erworbener Nachname	AN	30	151	180	
8	SESSO	Geschlecht	AN	1	181	181	OBB V
9	DNASCITA	Geburtsdatum	D	8	182	189	OBB V
10	COM_NASC	Geburtsgemeinde	AN	6	190	195	OBB V
11	S_CIVILE	Familienstand	AN	1	196	196	
12	COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN	6	197	202	OBB V
13	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	3	203	205	OBB V
14	COD_SANI	Persönlicher Sanitätscode	AN	20	206	225	OBB
15	REG_RES	Wohnsitzregion	AN	3	226	228	OBB V
16	ASL_RES	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb/Gesundheitsbezirk	AN	3	229	231	
17	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	3	232	234	
18	ASL_ASS	Betreuungssanitätsbetrieb/ Gesundheitsbezirk	AN	3	235	237	
19	TIPO_ID	Identifikationsart	AN	1	238	238	OBB V
20	COD_ID	Code des Patienten	AN	20	239	258	OBB V
21	N_TEAM	Identifikationsnummer des TEAM	AN	20	259	278	OBB
22	COD_IST	Code der zuständigen Team-Institution	AN	15	279	293	OBB
23	DEN_IST	Kurzbezeichnung der Institution, welche den Team ausgestellt hat	AN	30	294	323	
24	ST_ESTERO	Staat, der den Team ausgestellt hat	AN	2	324	325	OBB
25	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Versorgung	AN	4	326	329	
26	DATA_SCAD	Verfallsdatum des TEAM	D	8	330	337	OBB

Legende:

OBB = unter bestimmten Voraussetzungen obligatorisches Feld

OBBV = obligatorisches Feld

"leer"= nicht obligatorisch

Anmerkung

Die Felder mit **alphanumerischem Datensatz (AN)** sind immer **linksbündig** und werden mit Leerzeichen **rechts ausgefüllt**.

Die Felder mit **numerischem Datensatz (N)** sind immer **rechtsbündig** und **mit Null ausgefüllt**.

Die **Datenfelder** haben immer das Forma **TTMMJJJJ**; wenn sie fehlen, mit **Leerzeichen** ausfüllen.

ANLAGE B : Klinische Daten, die der Südtiroler Informatik AG vom Sanitätsbetrieb zugesandt werden

N.	Name	Beschreibung	Typ	Läng	Von	bis	Obl.
1	ASL_INV	Übermittelnder Sanitätsbetrieb/Sanitätsbezirk	AN	3	1	3	OBB V
2	NUM_IMP	Verschreibungs-/Rezeptnummer	AN	16	4	19	OBB V
3	ID_IMP	Verschreibungs-Id	AN	30	20	49	OBB V
4	PROG_IMP	Fortlaufende Zeile für Verschreibung/Rezept	N	2	50	51	OBB V
27	PRES_IMP	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	52	52	
28	ID_ACC	Zugangs-ID	AN	16	53	68	OBB V
29	TIPO_IMP	<i>Leeres Feld</i>	AN	2	69	70	
30	DATA_IMP	<i>Leeres Feld</i>	D	8	71	78	
31	IMP_SUGG	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	79	79	
32	PRI_PRES	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	80	80	
33	MOD_ACC	Zugangsform	AN	2	81	82	OBB V
34	TIP_STRU	Art der Einrichtung	AN	1	83	83	
35		<i>Leeres Feld</i>	AN	9	84	92	
36	CO_STS11	Leistungserbringende Einrichtung	AN	6	93	98	OBB
37	SPEC	Fachgebiet des Ambulatoriums	AN	3	99	101	OBB
38	DIAG_SOS	Diagnoseverdacht	AN	5	102	106	OBB
39	D_PRENOT	<i>Leeres Feld</i>	AN	8	107	114	
40	COD_NOM	Tarifverzeichnis-Schlüssel	AN	1	115	115	OBB
41	COD_PRES	Leistungscode	AN	7	116	122	OBB
42	NUM_PRES	Anzahl der Leistungen	AN	3	123	125	OBB
43	CICLO	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	126	126	
44	D_CICLO	<i>Leeres Feld</i>	D	8	127	134	
45	DATA_ERO	Leistungsdatum	D	8	135	142	OBB V
46	DIAG_REF	<i>Leeres Feld</i>	AN	5	143	147	
47	DATA_REF	<i>Leeres Feld</i>	D	8	148	155	
48	BRANCA	Fachbereich	AN	2	156	157	OBB V
49	REG_EROG	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	158	158	
50	POS_TICK	Ticket-Position des Patienten	AN	2	159	160	OBB V
51	TP_ESENZ	Befreiungsart	AN	1	161	161	OBB V
52	CD_ESENZ	Befreiungscode	AN	6	162	167	OBB V
53	IMP_TICK	Ticketbetrag in Euro (0,00)	N	7	168	174	OBB V
54	IMP_TARI	Gesamtbetrag in Euro (99999,99)	N	8	175	182	OBB V
55	NOSOGRAF	Nummer des Entlassungsbogens	AN	10	183	192	OBB
56	CDC	Leistungserbringende Einheit	AN	20	193	212	OBB
57	TIPO-OPER	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	213	213	
58	COD_RAG	<i>Leeres Feld</i>	N	1	214	214	
59	CF_DISC	<i>Leeres Feld Leeres Feld</i>	AN	1	215	215	
60	ALTRO	<i>Leeres Feld</i>	AN	1	216	216	
61	CDC_AS	Code der Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	N	10	217	226	

ANLAGE C : Datensatzformat der Kontrollen

	Name	Beschreibung	Art	Pflicht	Kontrollen
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN(3)	OBB V	Obligatorisch Wert innerhalb: 101,102,103,104 Überprüfung ob ASL_INV = Zeichen 5 – 7 des Feldes ID_IMP Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
2	NUM_IMP	Verschreibungs-/Rezeptnummer	AN(16)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung ob NUM_IMP 15 Zeichen lang ist und das folgende Format hat: <ul style="list-style-type: none"> • Ziffern 1-3: 999 • Ziffern 4-5 müssen einem Jahr entsprechen u.z. <= des Leistungsjahres • Ziffern 6: übermittelnder Gesundheitsbezirk (1= Bozen, 2= Meran, 3= Brixen, 4= Bruneck) • Ziffern 7-14: einheitliche fortlaufende Nummer innerhalb des übermittelnden Gesundheitsbezirkes • Ziffer 15 = 0 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
3	ID_IMP	Verschreibungs-Id	AN(20)	OBB V	Obligatorisch Überprüfen ob ID_IMP 20 Zeichen lang ist und das folgende Format hat: Jahr (4 Ziffern) + Code des Gesundheitsbezirkes (3 Ziffern) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirkes (13 Ziffern). Überprüfung Jahr >= Leistungsdatum in der Zeile mit PROG_IMP = 99 Überprüfung Code des Gesundheitsbezirkes: 101,102,103,104
4	PROG_IMP	Fortlaufende Zeile für Verschreibung/Rezept	N(2)	OBB V	Obligatorisch Überprüfen, dass innerhalb der gleichen Verschreibung nur eine einzige Zeile 99 vorhanden ist Überprüfen, dass jede Verschreibung mindestens eine Zeile "99" und eine Detailzeile mit PROG_IMP<> 99.
5	COG	Nachname	AN(30)	OBB V	Obligatorisch Falls = ANONIMO überprüfen dass TIPO_ID=3 und NOME = "ANONIMO" Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
6	NOME	Name	AN(20)	OBB V	Obligatorisch Falls = ANONIMO, überprüfen, dass TIPO_ID =3 und COG = „ANONIMO“. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
7	NOMEA	Erworbener Nachname	AN(30)		
8	SESSO	Geschlecht	AN(1)	OBB V	Obligatorisch Werte: 1 (= männlich), 2 (= weiblich) Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
9	DNASCITA	Geburtsdatum	D(8)	OBB V	Obligatorisch

	Name	Beschreibung	Art	Pflicht	Kontrollen
					Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ. DNASCITA < Datum des Systems DNASCITA <= DATA_EROG Nicht überprüfen, falls das Feld eines nicht obligatorischen Datums leer ist. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
10	COM_NASC	Geburtsgemeinde	AN(6)	OBB V	Obligatorisch Wenn NOME =ANONIMO müssen die ersten 3 Ziffern einem Code der italienischen Provinzen (ISTAT-Code) oder dem Code „999“ entsprechen. Wenn NOME <> ANONIMO: Sind die ersten drei Zeichen <> „999“ prüfen, dass die Gemeinde im Verzeichnis der italienischen Gemeinden der ISTAT-Code vorhanden ist. Sind die ersten drei Zeichen = “999” prüfen, dass der Kode im Verzeichnis der ausländischen Staaten vorhanden ist (Code des Innenministeriums, ausgeschlossen Code „100“ für Italien). Weitere mögliche Code: Wenn in Italien geboren, die Gemeinde unbekannt:999997. Wenn im Ausland geboren und bei unbekanntem Staat 999998. Keine Information zur Gemeinde: 999999 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
11	S_CIVILE	Familienstand	AN(1)		Falls ausgefüllt, das Vorhandensein nachfolgender Werte überprüfen: 1,2,3,4,5,6 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
12	COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN(6)	OBB V	Obligatorisch Sind die ersten drei Zeichen <> „999“ prüfen, dass die Gemeinde im Verzeichnis der italienischen Gemeinden der ISTAT-Code vorhanden ist. Sind die ersten drei Zeichen = “999” prüfen, dass der Kode im Verzeichnis der ausländischen Staaten vorhanden ist (Code des Innenministeriums, ausgeschlossen Code „100“ für Italien). Weitere mögliche Code: Wenn in Italien ansässig, aber die Gemeinde unbekannt:999997. Wenn im Ausland ansässig und bei unbekanntem Staat 999998. Keine Information zur Gemeinde: 999999 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
13	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN(3)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung, dass Staatsbürgerschaft gleich 100 oder 999 oder 998 oder die Staatsbürgerschaft im Verzeichnis der ausländischen Staaten (Codes des Innenministeriums) vorhanden ist. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
14	COD_SANI	Persönlicher Sanitätscode	AN(20)	OBB	Obligatorisch wenn VORNAME <> ANONIMO Überprüfung des korrekten Codes anhand des automatischen Kontrollverfahrens der Landesdatenbank der meldeamtlichen Daten (APA). Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
15	REG_RES	Wohnsitzregion	AN(3)	OBB V	Obligatorisch Vorhandensein des Codes im Verzeichnis der italienischen Regionen (Codes des

	Name	Beschreibung	Art	Pflicht	Kontrollen
					Gesundheitsministeriums) oder im Verzeichnis der ausländischen Staaten überprüfen (Codes des Innenministeriums). Im Falle einer italienischen Region die Übereinstimmung mit der Wohnsitzgemeinde überprüfen. Falls die Gemeinde unbekannt ist (COM_RES=999999, 999998 oder 999997) überprüfen, dass REG_RES=000. Überprüfen, dass alle Zeilen gleich ausgefüllt sind
16	ASL_RES	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb/ Gesundheitsbezirk	AN(3)		Überprüfung des Vorhandenseins des Codes in der Liste der italienischen Sanitätsbetriebe (MD 17.09.1986). Falls ausgefüllt die Übereinstimmung mit der Wohnsitzregion überprüfen. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
17	REG_ASS	Betreuungsregion	AN(3)		Vorhandensein des Codes in Regionenverzeichnis überprüfen. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
18	ASL_ASS	Betreuungs Sanitätsbetrieb/ Gesundheitsbezirk	AN(3)		Überprüfung des Vorhandenseins des Codes in der Liste der italienischen Sanitätsbetriebe (MD 17.09.1986) Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
19	TIPO_ID	Identifikationsart	AN(1)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des Wertes zwischen: 1,2,3,4,5,6,9,A,X. Bei TIPO_ID = A überprüfen dass COM_RES <> italienischen Gemeinden der ISTAT-Code oder 999997 ist Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
20	COD_ID	Code des Patienten	AN(20)	OBB V	Obligatorisch Bei TIPO_ID = 1 o. X überprüfen ob das Feld 16 Zeichen lang ist und ob es in der Landesdatenbank der meldeamtlichen Daten vorhanden ist. Falls TIPO_ID = 2 überprüfen, dass im Feld COD_ID folgendes steht STP(3)+Regionalcode(3)+SB-Code(3)+fortlaufende Nummer(7), und dass das Feld 16 Zeichen lang ist. Falls TIPO_ID = 3 überprüfen, dass das Feld mit 20 "X" ausgefüllt ist und im Feld NOME = „ANONIMO“ steht Falls TIPO_ID =5 überprüfen, dass im Feld COD_ID folgendes steht: SPAG(4)+Regionalcode(3)+SB-Code(3)+fortlaufende Nummer (10) und dass REG_ERO=9 ist und dass das Feld 20 Zeichen lang ist. Falls TIPO_ID =6 überprüfen, dass im Feld COD_ID folgendes steht: ASC(3)+Regionalcode(3)+SB-Code(3)+fortlaufende Nummer(11) und dass das Feld 20 Zeichen lang ist. Falls TIPO_ID=9prüfen, dass im Feld COD_ID folgendes steht: CTA(3) + Code der Region (3) +Code des Sanitätsbetriebes (3) + fortlaufende Nummer (11) und dass das Feld 20 Zeichen lang ist. Falls TIPO_ID=Aprüfen, dass im Feld COD_ID folgendes steht: HIC041201 + (PT/PF/FL/FD) + fortlaufende Nummer (5) und ob das Feld 16 Zeichen lang ist.. Falls das Feld 20"X" enthält dann Überprüfung dass TIPO_ID=3 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
21	N_TEAM	Identifikationsnummer des TEAM	AN(20)	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 o. X Ausfüllen folgender Felder prüfen: COD_IST, ST_ESTERO, DATA_SCAD.

	Name	Beschreibung	Art	Pflicht	Kontrollen
					Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
22	COD_IST	Code der zuständigen Team-Institution	AN(15)	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 o. X Ausfüllen folgender Felder prüfen: N_TEAM, ST_ESTERO, DATA_SCAD. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
23	DEN_IST	Kurzbezeichnung der Institution, welche den Team ausgestellt hat	AN(30)		
24	ST_ESTERO	Staat, der den Team ausgestellt hat	AN (2)	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 o. X Ausfüllen folgender Felder prüfen: N_TEAM, COD_IST, DATA_SCAD. Überprüfen ob das Feld 2 Zeichen lang ist. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
25	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Versorgung	AN(4)		Wenn ausgefüllt überprüfen ob gleich E111 oder E106 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
26	DATA_SCAD	Verfallsdatum des TEAM	D(8)	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 o. X Ausfüllen folgender Felder prüfen: N_TEAM, COD_IST, ST_ESTERO. DATA_SCAD > DNASCITA DATA_SCAD >= DATA_EROG Nicht überprüfen, falls das Feld eines der nicht obligatorischen Daten leer ist. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
27	PRES_IMP	Vorhandene Verschreibung	AN(1)		Leeres Feld
28	ID_ACC	Zugangd-ID	AN(16)	OBB V	Obligatorisch Das Feld muss mit 16 Zeichen ausgefüllt sein Überprüfe Zusammenstellung: Position 1-4 = Jahr (<= des Leistungsjahres) , Position 5 - 10 Code der Landeskrankenanstalt, 11-16 fortlaufende Zahl. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
29	TIPO_IMP	Art der Verschreibung	AN(2)		Leeres Feld
30	DATA_IMP	Datum der Verschreibung	D(8)		Leeres Feld
31	IMP_SUGG	Vom Facharzt vorgeschlagene Verschreibung	AN(1)		Leeres Feld
32	PRI_PRES	Priorität der Leistung	AN(1)		Leeres Feld
33	MOD_ACC	Zugangsform	AN(2)	OBB V	Obligatorisch Gültige Werte 2, 12, 14, 15, 16, 17 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
34	TIP_STRU	Art der Einrichtung	AN(1)		Leeres Feld
35			AN(9)		Leeres Feld

	Name	Beschreibung	Art	Pflicht	Kontrollen
36	CO_STS11	Leistungserbringende Einrichtung	AN(6)	OBB	Obligatorisch wenn PROG_IMP <> 99 Der Wert ist im Landesverzeichnis der STS11 Kodizes enthalten (zum Leistungsdatum)
37	SPEC	Fachgebiet des Ambulatoriums	AN(3)	OBB	Obligatorisch für PROG_IMP <> 99 Überprüfe Wert in der Anlage E außer den Code „000“
38	DIAG_SOS	Diagnoseverdacht	AN(5)	OBB	Obligatorisch, falls MOD_ACC <=> 17 (Blutspender) Überprüfe Werte in der Tabelle ICD-9-CM –Version 2007
39	D_PRENOT	Vormerkungsdatum	AN(8)		Leeres Feld
40	COD_NOM	Tarifverzeichnis-Schlüssel	AN(1)	OBB	Obligatorisch falls PROG_IMP <> 99 Wert: N, I, A, F,S
41	COD_PRES	Leistungscode	AN(7)	OBB	Obligatorisch falls PROG_IMP <> 99 Falls COD_NOM <> F überprüfen, dass der Wert im Landestarifverzeichnis vorhanden ist und dass dieser mit dem Code COD_NOM übereinstimmt.
42	NUM_PRES	Anzahl der Leistungen	AN(3)	OBB	Obligatorisch wenn PROG_IMP <> 99 <u>In der Zeile mit PROG_IMP <> 99 prüfe, dass das Feld <> '000' und nicht leer ist.</u> Falls CICLO = 0 und COD_PRES=91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.48.4 oder 91.48.5 dann muss die SUMME der NUM_PRES für jede Verschreibung ein Wert zwischen 1 und 16 (\sum (NUM_PRES) zwischen 1 und 16) sein; falls CICLO = 0 und COD_PRES nicht in die obgenannten Werte fällt, dann MUSS die SUMME der NUM_PRES pro Verschreibung ein Wert zwischen 1 und 8 (\sum (NUM_PRES) zwischen 1 und 8) sein. Falls CICLO = 1 dann MUSS die SUMME der NUM_PRES pro Verschreibung eine Wert zwischen 1 und 60 sein (\sum (NUM_PRES)).
43	CICLO	Zyklus	AN(1)		Leeres Feld
44	D_CICLO	Datum des Zyklusbeginns (ddmmyyyy)	D(8)		Leeres Feld
45	DATA_ERO	Leistungsdatum	D(8)	OBB V	Obligatorisch Gültiges Format TTMMJJJJ wenn PROG_IMP <> 99 überprüfen: DATA_ERO < Datum des Systems DATA_ERO >= DNASCITA DATA_ERO =<DATA_SCAD wenn PROG_IMP = 99 überprüfen: DATA_ERO >=DATA_ERO der Zeilen mit PROG_IMP<>99 DATA_ERO =< Datum des Systems Nicht überprüfen, falls das Feld eines der nicht obligatorischen Daten leer ist.
46	DIAG_REF	Diagnosebefund	AN(5)		Leeres Feld
47	DATA_REF	Befunddatum (Ddmmmyyyy)	D(8)		Leeres Feld
48	BRANCA	Fachbereich	AN(2)	OBB V	Obligatorisch

	Name	Beschreibung	Art	Pflicht	Kontrollen
					Überprüfung Vorhandensein des Codes in der Anlage D Für PROG_IMP <>99 und COD_NOM<>F überprüfen dass der Fachbereich mit dem COD_PRES übereinstimmt. Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
49	REG_EROG	Leistungsregelung	AN(1)		Leeres Feld
50	POS_TICK	Ticket-Position des Patienten	AN(2)	OBB V	Obligatorisch Immer mit 1 ausfüllen.
51	TP_ESENZ	Befreiungsart	AN(1)	OBB V	Obligatorisch Immer mit X ausfüllen.
52	CD_ESENZ	Befreiungscode	AN(6)	OBB V	Obligatorisch Immer mit TR ausfüllen.
53	IMP_TICK	Ticketbetrag in Euro (9999,99)	N(7)	OBB V	Obligatorisch Immer mit 0,00 ausfüllen.
54	IMP_TARI	Gesamtbetrag in Euro (99999,99)	N(8)	OBB V	Obligatorisch Falls PROG_IMP <> 99 und MOD_ACC=10: überprüfe ob IMP_TARI = Betrag der Versuchsprojekte x NUM_PRES. Falls PROG_IMP <> 99 und COD_NOM <>F: IMP_TARI = Betrag der Leistung gemäß Landestarifverzeichnis x NUM_PRES. Falls PROG_IMP <> 99 und COD_PRES = 2011: muss IMP_TARI <= Betrag der Leistung gemäß des geltenden Tarifverzeichnisses x NUM_PRES sein. Falls PROG_IMP = 99: IMP_TARI = Summe der Tarifbeträge der Zeilen PROG_IMP <> 99
55	NOSOGRAF	Nummer des Entlassungsbogens	AN (10)	OBB	Obligatorisch wenn MOD_ACC <> 17 (= Blutspender) Überprüfen, dass alle Zeilen gleich ausgefüllt sind.
56	CDC	Leistungserbringende Einheit	AN(20)	OBB	Obligatorisch wenn PROG_IMP <> 99 Das Vorhandensein des Codes im Kostenstellenplan gemäß Beschluss der L.R. n.1193 del 11/04/2005 in geltender Fassung überprüfen. Trennzeichen '-' zwischen einer Ebene und der nächsten.
57	TIPO_OPER	Eingabeart der Verschreibung	AN(1)		Leeres Feld
58	COD_RAG	Raggruppierungscode	N(11)		Leeres Feld
59	CF_DISC	Nicht übereinstimmende Steuernummer	AN(1)		Leeres Feld
60	ALTRO	Übermittlung nach dem vorgeschriebenen Termin	AN (1)		Leeres Feld
61	CDC_AS	Code der Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	N (10)		Falls ausgefüllt, das Vorhandensein des Codes in der Domaintabelle der Kostenstellen des Sanitätsbetriebes überprüfen

ANLAGE D : Codes der Fachbereiche

Code	Beschreibung
01	ANÄSTHESIE
02	KARDIOLOGIE
03	ALLGEMEINE CHIRURGIE
04	PLASTISCHE CHIRURGIE
05	GEFÄSSCHIRURGIE- ANGIOLOGIE
06	DERMOSIFILOPATHIE
07	BILDDIAGNOSTIK: NUKLEARMEDIZIN
08	BILDDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE
09	ENDOKRINOLOGIE
10	GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE
11	CHEMISCHES UND KLINISCHES LABOR - MIKROBIOLOGIE VIROL.- ANAT. UND IST.PATOL. – GENET. – IMMUNOEM. UND TRASF. D.
12	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION – WIEDERHERSTELLUNG UND REHABILITATION -
13	NEPHROLOGIE
14	NEUROCHIRURGIE
15	NEUROLOGIE
16	AUGENHEILKUNDE
17	ODONTOSTOMATOLOGIE – GESICHTS- UND KIEFERCHIRURGIE
18	ONKOLOGIE
19	ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE
20	GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE
21	HALS-NASEN-OHREN-ABTEILUNG
22	PNEUMOLOGIE
23	PSYCHIATRIE
24	STRAHLENTHERAPIE
25	UROLOGIE
26	SONSTIGE LEISTUNGEN

ANLAGE E : Codes der Fachgebiete

Cod	Disziplin	Cod	Disziplin
1	Allergologie	40	Psychiatrie
3	Anatomie und pathologische Histologie	42	Toxikologie
5	Angiologie	43	Urologie
6	Pädiat. Cardiochirurgie	48	Nephrologie (zur Nierentransplantation befähigt)
7	Kardiochirurgie	49	Intensivtherapie
8	Kardiologie	50	Koronareinheit
9	Allgemeine Chirurgie	52	Dermatologie
10	Gesichts- und Kieferchirurgie	54	Blutdialyse
11	Kinderchirurgie	56	Wiederherstellung und Rehabilitation
12	Plastische Chirurgie	57	Reprodukt. menschliche Physiopathologie
13	Thoraxchirurgie	58	Gastroenterologie
14	Gefäßchirurgie	61	Nuklearmedizin
15	Sportmedizin	62	Neonatalogie
18	Hämatologie, Immunhämatol.	64	Onkologie
19	Endokrine Krankh., Diabetologie	65	Kinder-Onkohämatologie
20	Immunologie	66	Onkohämatologie
21	Geriatric	68	Pneumologie
24	Infektions- und Tropenkrankheiten	69	Radiologie
25	Arbeitsmedizin	70	Strahlentherapie
26	Allgemeine Medizin	71	Rheumatologie
28	Spinaleinheit	73	Intensivtherapie für Säuglinge
29	Nephrologie	75	Neurorehabilitation
30	Neurochirurgie	76	Kinder-Neurochirurgie
32	Neurologie	77	Kinder-Nephrologie
33	Kinder-Neuropsychiatrie	78	Kinder-Urologie
34	Augenheilkunde	82	Anästhesie und Reanimation
35	Odontoiatrie und Stomatologie	100	Labor f. chemisch-klinische Untersuchungen
36	Orthopädie und Traumatologie	101	Mikrobiologie und Virologie
37	Geburtshilfe und Gynäkologie	102	Transfusionszentrum
38	HNO	103	Immunhämatologie
39	Pädiatrie	104	Röntgendiagnostik
		104	Neuroradiologie
		000	Sonstiges