

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Gesundheit
Beobachtungsstelle für Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Salute
Osservatorio per la Salute

Leitlinien für das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“ (EHB)

Herausgegeben von der Gesundheitsbeobachtung

Version: Oktober 2011 (am 05.06.2019 aktualisiert)

(Beschluss der L.R. Nr.1626 vom 24/10/2011)

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen

Abteilung Gesundheitswesen

Gesundheitsbeobachtung

Verfügbare Kopien:

Abteilung Gesundheitswesen – Beobachtungsstelle für Gesundheit

Kanonikus M. Gamperstraße 1 – 39100 Bozen

Tel. 0471-418040

E-Mail: mirko.bonetti@provincia.bz.it

Herunterzuladen unter:

<http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung>

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	1
EINFÜHRUNG.....	3
ERSTER TEIL.....	5
Allgemeine Merkmale des Informationsverfahrens „Erste Hilfe-Bogen“	5
1. ZIELE DES INFORMATIONSVERFAHRENS „ERSTE HILFE-BOGEN“	6
2. ANWENDUNG DES INFORMATIONSVERFAHRENS.....	6
2.1. ANWENDUNGSBEREICH DES VERFAHRENS	6
2.2. INKRAFTTRETEN DES VERFAHRENS	6
3. ERFASSUNGSEINHEIT	7
4. VERSORGUNG DES ERSTE HILFE-PATIENTEN	7
5. TRIAGE.....	10
6. ANLEGEN DES ERSTE HILFE-BOGENS (ERSTE HILFE-PROTOKOLL).....	11
7. REGISTRIERUNG DER LEISTUNGEN	11
8. ZUGANGSARTEN	13
8.1. ZUGANG EINES „INSTABILEN“ PATIENTEN.....	13
8.2. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN, DER SICH SPONTAN EINFINDET (OHNE ANSUCHEN DES ALLGEMEINMEDIZINERS).....	13
<i>8.2.1. PATIENT, DER VOM ERSTE HILFE-ARZT UNTERSUCHT WIRD</i>	<i>13</i>
<i>8.2.2. PATIENT, DER DIREKT IN DIE AMBULANZEN/ABTEILUNGEN/DIENSTE INGEWIESEN WIRD.....</i>	<i>14</i>
8.3. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN MIT VERSCHREIBUNG DES ALLGEMEINMEDIZINERS.....	15
8.4. ZUGANG ZWECKS KONTROLLVISTEN UND/ODER NACHBEHANDLUNGEN	15
9. SCHLIESSEN DES ERSTE HILFE-BOGENS	20
10. KOSTENBETEILIGUNG (TICKET).....	20
11. ERFASSUNG DER BERGUNFÄLLE.....	21
12. ERSTE HILFE- UND O.B.I. DIAGNOSE.....	21
13. NOTEINSÄTZE.....	21
14. ZUGÄNGE MIT AUFENTHALT	22
15. ANONYMITÄT	22
16. DATENSCHUTZ.....	23
17. KONTROLLE DER DATENQUALITÄT UND ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES.....	23
18. ÜBERMITTLUNG DER DATEN DEM MINISTERIUM.....	24

19. DATENAUFBEWAHRUNG	24
20. AUFGABEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN	24
ZWEITER TEIL.....	26
Inhalt des Verfahrens	26
1. DER ERSTE HILFE-BOGEN.....	27
2. DEFINITION UND INHALT DER VARIABLEN UND DEREN KODIERUNG	28
2.1. ARCHIV 1 – MELDEAMTLICHE DATEN	28
2.2. ARCHIV 2 – VERWALTUNGSDATEN	34
2.3. ARCHIV 2 –TRIAGE-DATEN	35
2.4. ARCHIV 2 – ZUGANGSDATEN.....	36
2.5. ARCHIV 2 – DATEN ZU BERGUNFÄLLEN	40
2.6. ARCHIVI 2 – DATEN ZUR DIAGNOSE UND ZUM AUSGANG.....	42
2.7 ARCHIV 2 – O.B.I. DATEN.....	48
ANLAGE:.....	50
ANLAGE 1: DATENSATZ FÜR DIE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT UND DIE ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES.....	51
ANLAGE 2: ART DER VERLETZUNG - BETROFFENER KÖRPERTEIL.....	55
ANLAGE 3: LISTE DER AUTOMATISCHEN KONTROLLEN	64
ANLAGE 4: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS GESUNDHEITSMINISTERIUM.....	74
ANLAGE 5: UMKODIFIZIERUNGSTABELLE DER BEFREIUNGSCODES (COD_ESEN) MIT DER TICKET-POSITION DES PATIENTEN (POS_TICKET).....	79
ANLAGE 6: ZUSENDUNGSTERMINE.....	84

EINFÜHRUNG

Auf gesamtstaatlicher Ebene wurde ein Programm zur Neuordnung des Krankenhausnetzes und der medizinischen Notfalldienste erarbeitet. Die nationalen Leitlinien für die Organisation des „Medizinischen Notfallsystems“ sollen den Bürgern eine rechtzeitige und effiziente medizinische Versorgung in Notlagen gewährleisten. Dieses Notfallsystem dient zur Überwachung der erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen von Seiten der Ersten Hilfe und der Notrufzentrale 118.

Unter Berücksichtigung der Komplexität dieses Notfallsystems und des Ziels, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, dass die Verfügbarkeit und den Austausch der Informationen ermöglicht, ist die Entwicklung eines angemessenen Informationssystems grundlegend.

Dieses Informationsverfahren ermöglicht die Erhebung von Informationen über die Patienten, die erbrachten Leistungen und die Merkmale des Notfalldienstes.

Gegenständliches Dokument enthält die Leitlinien für die Erhebung der Aufnahmen der Ersten Hilfe Dienste anhand des Informationsverfahrens „Erste Hilfe-Bogen“. Diese Leitlinien wurden aufgrund des Ministerialen Dekrets vom 17. Dezember 2008 „Errichtung des Informationssystems zur Überwachung der erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen“ aktualisiert und ersetzen die vorhergehenden Versionen (L.R. Nr. 3642 vom 06/10/2008). Im Vergleich zur vorhergehenden Version wurden neue Variablen hinzugefügt (Diagnose, Leistungen usw.) und bereits vorhandene Variablen geändert (Triage, Art der Ankunft, Grund des Zugangs, Befund).

Dieser Datenfluss, als Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“ bezeichnet, ist mit Beschluss der L.R. Nr. 4824 vom 18/12/2006 genehmigt worden und ab 1. Februar 2007 in Kraft getreten. Im Jahr 2009 wurden die Leitlinien anlässlich der Einführung einer neuen Betreuungsform, die so genannte „Intensivbeobachtung“ (O.B.I.), die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 3642 vom 06/10/2008 genehmigt wurde, aktualisiert. Anhand des „Erste Hilfe-Bogens“ werden Informationen über die Diagnose, den Grund des Zugangs, die Art der Ankunft sowie im Falle von Skiunfällen, die Beschreibung des Unfalls erhoben.

Um einen Überblick über den Verlauf und die Behandlung eines Patienten in der Ersten Hilfe zu gewinnen, ist es notwendig, den Datenfluss der fachärztlichen ambulatorischen Versorgung (Datenfluss SPA, genehmigt mit Beschluss der L.R. Nr. 1071 vom 23/03/1998) mit dem Datenfluss der Ersten Hilfe (EHB) zu verbinden. Während im SPA-Datenfluss alle vom Erste-Hilfe-Dienst erbrachten Leistungen erhoben werden, beinhaltet der Datenfluss des EHBs die Informationen über den Zugang.

Die „Leitlinien zur Erhebung der erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen (118)“ bestimmen eine Reihe von Informationen, die die Notrufzentrale während der Hilfeleistung erheben und verwalten muss, mit dem Ziel Instrumente zur Beurteilung der Betreuungstätigkeiten der territorialen Notfallsysteme zu definieren. Verbindet man daher den Datenfluss der Notrufzentrale 118 und den Datenfluss der fachärztlichen ambulatorischen Versorgung mit jenem der Ersten Hilfe, können genau Angaben hinsichtlich des Verlaufs der Gesundheitsbetreuung in Notlagen gegeben werden.

Anhand dieser Leitlinien werden den Erste Hilfe Diensten alle notwendigen Hinweise zur korrekten und homogenen Übermittlung der vom Assessorat für Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen angeforderten Informationen, geliefert.

Die Leitlinien gliedern sich in zwei Teile:

- im ersten Teil werden die allgemeinen Merkmale des „Erste Hilfe-Bogen“-Verfahrens dargelegt;
- im zweiten Teil wird das Verfahren in Bezug auf seinen Inhalt, den Datensatz für die Datenübertragung und die Qualitätskontrollen der erfassten Informationen erläutert.

ERSTER TEIL

ALLGEMEINE MERKMALE DES INFORMATIONSVERFAHRENS „ERSTE HILFE-BOGEN“

1. ZIELE DES INFORMATIONSVERFAHRENS „ERSTE HILFE-BOGEN“

Das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen (EHB)“ dient der Sammlung eines Mindest-Datensatzes, um die den Patienten in der Ersten Hilfe und anschließend in der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) geleistete Versorgung zu belegen. Die über dieses Verfahren gesammelten Daten werden zu Kenntnis- und Bewertungszwecken der Erste Hilfe-Dienste im Rahmen der gesundheitlichen Planung der Autonomen Provinz Bozen verwendet.

Dieser Mindestdatensatz beinhaltet Informationen über die erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen von Seiten der Krankenhäuser:

- Identifikation der versorgenden Struktur
- Daten bezüglich Zugang und Entlassung
- Identifikation des Patienten
- Daten bezüglich der Diagnose und der erbrachten Leistungen
- Wirtschaftliche Daten des Zugangs.

2. ANWENDUNG DES INFORMATIONSVERFAHRENS

2.1. ANWENDUNGSBEREICH DES VERFAHRENS

In den Anwendungsbereich des „Erste Hilfe-Bogens“ fallen alle Erste Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser:

Gesundheitsbezirk Bozen	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Bozen
Gesundheitsbezirk Meran	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Meran
	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Schlanders
Gesundheitsbezirk Brixen	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Brixen
	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Sterzing
Gesundheitsbezirk Bruneck	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Bruneck
	▶ Erste Hilfe des Krankenhauses Innichen

2.2. INKRAFTTRETEN DES VERFAHRENS

Das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“ ist mit 1. Februar 2007 in Kraft getreten und mit 1. Jänner 2009 wird sie mit den Informationen bezüglich der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) integriert. Weiters wird es mit 1. Januar 2012 laut den technischen Vorschriften „Informationssystem der erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen“ abgeändert, die die spezifischen Merkmale der Datensätze der Notrufzentrale 118 und der Ersten Hilfe beinhalten. Die

technischen Vorschriften wurden vom Gesundheitsministerium verfasst, da das Übermitteln der Daten an das Neue Gesundheitsinformationssystem (NSIS) obligatorisch ist (MD 17/12/2008).

3. ERFASSUNGSEINHEIT

Wie im Dokument des Gesundheitsministeriums vom 17. Mai 1996 in Anwendung des DPR vom 27. März 1992 angegeben leisten die Erste Hilfe- und Notaufnahmedienste folgende Tätigkeiten:

1. Aufnahme der Wahlfälle und programmierten Fälle
2. Aufnahme der Fälle, die sich spontan in der Ersten Hilfe einfinden und keinen Dringlichkeits- oder Notfallcharakter haben
3. Aufnahme von Patienten mit aufschiebbarer Dringlichkeit
4. Aufnahme von Patienten mit unaufschiebbarer Dringlichkeit
5. Aufnahme von Notfall-Patienten

Der „Erste Hilfe-Bogen“ muss für alle vom Erste Hilfe-Dienst **aufgenommenen** Patienten ausgefüllt werden.

Jeder Patient, der sich in der Ersten Hilfe einfindet und vom Dienst **aufgenommen wird**, ausgeschlossen die programmierten Zugänge zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen, stellt eine **Erfassungseinheit** dar.

4. VERSORGUNG DES ERSTE HILFE-PATIENTEN

Die Versorgung eines Erste Hilfe-Patienten gliedert sich in drei Phasen (Abbildung 1):

ANNAHME/AUFNAHME

Entspricht dem Zugang des Patienten zur Erste Hilfe. Diese Phase umfasst die Aufnahme des Patienten und die Bewertung seines Schweregrades.

Einige Dienste sehen die **direkte Einweisung** des Patienten in die fachärztlichen Ambulanzen oder Abteilungen ohne Bewertung durch einen Erste Hilfe-Arzt vor. Dieses Organisationsverfahren wird allgemein bei einer ständigen Überlastung der Erste Hilfe verwendet, um eine rechtzeitige und angemessene gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

DIAGNOSE/THERAPIE

Entspricht einer symptomatischen und klinischen Analyse des Patienten und der Erbringung von notwendigen Leistungen.

Zum Zeitpunkt der Übernahme des Patienten, entscheidet der Notarzt ob eine Überstellung an die Intensivbeobachtungsstation notwendig ist.

Die Intensivbeobachtung sieht eine longitudinale Beobachtung des Patienten, und damit eine akkurate diagnostisch-therapeutische Erhebung und effektivere Hilfeleistung in der Ersten Hilfe vor.

Die Intensivbeobachtung ist ein Bündel diagnostischer und therapeutischer Leistungen, deren Ziel die rasche Erfassung des klinischen Zustandes des Patienten ist. Sie setzt intensive Pflege, großen Einsatz des Personals und effiziente, zeitlich konzentrierte Untersuchungen voraus (siehe Beschluss der Landesregierung Nr. 3642 vom 06/10/2008).

AUSGANG

Entspricht der Entlassung des Patienten aus der Ersten Hilfe.

Falls der Patient in der O.B.I. behandelt wird, stimmt die Entlassung aus der O.B.I mit der Entlassung aus der Ersten Hilfe überein.

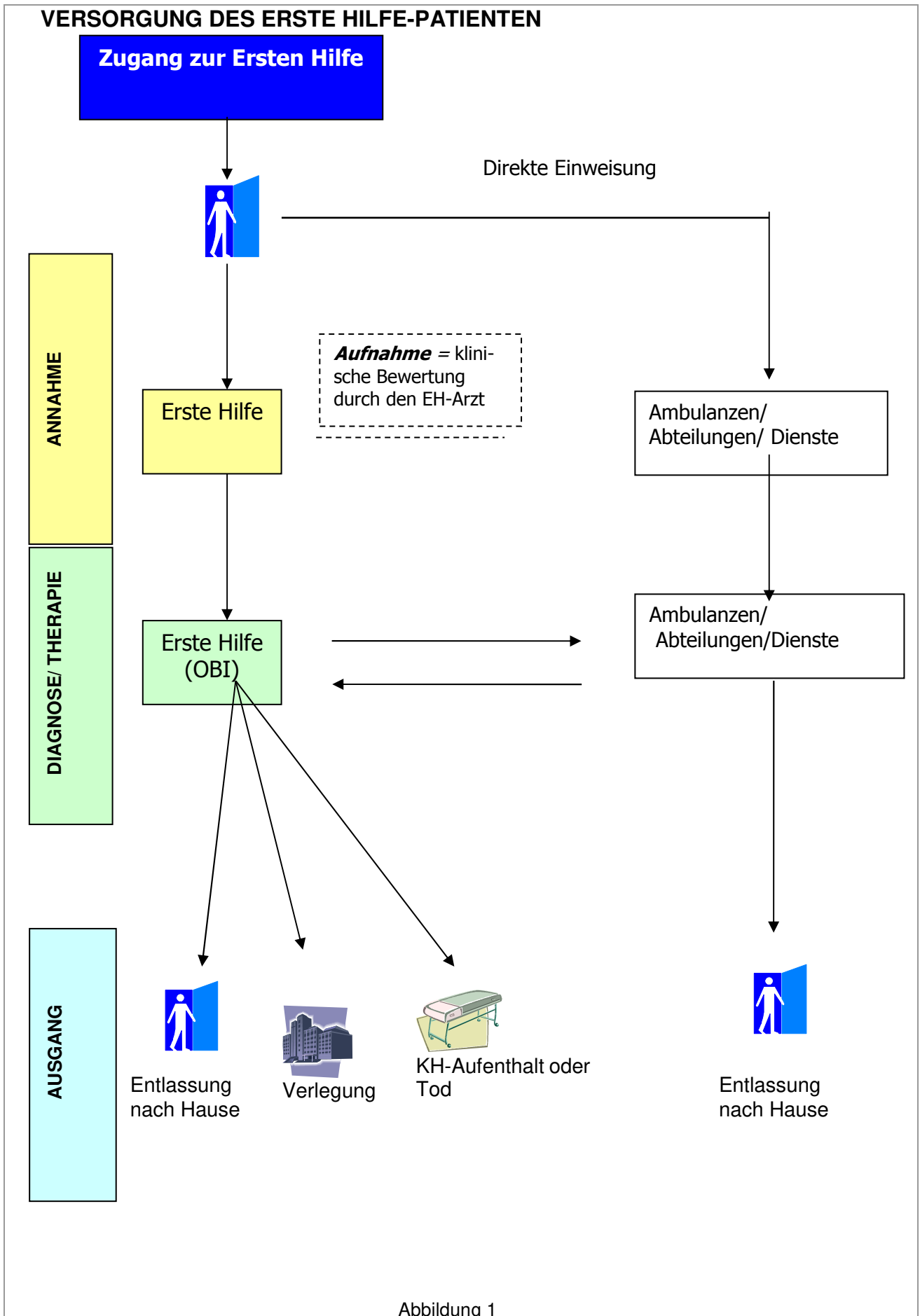


Abbildung 1

5. TRIAGE

Die Bewertung der Priorität/des Schweregrades der Erste Hilfe-Zugänge ist für die rechtzeitige klinische Versorgung der Patienten in Situationen, in denen lange Wartelisten entstehen können, unerlässlich.

Die Triage hat die Funktion der Annahme und Erstauswahl der Patienten. Es wird von Krankenpflegepersonal, das für die erste Kontaktaufnahme mit dem Patient eigens geschult ist, geleistet.

Die Prioritätscodes, die jeden Patienten von der Ersten Hilfe zugewiesen werden (gemäß „Manchester Triage System¹ (MTS)“) sind:

- „**B**“ blauer Code = legt einen nicht kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen nicht dringenden Eingriff vor
- „**V**“ grüner Code = legt einen wenig kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen aufschiebbaren Eingriff vor
- „**G**“ gelber Code = legt einen mittelkritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen unaufschiebbaren Eingriff vor
- „**A**“ oranger Code = legt einen kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen unaufschiebbaren Eingriff vor
- „**R**“ roter Code = legt einen sehr kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen Noteingriff vor
- „**N**“ schwarzer Code = der Patient ist verstorben

Für Krankenhäuser mit mehr als 25.000 Zugängen im Jahr (Krankenhäuser Bozen, Meran, Brixen und Bruneck) sollte das von den Erste Hilfe-Diensten (Krankenhäuser für die Grundversorgung) angewendete Organisationsmodell kein eigentliches Triage-Verfahren vorsehen - weil es an strukturellen Ressourcen und/oder Humanressourcen mangelt oder weil das Personal alle Patienten ohne längere Wartezeiten zu versorgen imstande ist - muss dem Patient bei der Aufnahme trotzdem ein **PrioritätsCode** anhand einer Kurzbewertung durch entsprechend geschultes Gesundheitspersonal zugewiesen werden.

Falls die Zugänge weniger als 25.000 sind, bzw. im Falle der Krankenhäuser Sterzing, Schlanders und Innichen ist das Ausfüllen der Triage fakultativ.

¹ Seit 01.03.2016, mit Mitteilung von Generaldirektor von Sanitätsbetrieb (04.01.2016 prot. 0000256-BZ).

6. ANLEGEN DES ERSTE HILFE-BOGENS (ERSTE HILFE-PROTOKOLL)

Jeder *nicht programmierte Zugang* (ausgenommen die Zugänge zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen) zu den Erste Hilfe-Diensten führt zu einer klinischen Bewertung des Patienten durch den anwesenden Arzt und stellt eine „**Aufnahme**“ des Patienten dar.

- ➔ Bei jeder Aufnahme eines Patienten in die Erste Hilfe muss ein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt werden.
- ➔ „*Ein Erste Hilfe-Bogen anlegen*“ bedeutet, ein klinisches Dokument mit einem standardisierten Mindest-Datensatz (obligatorische Variablen des „Erste Hilfe-Bogens“) zu erstellen, das vom Erste Hilfe-Arzt unterzeichnet wird, das für alle Erste Hilfe-Dienste gilt und rechtsmedizinische Gültigkeit hat.

7. REGISTRIERUNG DER LEISTUNGEN

Zur Berechnung der Kostenbeteiligung der Patienten und der Kompensation der überbetrieblichen Mobilität müssen die im Rahmen eines Zuganges erbrachten Leistungen nach Fachbereich und Verschreibung gegliedert werden.

Da eine doppelte Registrierung nicht nur eine Ressourcenverschwendung, sondern auch Fehler und Schwierigkeiten bei der Instandhaltung und Angleichung der Archive mit sich bringt, muss für die Leistungen ein einziges Archiv angelegt werden, in welches die Datenflüsse der den Patienten erbrachten fachärztlichen Versorgung und Erste Hilfe-Leistungen fließen.

Alle dem Patient vom Erste Hilfe-Dienst und/oder der O.B.I. und/oder anderen Diensten/Krankenhausabteilungen im Rahmen eines Zuganges erbrachten Leistungen müssen im Archiv der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung nach den Leitlinien der fachärztlichen Versorgung registriert werden (Beschluss L.R. Nr. 1071 vom 23/03/1998, Beschluss L.R. Nr. 1016 vom 27/03/2006, Beschluss L.R. Nr. 4822 vom 15/12/2008 und nachträgliche Ergänzungen).

Der „Erste Hilfe-Bogen“ muss also für die Registrierung und Archivierung der Leistungen mit dem Archiv der fachärztlichen Versorgung ohne Datenduplikationen verknüpft werden. Durch die Verknüpfung der beiden Flüsse ist im Nachhinein eine komplette Wiederherstellung der Informationen zum jeweiligen Zugang möglich. Diese Verknüpfung erfolgt über die in beiden Informationsverfahren enthaltene Schlüsselvariablen „**Übermittler der Sanitätsbetrieb**“, „**Krankenanstalt**“ und „**Zugangs-ID**“. Diese Felder identifizieren den Zugang in einer selben Krankenanstalt eindeutig und werden vom „Erste Hilfe-Bogen“-Verfahren bei jeder Aufnahme in die Erste Hilfe oder direkten Einweisung in die Abteilungen/Ambulanzen zugewiesen.

Die Leistungen müssen gemäß fachärztlichem Leistungsverzeichnis (DLR vom 15.06.98 in geltender Fassung) angegeben und kodiert werden, bis der nationale Gesundheitsdienst für die Erste Hilfe und das Notrufsystem 118 eine spezifische, gesamtstaatliche Richtlinie erlässt.

Im „**Erste Hilfe-Bogen**“ werden die folgenden Zugänge registriert:

- ➔ Personen **ohne Verschreibung**, die vom Erste Hilfe-Arzt bewertet werden;
- ➔ Personen mit „**dringender**“ **Verschreibung**, die vom Erste Hilfe-Arzt während der Schließzeiten der Ambulanzen bewertet werden (*in Ausnahmefällen auch während der Öffnungszeiten*).

Für diese Zugänge muss das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“ mit dem Archiv der fachärztlichen Versorgung verknüpft werden, um die Registrierung der Leistungen und die nachfolgende Archivierung der Datenflüsse der fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Im Archiv der fachärztlichen Versorgung muss das Feld „Zugangsart“= 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelte Patient, angegeben werden, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt, oder 11 oder 12 (in der O.B.I. behandelte Patient, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt) und muss der Code „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angeführt werden.

Für die „**direkten Einweisungen**“ von der Ersten Hilfe in die fachärztlichen Ambulanzen (Geburtshilfe und Gynäkologie, zahnärztliche Ambulanz, Pädiatrie, Augenheilkunde, Psychiatrie, HNO,...) muss der Dienst dem Patient ein Anfrageformular für die dringende fachärztliche Untersuchung aushändigen, das bei der Ambulanz vorzulegen ist; in diesen Fällen registriert der Erste Hilfe-Dienst die **meldeamtlichen Daten** des Patienten und füllt die Variable **„Direkte Einweisung“** aus, **ohne** jedoch einen „Erste Hilfe-Bogen“ anzulegen.

Die fachärztliche Ambulanz kann die beim Erste Hilfe-Zugang eingegebenen meldeamtlichen Daten des Patienten abrufen. Der Facharzt stellt diesen Patienten eine Verschreibung gemäß Landesrezeptverzeichnis aus (DLR Nr. 7107 vom 02.11.1998), registriert die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung und füllt das Feld „Zugangsart“= 3, von der Ersten Hilfe eingewiesener Patient, aus. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angeführt werden.

Die Entscheidung, kein „Erste Hilfe-Bogen“ für die Zugänge von Patienten anzulegen, die direkt in die Ambulanzen eingewiesen werden, gründet auf rechtmedizinischen Betrachtungen und auf der Notwendigkeit, im Fluss die effektive Tätigkeit der Ersten Hilfe zu erfassen, um den Dienst nicht mit der Erfassung der von den Ambulanzen erbrachten, „dringenden“ fachärztlichen Leistungen zu belasten.

In der Folge werden die verschiedenen Zugänge, die zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“ führen können, einzeln analysiert.

8. ZUGANGSARTEN

8.1. ZUGANG EINES „INSTABILEN“ PATIENTEN

Ein „instabiler“ Patient - d.h. ein Patient mit beeinträchtigten lebenswichtigen Parametern, der einer unmittelbaren medizinischen Versorgung bedarf -, der zur Ersten Hilfe mit privaten Mitteln oder mit Rettungswagen/Rettungshubschrauber infolge des Anrufes der Nummer 118 gebracht wird, wird in der kürzest möglichen Zeit vom ärztlichen Personal der Ersten Hilfe behandelt. Der Zugang führt zu einer Aufnahme des Patienten und somit zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“ (Abbildung 2).

Die Leistungen müssen im Fluss der fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“= 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelte Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelte Patient, registriert und archiviert werden, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

8.2. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN, DER SICH SPONTAN EINFINDET (OHNE ANSUCHEN DES ALLGEMEINMEDIZINERS)

8.2.1. PATIENT, DER VOM ERSTEN HILFE-ARZT UNTERSUCHT WIRD

Im Fall eines Patienten, der sich spontan in der Ersten Hilfe einfindet (ohne Ansuchen des Allgemeinmediziners/Kinderarztes oder des Facharztes der fachärztlichen Untersuchung oder dringenden Diagnoseleistung) und der vom dienstleistenden Arzt bewertet wird, führt der Zugang zur **Aufnahme** des Patienten und somit zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“ (Abbildung 3).

In den Krankenhäusern, in denen die Erste Hilfe über kein eigenes ärztliches Personal verfügt, sondern die Rotation der Krankenhausärzte vorgesehen ist, werden die fachärztlichen Leistungen, die vom Abteilungsarzt während seines Bereitschaftsdienstes in der Ersten Hilfe für von sich spontan einfindende Patienten erbracht werden, als Erste Hilfe-Leistungen angesehen, weshalb der Zugang zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“ führt.

Als Zugänge zur Ersten Hilfe gelten demnach alle nicht programmierten Ersteinriffe, die vom dienstleistenden ärztlichen Personal in der Ersten Hilfe zugunsten von Patienten erbracht werden, die sich dort spontan, ohne Ansuchen des Allgemeinmediziners, einfinden.

Wird nach der Untersuchung in der Ersten Hilfe oder in der O.B.I. der Patient in eine fachärztliche Ambulanz eingewiesen, hat der Facharzt den Erste Hilfe-Dienst über den Ausgang (Entlassung nach Hause, Krankenhausaufenthalt, ...) der Untersuchung zu informieren, die im „Erste Hilfe-Bogen“ registriert wird.

Die Leistungen werden im Fluss der fachärztlichen Versorgung mit der „Zugangsart“ = 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelte Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelte Patient, registriert und archiviert, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

8.2.2. PATIENT, DER DIREKT IN DIE AMBULANZEN/ABTEILUNGEN/DIENSTE EWIESEN WIRD

Ein „stabiler“ Patient, der sich spontan in der Ersten Hilfe einfindet (ohne Ansuchen des Allgemeinmediziners/Kinderarztes oder des Facharztes der fachärztlichen Untersuchung oder dringenden Diagnoseleistung) und der eine fachärztliche Symptomatologie aufweist (Augenheilkunde, Zahnheilkunde, HNO, Gynäkologie, ...), kann direkt in die fachärztliche Ambulanz oder Abteilung ohne Bewertung durch den Erste Hilfe-Arzt eingewiesen werden. In diesem Fall führt der Zugang **nicht** zur **Aufnahme** des Patienten, und somit wird kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt (*Abbildung 3*).

Da die orthopädische und traumatologische Ambulanz des Krankenhauses Brixen auch die Funktion der „fachärztlichen Ersten Hilfe“ innehat, müssen die Einweisungen und dringenden Zugänge zur Ambulanz *ohne Verschreibung* als Erste Hilfe-Zugänge betrachtet werden. Für diese Zugänge muss ein „Erste Hilfe-Bogen“ mit Angabe der *Kostenstelle der orthopädischen-traumatologischen Ambulanz als leistungserbringende Einheit* (siehe Variabel „Code der Ersten Hilfe“) angegeben werden.

Für die Zugänge zur Ambulanz mit „dringender“ Verschreibung wird hingegen kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt.

Für die „**direkten Einweisungen**“ von der Ersten Hilfe in die fachärztlichen Ambulanzen muss der Erste Hilfe-Dienst den Patienten ein Anfrageformular für die dringende fachärztliche Untersuchung aushändigen, das in der Ambulanz vorzulegen ist; in diesen Fällen registriert der Erste Hilfe-Dienst die **meldeamtlichen Daten** des Patienten und füllt die Variable „**Direkte Einweisung**“ aus, **ohne** einen „Erste Hilfe-Bogen“ anzulegen.

Die fachärztliche Ambulanz kann die beim Erste Hilfe-Zugang eingegebenen, meldeamtlichen Daten des Patienten abrufen. Der Facharzt stellt für diese Patienten eine Selbstverschreibung oder eine Verschreibung gemäß Landesrezeptverzeichnis aus und registriert die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“= 3, von der Ersten Hilfe eingewiesener Patient, und der „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe.

Schickt der Facharzt den Patienten für vertiefte Untersuchungen oder eine Neubewertung des Falls wieder in die Erste Hilfe zurück, muss der Dienst den Patient aufnehmen und ein „Erste Hilfe-Bogen“ anlegen.

Für diese Zugänge werden die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“= 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, registriert und archiviert, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt. Außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angegeben werden.

8.3. ZUGANG EINES „STABILEN“ PATIENTEN MIT VERSCHREIBUNG DES ALLGEMEINMEDIZINERS

Ein „stabiler“ Patient, der sich in der Ersten Hilfe mit einer Verschreibung des Allgemeinmediziners/Kinderarztes oder des Facharztes für eine fachärztliche Untersuchung oder eine dringende Diagnoseleistung (Labor oder Röntgendienst) einfindet, wird in der Regel **während der Öffnungszeiten der fachärztlichen Ambulanz** direkt in die Ambulanzen eingewiesen, ohne Bewertung durch den Erste Hilfe-Arzt (DLR Nr. 1067 vom 07.04.2003).

Der Zugang führt **nicht** zu einer **Aufnahme** des Patienten, und somit muss *kein* „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt werden. Die Leistungen werden im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung von der Ambulanz mit Angabe der „Zugangsart“ = 5, fachmedizinische Versorgung mit Verschreibung eines Allgemeinmediziners oder eines anderen Facharztes, registriert (*Abbildung 4*).

In den seltenen Fällen, in denen der Patient trotzdem in der Ersten Hilfe und/oder in der O.B.I. behandelt wird, muss ein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt werden. Für diese Zugänge werden die Leistungen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“ = 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelter Patient, registriert, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt; außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angeführt werden.

Während der Schließzeiten der Ambulanzen muss der Patient vom Erste Hilfe-Arzt bewertet werden; der Zugang führt also zu einer **Aufnahme** des Patienten und zum Anlegen eines „Erste Hilfe-Bogens“ (*Abbildung 4*). Die Leistungen werden im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung mit Angabe der „Zugangsart“ = 1 oder 2, in der Ersten Hilfe behandelter Patient, oder 11 oder 12, in der O.B.I. behandelter Patient, registriert, je nachdem, ob auf den Zugang ein Krankenhausaufenthalt folgt; außerdem muss die „Zugangs-ID“ der Ersten Hilfe angeführt werden.

8.4. ZUGANG ZWECKS KONTROLLVISTEN UND/ODER NACHBEHANDLUNGEN

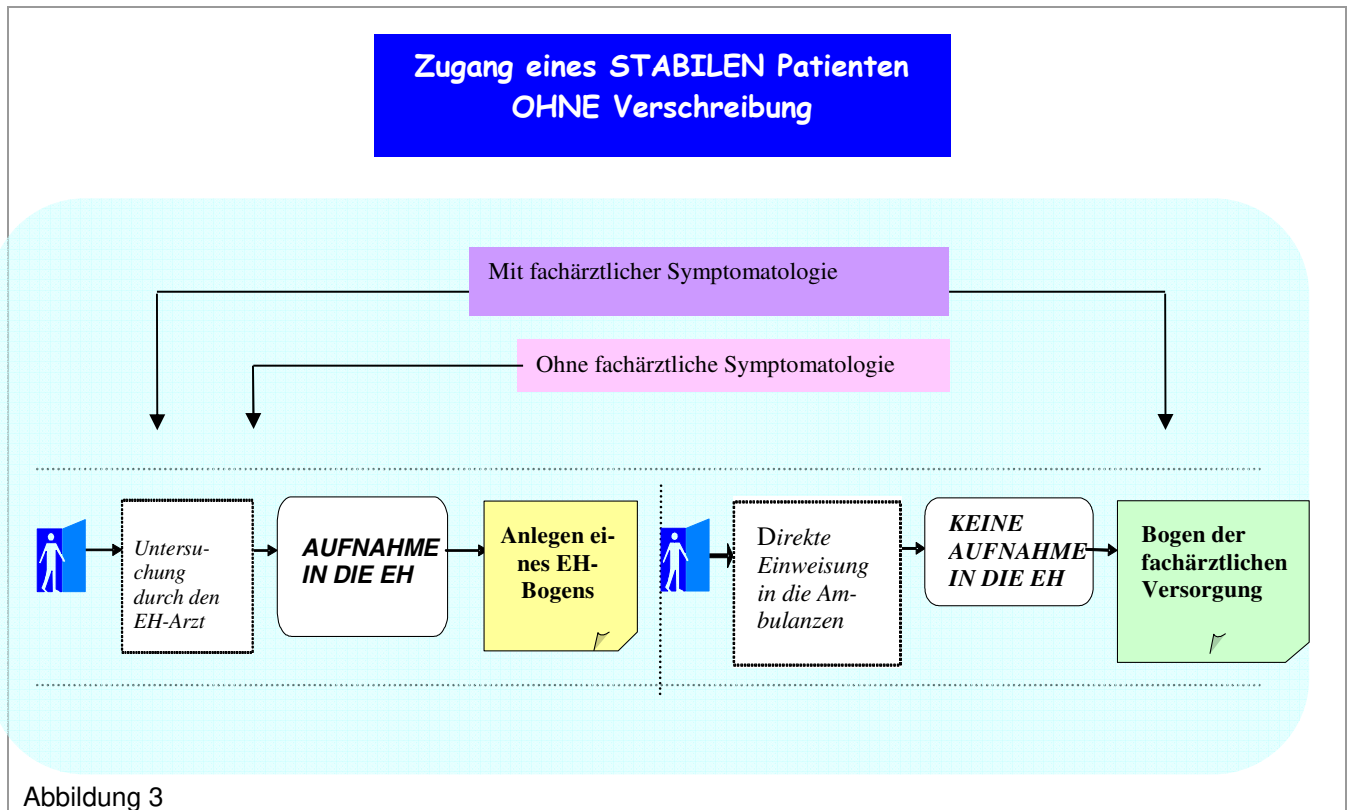
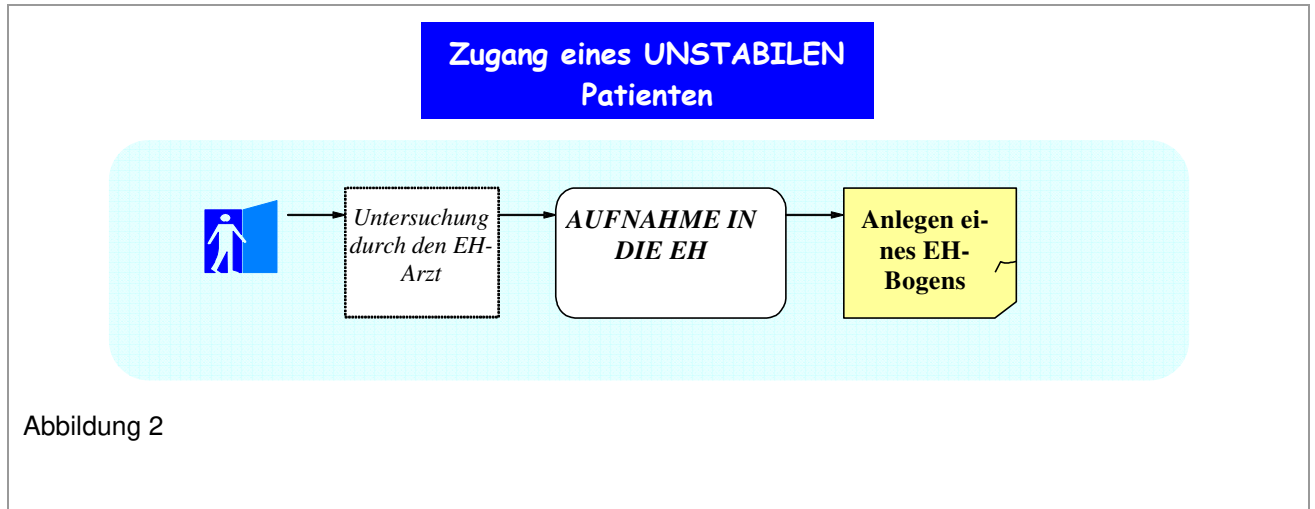
Die Folgezugänge zur Ersten Hilfe zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen gelten als „programmierte Zugänge“; sie führen also **nicht** zu einer **Aufnahme** des Patienten, und es wird auch kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt (*Abbildung 5*).

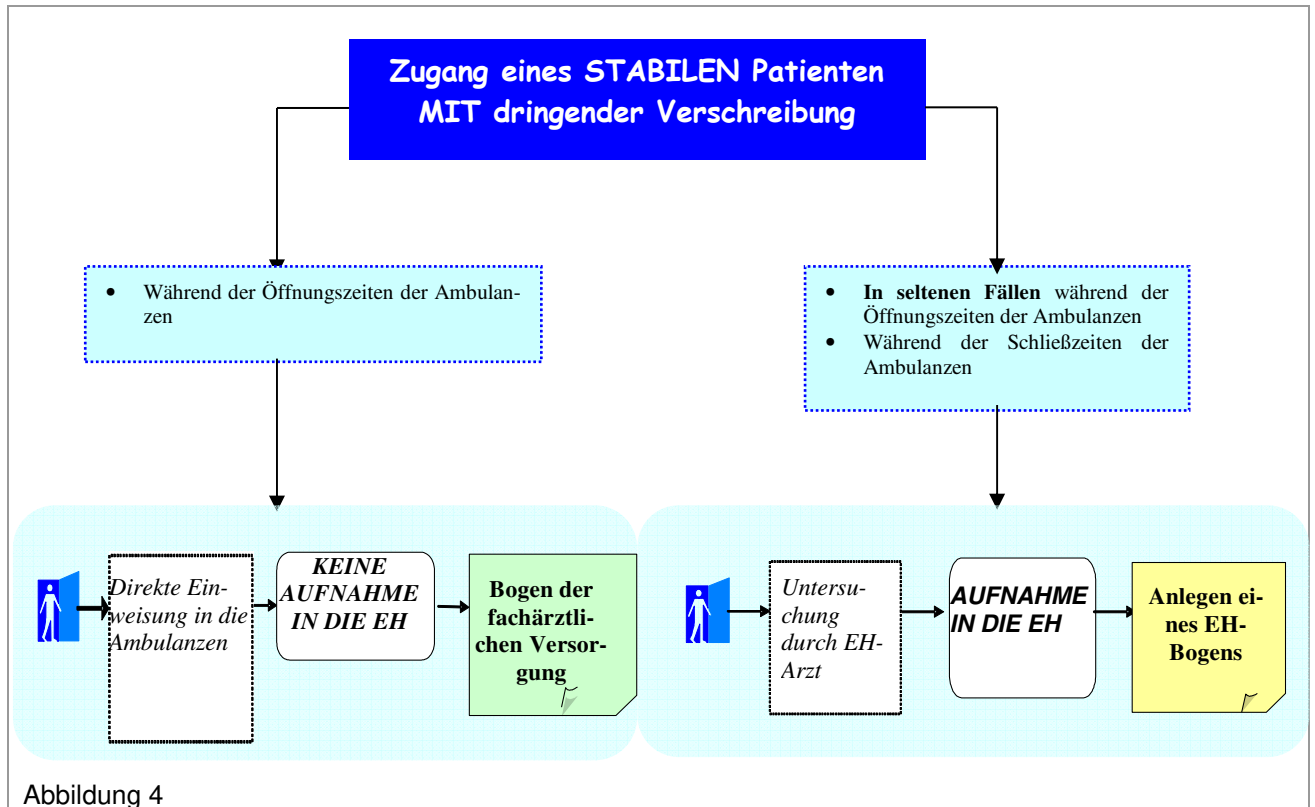
Der Patient kann die Kontrollen und/oder Nachbehandlungen nur auf Vormerkung mittels Verschreibung, die vom Erste Hilfe-Arzt nach dem ersten Zugang ausgestellt wird, in Anspruch nehmen.

Die Leistungen müssen im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung von der Ambulanz mit Angabe der „Zugangsart“ = 5, fachmedizinische Versorgung mit Verschreibung eines Allgemeinmediziners oder eines anderen Facharztes, registriert werden.

Übersicht 1: Arten der Erste Hilfe-Zugänge und Anlegen des Erste Hilfe-Bogens

ZUGANGSART	AUFNAHME DES PATIENTEN	ANLEGEN EINES ERSTE HILFE-BOGENS
Zugang eines „instabilen“ Patienten	JA	JA
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich spontan einfindet und direkt in die fachärztlichen Ambulanzen eingewiesen wird	NEIN	NEIN
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich spontan einfindet und vom Erste Hilfe-Arzt oder vom in der Ersten Hilfe dienstleistenden Abteilungsarzt untersucht wird	JA	JA
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich MIT Verschreibung des Allgemeinmediziners in der Ersten Hilfe einfindet und direkt in die fachärztlichen Ambulanzen eingewiesen wird (<i>während der Öffnungszeiten der Ambulanzen</i>)	NEIN	NEIN
Zugang eines „stabilen“ Patienten, der sich MIT Verschreibung des Allgemeinmediziners in der Ersten Hilfe einfindet und vom Erste Hilfe-Arzt untersucht wird (<i>während der Schließzeiten der Ambulanzen oder, in seltenen Fällen, auch während der Öffnungszeiten</i>)	JA	JA
Zugang zwecks Kontrollvisiten und/oder Nachbehandlungen	NEIN	NEIN





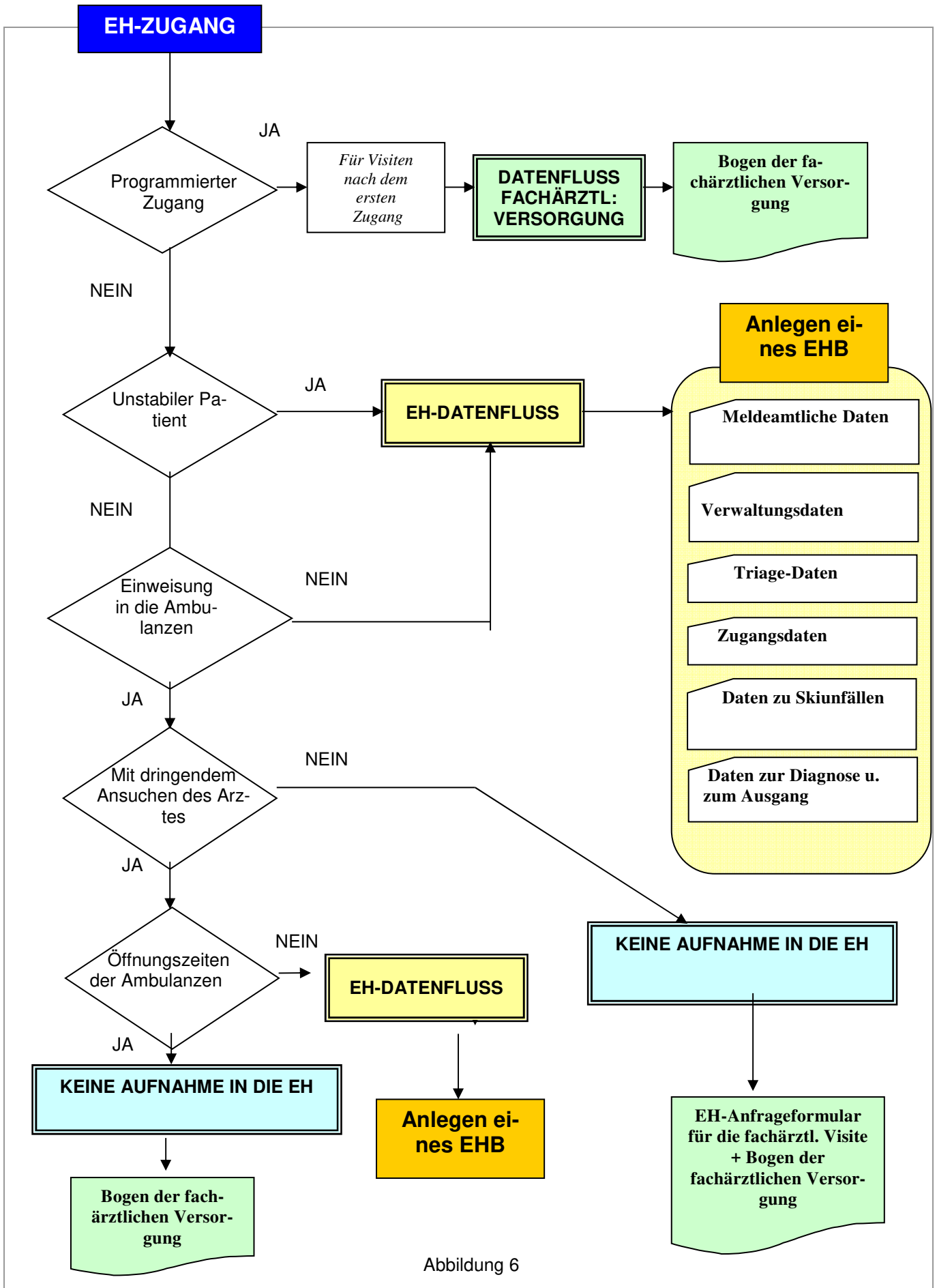


Abbildung 6

9. SCHLIESSEN DES ERSTE HILFE-BOGENS

Der „Erste Hilfe-Bogen“ muss vom Erste Hilfe-Dienst nach der Bewertung des Falls und der Erbringung der nötigen Diagnose-Therapieleistungen in allen Fällen, in denen der Patient vom Dienst aufgenommen wurde - unabhängig von der eventuellen Einweisung des Patienten in die Intensivbeobachtungsstation oder in andere Abteilungen/Ambulanzen/Röntgendienste -, nach dem Ausgang (Entlassung nach Hause, Krankenhausaufenthalt, Verlegung in eine andere Krankenanstalt oder Tod) geschlossen werden.

Im Fall einer Aufnahme des Patienten durch den Erste Hilfe-Dienst und darauffolgender Einweisung in die fachärztlichen Ambulanzen teilt der Facharzt dem Erste Hilfe-Dienst den Ausgang mit (Entlassung nach Hause, Krankenhausaufenthalt, ...).

Bei direkten Einweisungen in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Bewertung durch den Erste Hilfe-Arzt oder durch den in der Ersten Hilfe dienstleistenden Arzt wird kein „Erste Hilfe-Bogen“ angelegt.

10. KOSTENBETEILIGUNG (TICKET)

Mit Beschluss Nr. 1862 vom 27. Mai 2002 erließ die Landesregierung Bestimmungen zur Beteiligung der Patienten an den Gesundheitsausgaben in der Autonomen Provinz Bozen, die am 1. Juli 2002 in Kraft traten. Mit diesem Beschluss wurden die Kostenbeteiligungen der Bürger für einige gesundheitliche Leistungen eingeführt, darunter die Erste Hilfe-Leistungen (für Leistungen, auf die kein Krankenhausaufenthalt folgt), wobei für bestimmte Personengruppen-Familien Befreiungen und/oder Erleichterungen vorgesehen wurden.

Als **angemessene** Erste Hilfe-Leistungen wurden alle unaufschiebbaren Not- und dringenden Eingriffe definiert, die dem Patient unmittelbar erbracht werden müssen. Für diese Leistungen wurde - vorbehaltlich Befreiung - eine Kostenbeteiligung (Ticket) von 15 € vorgesehen. Unter die angemessenen Leistungen fallen auch die zahnärztlichen Leistungen, die vom Feiertags- und Vorfeiertagsdienst erbracht werden.

Die aufschiebbaren Eingriffe sind **unangemessene** Erste Hilfe-Leistungen, die an den entsprechenden Stellen (fachärztliche Ambulanzen, Allgemeinmediziner, ...) erbracht werden müssen. Werden die Leistungen trotzdem von der Erste Hilfe erbracht, werden sie als nicht gerechtfertigte Leistungen angesehen, für die eine Zahlung von 50 € (außer bei Befreiung) des Betrags der erbrachten fachärztlichen Leistungen vorgesehen ist, wobei ein Grenzwert von 36,15 € pro Fachbereich und ein Höchstbetrag von 100 € zu berücksichtigen sind.

Die vom Allgemeinmediziner verschriebenen Leistungen, die unter die aufschiebbaren Eingriffe fallen, gelten als „dringende“ fachärztliche Leistungen und unterliegen der Kostenbeteiligung für die fachärztlichen Leistungen.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr.3642 vom 06/10/2008 wurden die Leitlinien für die Verwaltung der Intensivbeobachtungsstation (O.B.I.) genehmigt, wo im Kapitel 10 „Tarif der O.B.I.“ festgelegt wird, dass falls auf die Intensivbeobachtung keine Einweisung in das Krankenhaus erfolgt, wird ein Pauschalpreis von Euro 250,00 für die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation verrechnet, zur Abdeckung der Verpflegungskosten. Zu dem werden alle einzelne Diagnostische und

Laborleistungen dazu verrechnet, nach dem Landestarifverzeichnis der Fachärztlichen Leistungen (genehmigt mit Beschluss der Landesregierung N. 2568/1998 in geltender Fassung).

Was die geplanten Tarife für die Intensivbeobachtung betrifft, fallen bei Beobachtung und nachfolgender Einweisung alle Leistungen, wie auch analog dazu alle Leistungen der Ersten Hilfe, unter die Tarifordnung des DRG.

Was die Kostenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben betrifft, wurde festgelegt, dass für die Aufenthalte in der O.B.I. keine Kostenbeteiligung von Seiten der Patienten vorgesehen ist, da in diesem Falle diese Tätigkeit nicht aufschiebbar ist.

Der Patient muss aber das Ticket für die Erste Hilfe, laut den Verordnungen der Landesregierung mit Beschluss Nr. 1862 vom 27/05/2002, in Kraft getreten mit 01/07/2002, bezahlen.

11. ERFASSUNG DER BERGUNFÄLLE

Der „Erste Hilfe-Bogen“-Verfahren sieht ein Bogen für die systematische Erfassung der **Zugänge infolge eines Bergunfalles** vor.

Dieser Bogen ermöglicht die Sammlung von Informationen zur Art des Bergunfalls mit Datum und Uhrzeit, zum Ablauf des Unfalls (Zusammenprall oder Sturz) sowie zur ausgeführten Sportart (Ski, Snowboard, Rodel, Alpinski). Außerdem wird die Diagnose anhand von zwei Feldern erfasst: Art der Verletzung, die das Trauma des verunglückten Skifahrers beschreibt (Fraktur, Luxation, ...), und vom Unfall betroffener Körperteil (Schädel, Becken, ...).

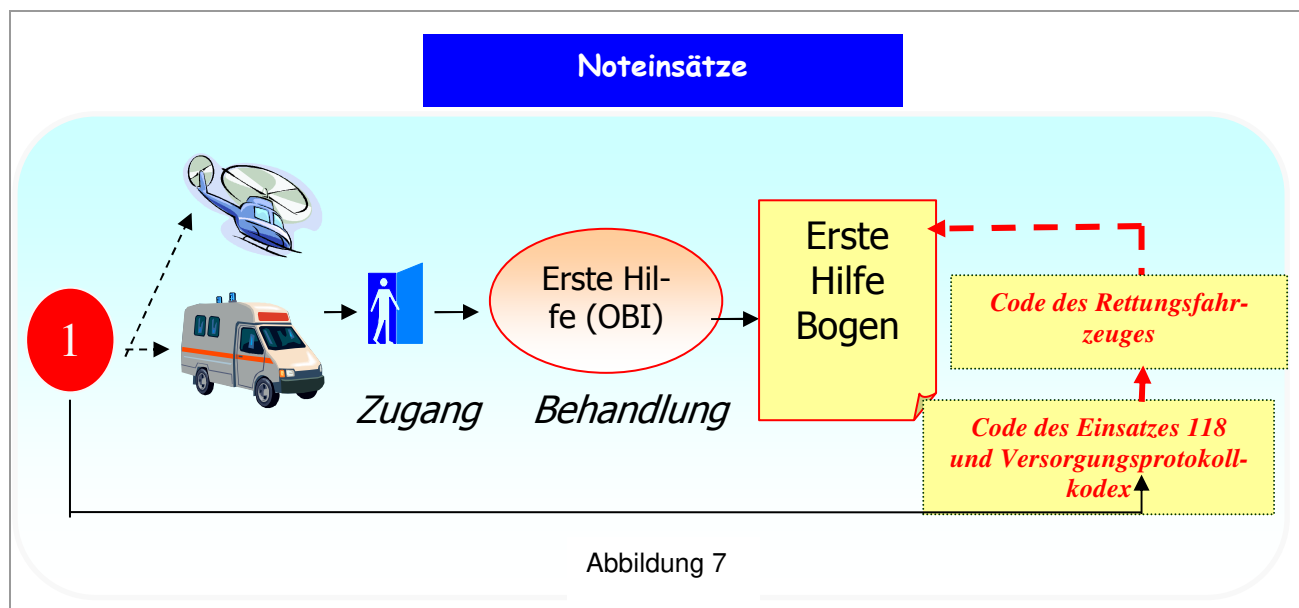
Die Informationen zum Unfall müssen beim ersten Zugang des Patienten, und nicht erst während der Nachkontrollen oder Nachbehandlungen, registriert werden.

12. ERSTE HILFE- UND O.B.I. DIAGNOSE

In der Intensivbeobachtungsstation und in den Erste Hilfe-Diensten ist das Ausfüllen der Diagnose obligatorisch und die Kodierung der Diagnosen erfolgt anhand der ICD9-CM 2007-Codes.

13. NOTEINSÄTZE

Für die Zugänge zur Ersten Hilfe mit Rettungswagen oder Rettungshubschrauber infolge des Anrufs der Nummer 118 können die Informationen über den Zugang des Patienten mit den Daten seines Transportes in die Erste Hilfe verknüpft werden. Dazu sieht der neue Informationsfluss die Erfassung dreier Felder vor, die den Noteinsatz eindeutig identifizieren: **Code der zentralen Einheit, Code des Einsatzes und Versorgungsprotokollcodex**, der jedem Noteinsatz von der Notrufzentrale 118 zugewiesen wird (Abbildung 7).



14. ZUGÄNGE MIT AUFENTHALT

Für alle Zugänge zur Ersten Hilfe mit anschließendem stationären Aufenthalt (in derselben Krankenanstalt), unabhängig von der eventuellen Einweisung des Patienten in die O.B.I. oder in anderen Abteilungen/Ambulanzen/Röntgendienste, muss die Nummer des Entlassungsbogens des Patienten im Fluss der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung registriert werden.

Anhand der Verknüpfung der Verfahren „Erste Hilfe-Bogen“, Fachärztliche Versorgung und KEB können die Informationen über den Zugang und die darauffolgende Therapiebehandlung des Patienten im Krankenhaus zusammengelegt werden.

Zu beachten, sei es im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Ersten Hilfe, als auch im Falle der Krankenhauseinweisung nach Intensivbeobachtung in der Abteilung, beginnt der Krankenhausaufenthalt mit der Uhrzeit und dem Datum der effektiven Zuweisung eines Bettes in der Versorgungseinheit².

15. ANONYMITÄT

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen, dürfen der Vor- und Zuname, der Sanitätscode und die Steuernummer nicht erfasst werden.

In den Feldern für den Vor- und Zunamen muss in Großbuchstaben das Wort „ANONIMO“ eingegeben werden.

Im Feld des Geburtsdatums darf nur das Geburtsjahr eingetragen werden, wobei als angenommenes Datum der 1. Januar jenes Jahres im Format 0101JJJJ angegeben wird.

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.

² Beschluss der LR n. 1396 von 01.12.2015, „Aktualisierung der Richtlinien des Landes für die Leitung der Intensivbeobachtungseinheiten (O.B.I.).“

Im Feld Identifikationsart des Patienten den Code „3“, im Feld Code des Patienten 20 mal „X“ einfügen.

16. DATENSCHUTZ

Aufgrund der Natur der zu erhebenden Daten verweisen wir auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften über die Verarbeitung von personenbezogenen Daten, gemäß Gesetzesdekret Nr. 196 vom 30. Juni 2003 und anschließende Änderungen und Integrationen.

Die Absätze 6 und 7 vom Artikel 22 des obgenannten Dekrets und anschließende Änderungen und Integrationen legen die Grundsätze für die Verarbeitung der Daten fest, mit denen auch eine indirekte Identifizierung der betreffenden Personen möglich ist. Im Sinne der Artikel 29 und 30 bestimmen die in den Datenfluss bezüglich der Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten eingebundenen öffentlichen Einrichtungen intern die für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten verantwortlichen Personen und ergreifen die durch Artikel 34 der gesetzlichen Vorschrift und der Anlage B „Technische Vorschrift“ festgelegten Mindestsicherheitsmaßnahmen.

17. KONTROLLE DER DATENQUALITÄT UND ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES

Der Sanitätsbetrieb übermittelt (siehe Anlage 6) die Daten der Südtiroler Informatik AG (wird wenn notwendig als Verantwortliche der Datenverarbeitung ernannt). Nach dieser Frist hat der Sanitätsbetrieb weitere 30 Tage zur Verfügung, um Änderungen, Integrationen und Löschung der übermittelten Daten durchzuführen.

Die Daten werden, bevor sie in die Landesdatenbank geladen werden, einem automatischen Kontrollverfahren unterzogen, um jedem Patienten einen auf Landesebene eindeutigen Identifikationscodes zuzuweisen und die Identifikationsdaten des Patienten zu löschen (z. B. Steuernummer, Name und Nachname, Sanitätscode).

Die Daten müssen in zwei getrennten und verschlüsselten Archiven gemäß dem als Anlage beigefügten Datensatz der Südtiroler Informatik AG übermittelt werden: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die klinischen Daten.

Die beiden Archive können anhand von drei „**Schlüsselvariablen**“ verknüpft werden: **übermittelnder Gesundheitsbezirk, Krankenanstalt, Zugangs-ID.**

Falsche Datensätze müssen vom Sanitätsbetrieb korrigiert und der Südtiroler Informatik AG nochmals übermittelt werden. Solange der Sanitätsbetrieb die Daten nicht korrigiert, werden sie nicht in der Landesdatenbank gespeichert. Die letzte Datenübermittlung von Seiten des Sanitätsbetriebes wird als gültig betrachtet.

Die Übermittlung der Daten des Informationsflusses des EHB an die Provinz muss innerhalb Ende Monat nach dem Bezugsmonat erfolgen.

Die Landesdatenbank, auf einem Jahr bezogen, wird mit 31. März des darauffolgenden Jahres unaufschiebbar geschlossen.

18. ÜBERMITTLUNG DER DATEN DEM MINISTERIUM

Die Provinz mit Hilfe der Südtiroler Informatik AG übermittelt dem Gesundheitsministerium, im Rahmen des nationalen Gesundheitsinformationssystems vereinbarten Modalitäten und Zeiten, eine Reihe von Informationen (siehe Anlage 4), die den Informationsbedarf auf zentraler Ebene decken.

Art. 5 des Ministerialdekrets Nr. 118 vom 17/12/2008 besagt, dass „Die Informationen zur Vervollständigung der Notfalleinsätze erhoben und an das NSIS monatlich (spätestens ein Monat nach dem Ereignis) übermittelt werden müssen“. Nach dieser Frist hat die Provinz weitere 30 Tage zur Verfügung, um Änderungen, Integrationen und Löschung der übermittelten Daten durchzuführen.

Sobald die Daten eines Zeitraumes übermittelt und im ministerialen Informationssystem als definitiv gespeichert werden, können auf Landesebene keine Daten dieses Zeitraumes mehr übermittelt werden.

19. DATENAUFBEWAHRUNG

In Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften über den Schutz der personenbezogenen Daten, muss die Datenaufbewahrung zwei getrennten Archiven vorsehen: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Zugangs- und klinischen Daten.

Die beiden Archive können anhand von drei „**Schlüsselvariablen**“ verknüpft werden: **Übermittelter Gesundheitsbezirk, Krankenanstalt, Zugangs-ID.**

20. AUFGABEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN

Für eine gute Verwaltung des Informationssystems müssen die Aufgaben und Zuständigkeiten des in die Erfassung miteinbezogenen Personals festgelegt werden.

Von der Registrierung der Daten des „Erste Hilfe-Bogens“ sind verschiedene Subjekte betroffen:

1. die meldeamtlichen Daten des Patienten können vom **Verwaltungs- oder Krankenpflegepersonal** eingegeben werden;
2. die Triage- und Zugangsdaten müssen von (angemessen geschultem) **Gesundheitspersonal** eingegeben werden;
3. die klinischen Daten (einschließlich der Daten zu Unfällen) müssen vom **Ärztepersonal** der Ersten Hilfe, das die Untersuchung und Behandlung des Patienten vornimmt, eingegeben werden.

Jedes Subjekt übernimmt die Verantwortung für die Eingabe der jeweiligen Daten.

Jeder „Erste Hilfe-Bogen“ muss die Unterschrift des Verantwortlichen des Dienstes und des Erste Hilfe-Arztes, der den Patient behandelt hat, enthalten.

Der Provinz obliegt die Aufgabe:

- die Leitlinien für die Ausfüllung des „Erste Hilfe-Bogens“;
- die Datensätze für den Datenaustausch;
- die Tabellen (Landesverzeichnis, Codes der Kostenstellen, ...)

festzulegen, zu aktualisieren und zu verteilen.

ZWEITER TEIL

INHALT DES VERFAHRENS

1. DER ERSTE HILFE-BOGEN

Der „Erste Hilfe-Bogen“ ist in **zwei Archive** unterteilt: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Zugangs- und klinischen Daten.

Die beiden Archive können anhand von drei „**Schlüsselvariablen**“ verknüpft werden: **Übermittelnder Gesundheitsbezirk, Krankenanstalt, Zugangs-ID.**

ARCHIV 1:

Meldeamtliche Daten: enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten.

ARCHIV 2:

Verwaltungsdaten: Informationen zum Bezugskrankenhaus, zur Kostenstelle des Erste Hilfe-Dienstes, zum Datum und zur Uhrzeit der Aufnahme des Patienten, zur Zugangs-ID.

Triage-Daten: Daten zur Bewertung des Schweregrades des Patienten, die anhand des Triage-Verfahrens erfasst werden.

Zugangsdaten: Informationen zum Grund des Zugangs des Patienten zur Ersten Hilfe und zur Art der Ankunft.

Daten zu Bergunfällen: Informationen zum Unfall, der zum Erste Hilfe-Zugang des Patienten geführt hat.

Daten zur Diagnose und zum Ausgang: Daten zur Art der Diagnose und zum Ausgang des Erste Hilfe-Eingriffs (Aufenthalt, Entlassung nach Hause, Verlegung, Tod).

O.B.I Daten: Daten bezüglich der Intensivbeobachtungsstation.

2. DEFINITION UND INHALT DER VARIABLEN UND DEREN KODIERUNG

2.1. ARCHIV 1 – MELDEAMTLICHE DATEN

1. ÜBERMITTLENDER GESUNDHEITSBEZIRK (ASL INV)

Angabe des Codes des Gesundheitsbezirkes, der die Daten sendet.

2. KRANKENANSTALT (ISTITUTO)

Der Name des Krankenhauses ist die offizielle Benennung der Krankenanstalt.

Unter Krankenanstalt versteht sich die Gesamtheit aller operativen Einheiten/Abteilungen mit demselben Code.

Der zu verwendende Code ist jener, den die Krankenanstalt in den Erfassungsmodellen für die verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der Sanitätsbetriebe und vor allem in den HSP-Modellen verwendet; er besteht aus 8 Zeichen, von denen die ersten drei für die Provinz stehen (Provinz Bozen '041' gemäß Dekret des Gesundheitsministers vom 23. Dezember 1996); die darauf folgenden drei setzen sich aus einer fortlaufenden, provinziellen Nummer zusammen (die letzten beiden werden nicht verwendet, da sie eine weitere, fortlaufende Nummer darstellen, welche die einzelnen Einrichtungen der Krankenanstalt gemäß HSP-Modell 11-bis, die in der Provinz Bozen nicht vorhanden sind, definiert).

Folgende Modalitäten sind zu verwenden:

041001 = Zentralkrankenhaus Bozen;

041002 = Schwerpunkt Krankenhaus Meran;

041004 = Schwerpunkt Krankenhaus Brixen;

041005 = Schwerpunkt Krankenhaus Bruneck;

041006 = Krankenhaus für die Grundversorgung Sterzing;

041007 = Krankenhaus für die Grundversorgung Innichen;

041011 = Krankenhaus für die Grundversorgung Schlanders.

Pflichtfeld.

3. ZUGANGS-ID (ID ACC)

Fortlaufende Nummer, die den Zugang innerhalb der Krankenanstalt und innerhalb eines Jahres eindeutig festlegt.

Die Nummerierung ist für alle Zugänge zur Ersten Hilfe, die zu einer Aufnahme des Patienten führen, und für alle direkten Zugänge zu Abteilungen/Ambulanzen vorgesehen.

Diese Nummer wird automatisch vom System erstellt; somit ist sie auch im Archiv der ambulatorischen fachärztlichen Leistungen vorhanden und ermöglicht die Verknüpfung aller einem Patienten während eines selben Zuganges zur Ersten Hilfe erbrachten Leistungen.

Sie besteht aus: Jahr (4 Ziffern) + Code der Krankenanstalt (6 Ziffern) + fortlaufende Nummer des Zuganges (6 Ziffern).

Pflichtfeld.

4. NACHNAME (COG)

Es wird der Nachname des Patienten ohne Titel oder dergleichen angegeben (nicht Dr. Müller, sondern Müller).

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird der Zuname nicht erfasst. In diesem Fall wird im Feld in Großbuchstaben das Wort „ANONIMO“ eingegeben.

Pflichtfeld.

5. NAME (NOME)

Es wird der Vorname des Patienten angegeben.

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird der Vorname nicht erfasst. In diesem Fall wird im Feld in Großbuchstaben das Wort „ANONIMO“ eingegeben.

Pflichtfeld.

6. ERWORBENER NACHNAME (NOMEA)

Es wird der erworbene Nachname des Patienten eingegeben.

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird der erworbene Nachname nicht erfasst.

7. GESCHLECHT (SESSO)

Es wird das Geschlecht des Patienten angegeben.

1 = männlich;

2 = weiblich.

Pflichtfeld.

8. GEBURTSDATUM (DNASCITA)

Es werden der Geburtstag, der Geburtsmonat und das Geburtsjahr des Patienten im Format TTMMJJJJ eingegeben.

Bei Patienten, die das Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird das Geburtsdatum mit 0101JJJJ kodiert.

Pflichtfeld.

9. GEBURTSGEMEINDE (COM_NASC)

Es wird der vom ISTAT festgelegte Code verwendet, wobei die ersten drei Zeichen für die Provinz stehen (Provinz Bozen = 021) während die darauffolgenden Zeichen die fortlaufende Nummer der Gemeinde in der Provinz darstellen.

Bei im Ausland geborenen Patienten wird der Code 999 anstelle des Codes der Provinz eingegeben, gefolgt vom Code des ausländischen Staates, der vom Innenministerium für das Meldeamt der Bevölkerung festgelegt ist.

Für die im Ausland Geborenen: 999 + Code des ausländischen Staates.

Wenn in Italien geboren, aber die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999997.

Wenn im Ausland geboren und der ausländische Staat nicht bekannt ist: 999998.

Wenn die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999999.

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen in den ersten drei Ziffern die Kennzeichnung der Provinz gemäß ISTAT- Kennnummer angeben. Falls die Gemeinde unbekannt ist oder die Person im Ausland geboren ist, sind nur die ersten drei Ziffern mit 999 auszufüllen.

Pflichtfeld.

10. FAMILIENSTAND (S_CIVILE)

Es wird der Familienstand des Patienten beim Zugang zur Ersten Hilfe angegeben.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = ledig;

2 = verheiratet;

3 = getrennt;

4 = geschieden;

5 = verwitwet;

6 = nicht erklärt.

11. WOHSITZGEMEINDE (COM_RES)

Die Wohnsitzgemeinde gibt an, in welcher italienischen Gemeinde oder in welchem ausländischen Staat der Patient seinen rechtlichen Wohnsitz hat.

Im Fall von in Italien ansässigen Patienten den sechsstelligen ISTAT-Code der italienischen Gemeinden eingeben; für die in der Provinz Bozen Ansässigen kennzeichnen die ersten 3 Ziffern die Provinz (Provinz Bozen = 021) und die nachfolgenden 3 die Gemeinde.

Für im Ausland ansässigen Patienten den Code 999 eintragen, gefolgt vom Code des ausländischen Staates, der vom Innenministerium für das Meldeamt der Bevölkerung festgelegt worden ist.

Wenn in Italien ansässig, aber die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999997.

Wenn im Ausland ansässig und der ausländische Staat nicht gekannt ist: 999998.

Wenn die Gemeinde nicht bekannt ist oder für Personen ohne festen Wohnsitz: 999999.

Pflichtfeld.

12. STAATSBÜRGERSCHAFT (C_CITT)

Das Land der Staatsbürgerschaft kann vom Wohnort des Patienten verschieden sein (viele in einer italienischen Region Ansässige können ausländische Staatsbürger sein).

Besitzt der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, muss der Code der vom Patient gewählten Staatsbürgerschaft eingegeben werden.

– italienische Staatsbürgerschaft = 100;

– ausländische Staatsbürgerschaft = Code des Innenministeriums mit 3 Ziffern;

- Staatenlose = 999;
- unbekannt = 998.

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen: 998 (= unbekannt).

Pflichtfeld.

13. PERSÖNLICHER SANITÄTS-CODE (COD_SANI)

Für die beim Landesgesundheitsdienst Eingetragenen besteht der Code aus der Nummer des Sanitätsausweises, begrenzt auf die Ziffern der Nummer zwischen den beiden Querstrichen (Symbol „/“) ohne die beiden letzten Ziffern, welche das Geburtsdatum darstellen.

Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst eingetragen, wird der Sanitätscode automatisch anhand eines Rechenverfahrens erstellt, das dem Patienten auf der Grundlage der meldeamtlichen Daten einen eindeutigen Code zuweist.

Beispiel:

Nummer des Sanitätsausweises = 6g1/14456346/1 ⇒ 144563BBBBBBBB

Nummer des Sanitätsausweises = F12/0103015311/4 ⇒ 01030153BBBBBB

wobei B= Leerzeichen.

Bei Personen, die das gesetzlich vorgesehene Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, kann das Feld frei bleiben (blank).

14. WOHNSITZREGION (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.

Pflichtfeld.

15. WOHNSITZ-GESUNDHEITSBEZIRK/SANITÄTSBETRIEB (ASL_RES)

Der Gesundheitsbezirk, der die Wohnsitz-Gemeinde des Patienten umfasst.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums (DM 17/09/1986).

Das Feld wird für im Ausland Ansässige nicht ausgefüllt.

Ist die Wohnsitz-Gemeinde nicht bekannt (z.B. Patienten ohne festen Wohnsitz), muss der Code 000 eingegeben werden.

16. BETREUUNGSREGION (REG_ASS)

Die Region, in der sich der versorgende Sanitätsbetrieb befindet.

Die Betreuungsregion kann von der Wohnsitz-Region verschieden sein.

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

Das Feld wird für die im Ausland Geborenen nicht ausgefüllt.

17. BETREUUNGSGESUNDHEITSBEZIRK/SANITÄTSBETRIEB (ASL_ASS)

Der Gesundheitsbezirk, bei dem der Patient eingetragen ist. Der versorgende Gesundheitsbezirk kann von dem Wohnsitz- Gesundheitsbezirk verschieden sein.

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

Das Feld wird für die im Ausland Geborenen nicht ausgefüllt.

18. IDENTIFIKATIONSART DES PATIENTEN (TIPO_ID)

Es muss angegeben werden, worauf sich die Nummer des Feldes COD_ID (ID des Patienten) bezieht:

1	=	Steuernummer
2	=	STP (vorübergehend anwesender Ausländer)
3	=	AA (anonym)
4	=	TEAM (persönliche TEAM-Nummer)
9	=	ENI (bedürftige, mittellose EU-Bürger, mit ENI Bescheinigung) ³
Z	=	sonstige ⁴

Pflichtfeld.

19. CODE DES PATIENTEN (COD_ID)

Die vom Finanzministerium zugeordnete Steuernummer muss, wenn diese verfügbar ist, für alle in Italien ansässigen Patienten (16-stelligen alphanumerischen oder temporären 11-stelligen Code) eingegeben werden.

Für Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung muss der Regionalcode STP (vorübergehend anwesender Ausländer) mit 16 Zeichen (gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und des Rundschreibens des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000), bestehend aus STP + Regionalcode + SB-Code + fortlaufende Nummer angegeben werden.

Im Fall eines SASN-Patienten muss das Feld mit der Steuernummer des Patienten ausgefüllt werden.

Im Fall von im Ausland versicherten Patienten müssen die persönliche ID-Nummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises (TEAM) und die Versicherungsdaten des Patienten in die TEAM-Felder eingetragen werden (Feld nr.6).

Für den Anonymitätscode: 20 Mal «X».

Für die bedürftigen EU- Bürger (bedürftige, mittellose EU-Bürger, mit ENI Bescheinigung) muss ein Regionaler Code mit der Abkürzung ENI (insgesamt 16 Zeichen) eingegeben werden: ENI + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebes gefolgt durch eine fortlaufende Nummer.

Für die anderen Fällen (TIPO_ID = "Z"), 20 Mal «X» ausfüllen.

³ Der ENI Code ersetzt den CTA Code (vorübergehend betreute Bürger)

⁴ Der Z Code enthält den SPAG Code (selbstzahlender Ausländer), den ASC Code (sonstiger konventionierter Ausländer) und den HIC Code (Rentner und Familienmitglieder von Berufstätigen, die in einem anderen Land wohnen als das Familienoberhaupt).

Pflichtfeld.

20. IDENTIFIKATIONSNUMMER DES TEAM (N_TEAM)

Die TEAM-ID wird nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis eingetragen (wie im TEAM vorgesehen). Man muss das Feld nr.8 von TEAM-Schein angeben.

21. CODE DER ZUSTÄNDIGEN TEAM-INSTITUTION (COD_IST)

Der Code der TEAM-Institution wird nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis eingetragen (wie im TEAM vorgesehen).

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

Die Kurzbezeichnung der TEAM-Institution wird nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis eingetragen (wie im TEAM vorgesehen).

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

Der den Ausweis ausstellende Staat wird nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis eingetragen (wie im TEAM vorgesehen).

24. VORGESEHENE BETREUUNGSFORM VOM TEAM (TIPO_TEAM)

Die Art der Versorgung wird mit E111 oder E106 nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis angegeben (wie im TEAM vorgesehen).

25. VERFALLSDATUM DES TEAM (DATA_SCAD)

Die Gültigkeitsdauer wird nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis angegeben (wie im TEAM vorgesehen).

81. GÜLTIGKEIT IDENTIFIKATIONSCODES DER VERSORGTEN PERSONE (PRES_COD_ID)

Information über die Gültigkeit des Identifikationscodes der versorgten Person, die nach dem Anruf beim Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, wiedererlangt wurde. Folgende Codes sind zu verwenden:

0 = gültiger Identifikationscode (vorhanden in der MEF-Datenbank);

1 = falscher Identifikationscode (nicht vorhanden in der MEF-Datenbank).

Pflichtfeld.

82. TYPOLOGIE DES IDENTIFIKATIONSCODES DER VERSORGTEN PERSONE (TS_COD_ID)

Information über die Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person, die nach dem Anruf bei dem Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, wiedererlangt wurde.

Folgende Codes sind zu verwenden:

0 = Steuernummer;

1 = STP-Code;

2 = ENI-Code;

3 = TEAM-Code;

4 = vorläufige numerische Steuernummer (11 Ziffern);

99 = Code in der Datenbank nicht vorhanden.

Pflichtfeld.

2.2. ARCHIV 2 – VERWALTUNGSDATEN

1. SENDENDER GESUNDHEITSBEZIRK (ASL INV)

(siehe Sektion A. von Archiv 1)

Pflichtfeld.

2. KRANKENANSTALT (ISTITUTO)

(siehe Sektion A. von Archiv 1)

Pflichtfeld.

3. ZUGANGS-ID (ID ACC)

(siehe Sektion A. von Archiv 1)

Pflichtfeld.

26. CODE DER EINRICHTUNG (CO_STS11)

Es wird der vom Ministerialmodell STS.11 vorgesehene Landescode der leistungserbringenden Einrichtung eingegeben.

27. CODE DER ERSTEN HILFE (CDC_PS)

Es wird der Code der Ersten Hilfe gemäß Beschluss 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“ angegeben.

Zwischen einer Ebene und der nächsten müssen Bindestriche „-“ eingegeben werden (der Code 2,51,3,48,0,07 wird zu 2-51-3-48-0-07).

Für die Einweisungen und direkten dringenden Zugänge zur orthopädischen und traumatologischen Ambulanz des Krankenhauses Brixen, die als Erste Hilfe-Zugänge gelten, muss die Kostenstelle der orthopädischen-traumatologischen Ambulanz angegeben werden.

Pflichtfeld.

28. AUFNAHMEDATUM (DATA_AC)

In dieses Feld wird das Datum der Aufnahme des Patienten in die Erste Hilfe im Format TTMMJJJJ eingegeben.

Diese Variable wird automatisch vom System erstellt.

Für die Datenübermittlung an das Ministerium ändern.

Pflichtfeld.

29. AUFNAHMEUHRZEIT (ORA_AC)

In dieses Feld wird die Uhrzeit der Aufnahme des Patienten in die Erste Hilfe im Format hhmm eingegeben.

Diese Variable wird automatisch vom System erstellt.

Pflichtfeld.

30. DIREKTE EINWEISUNG (DIRETTO)

Gibt an, ob der Patient direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arzt(e)s eingewiesen wurde.

0 = nein;

1 = ja.

Wird 1 = ja eingegeben, müssen alle restlichen, zugangsspezifischen Daten des Patienten nicht ausgefüllt werden (Abschnitte C-F).

Pflichtfeld.

2.3. ARCHIV 2 – TRIAGE-DATEN

31. TRIAGE-CODE BEIM ZUGANG (TRIAGE)

Gibt den Grad der dem Patienten zugewiesenen Dringlichkeit und damit Priorität für die dem Patienten zugewiesene Untersuchung an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = rot - sehr kritisch;

2 = gelb - durchschnittlich kritisch;

3 = grün - wenig kritisch;

4 = weiß - nicht kritisch;

5 = schwarz – verstorben;

6 = orange – kritisch;

7 = blau – nicht dringend;

9 = nicht ausgefüllte Triage⁵.

⁵ mögliche Antwort nur für Krankenhäuser mit weniger als 25.000 Zugängen jährlich; auf Landesebene die Krankenhäuser Schlanders, Sterzing und Innichen.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

2.4. ARCHIV 2 – ZUGANGSDATEN

32. ART DER ANKUNFT IN DER ERSTEN HILFE (MOD_ARR)

Gibt das Mittel an, mit dem sich der Patient in der Ersten Hilfe eingefunden hat.

Die zu verwendenden Codes sind:

- 1 = mit eigenen Mitteln (zu Fuß, Privatauto, öffentliche Verkehrsmittel);
- 2 = Notarztwagen 118;
- 3 = Krankenwagen 118;
- 4 = Hubschrauber;
- 5 = Polizeikräfte (Polizei, Carabinieri, usw.);
- 6 = anderer Krankenwagen;
- 7 = anderer Hubschrauber;
- 8 = Notarztwagen 118 einer anderen Region;

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

33. CODE DES TRANSPORTMITTELS (COD_MEZ)

Leeres Feld

34. INDIVIDUELLER TRANSPORTCODE (COD_TRA_OLD)

Leeres Feld

62. IDENTIFIKATIONSCODE DER ZENTRALEN EINHEIT (CENTRALE)

Identifiziert die Zentrale, bei welcher der Notruf eingeht. Der Schlüssel besteht aus 5 Zeichen: Die ersten 3 kennzeichnen die Autonome Provinz (gemäß Kodifizierung des MD vom 23.12.86), die letzten 2 die Landesnotrufzentrale. Die der Zentrale zugewiesenen Schlüssel können sowohl aus Buchstaben als auch aus einer auf Provinzebene fortlaufenden Nummer bestehen.

Für die Provinz Bozen lautet der Erkennungsschlüssel der Landesnotrufzentrale: 04101.

Falls die zentrale Einheit ausländisch ist, mit „99999“ ausfüllen.

Pflichtfeld für den Patienten, der mit 118 in der ersten Hilfe angekommen wurde (Code 5 bei der Variable (65) „Verantwortlicher der Einweisung“) und der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variablen (30) „Direkte Einweisung“).

63. IDENTIFIKATIONSCODE EINSATZ (CODICE MISSIONE)

Gibt den Schlüssel an, der die vom Mitarbeiter der Landesnotrufzentrale eindeutig eingeleitete Mission identifiziert. Der Schlüssel besteht aus 16 Zeichen: Die ersten 4 stehen für das Bezugsjahr, die restlichen 12 sind die fortlaufende Nummer der Mission.

Pflichtfeld für den Patienten, der mit 118 in der ersten Hilfe angekommen wurde (Code 5 bei der Variable (65) „Verantwortlicher der Einweisung“) und der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variablen (30) „Direkte Einweisung“).

64. VERSORGUNGSPROTOKOLLKODEX (COD_TRA)

Gibt den Kodex an, der jedem in das Krankenhaus transportierten Patient zugewiesen wird. Für jeden transportierten Patienten wird ein Einsatzblatt ausgefüllt, auf dem neben den einsatzspezifischen Daten auch ein alphanumerischer Strichkode für das unverschlüsselte Einlesen angeführt werden muss. Das Format des Kodex setzt sich wie folgt zusammen: 2 Ziffern für die letzten beiden Ziffern des laufenden Einsatzjahres, 4 Ziffern für die eindeutige Identifikationsnummer des Blocks der Versorgungsprotokolle, 2 fortlaufende Ziffern der einzelnen Versorgungsprotokolle im Block und ein Kontrollwert. Durch das optische Einlesen dieses Kodes können die meldeamtlichen Daten der versorgten Person, die im Datenfluss der Notaufnahme (Erste-Hilfe-Station) gespeichert sind, aufgerufen werden.

Pflichtfeld für den Patienten, der mit 118 in der ersten Hilfe angekommen wurde (Code 5 bei der Variable (65) „Verantwortlicher der Einweisung“) und der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variablen (30) „Direkte Einweisung“).

65. VERANTWORTLICHER DER EINWEISUNG (RESPONSABILE_INVIO)

Gibt den Verantwortlichen für die Einweisung des Patienten in die Erste Hilfe an.

Gültige Werte:

1 = Allgemeinmediziner/Kinderarzt freier Wahl;

2 = ärztlicher Notdienst;

3 = Facharzt;

4 = Verlegung in eine andere Einrichtung;

- 5 = Einsatz der zentralen Einheit 118;
- 6 = eigene Entscheidung;
- 7 = Gefängnis;
- 9 = anderes.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

66. HERKUNFTSEINRICHTUNG (ISTITUTO_PROVENIENZA)

Identifikationscode der übermittelnden Einrichtung.

Bezugswerte sind die Codes der Einrichtungen laut Ministeriale Modelle HSP11

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und der von anderen Krankenhäusern übermittelt wurde (Code 4 bei der Variable (65) „Verantwortlicher der Einweisung“).

67. HAUPTPROBLEM (PROBLEMA PRINCIPALE)

Gibt das festgestellte/wahrgenommene Hauptproblem zum Zeitpunkt der Triage an

Gültige Werte:

- 1 = Koma;
- 2 = akutes neurologisches Syndrom;
- 3 = andere Symptome des Nervensystems;
- 4 = Bauchschmerzen;
- 5 = Schmerzen am Brustkorb;
- 6 = Atemnot;
- 7 = Präkordialer Schmerz;
- 8 = Shock;
- 9 = nicht traumatische Blutung;
- 10 = Trauma;
- 11 = Vergiftung;
- 12 = Fieber;
- 13 = allergische Reaktion;
- 14 = Herzrhythmusstörungen;
- 15 = Bluthochdruck;
- 16 = Psychomotorische Unruhe;
- 17 = Sehstörungen;
- 18 = Hals-Nasen-Ohren- Symptome;
- 19 = gynäkologische Beschwerden;
- 20 = dermatologische Probleme;
- 21 = Zahnschmerzen;
- 22 = urologische Probleme;
- 23 = andere Symptome oder Störungen;

- 24 = rechtlich-medizinische Überprüfungen;
- 25 = soziale Probleme;
- 26 = Sturz von einer Höhe, die geringer oder gleich der Körpergröße ist;
- 27 = Verbrennungen;
- 28 = Psychiatrische Beschwerden;
- 29 = Pneumologische Beschwerden;
- 30 = Gewaltanwendung durch andere;
- 31 = Selbstverletzung.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

35. GRUND DES ZUGANGS ZUR ERSTEN HILFE (CAUSA_AC)

Gibt den Grund des Zugangs zur Ersten Hilfe an. Die Variable muss nur dann ausgefüllt werden, wenn der „Hauptproblem“ =10.

Die zu verwendenden Codes sind:

- 1 = Arbeitsunfall;
- 2 = Unfall im Haushalt;
- 3 = Unfall auf der Straße;
- 4 = Gewaltanwendung durch andere;
- 5 = Selbstverletzung oder Selbstmordversuch;
- 6 = Sonstiger Unfall beim Sport (nicht Bergunfall);
- 7 = Bergunfall (Ski, Snowboard, Rodel, Alpinski)
- 8 = Unfall in der Schule
- 11 = Unfall in anderen Orten.

Pflichtfeld für den Patienten mit Trauma (Code 10 bei der Variable (67) „Hauptprobleme“) und der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

2.5. ARCHIV 2 – DATEN ZU BERGUNFÄLLEN

Die unter dieser Sektion E aufgelisteten Variablen müssen nur dann ausgefüllt werden, wenn der Grund für den Zugang an der Ersten Hilfe ein Bergunfall ist (wenn die Variable „Hauptproblem“ = 10 (Trauma) und Grund des Zugangs zur Ersten Hilfe“ = 7) und wenn der Patient direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (“Direkte Einweisung“ = 0).

36. DATUM DES UNFALLS (DATA_INC)

Das Datum, an dem der Patient in den Skiunfall verwickelt wurde, wird im Format TTMMJJJJ eingegeben.

Ist das Datum nicht bekannt, muss 99999999 eingegeben werden.

Fakultative Variable.

37. UHRZEIT DES UNFALLS (ORA_INC)

Die Zeit, zu der der Patient in den Skiunfall verwickelt wurde, wird im Format hhmm eingegeben.

Ist die Uhrzeit nicht bekannt, muss 9999 eingegeben werden.

Fakultative Variable.

38. ART DER VERLETZUNG (LES_INC)

Gibt die Art des Traumas des Patienten an.

Für die Ausfüllung dieses Feldes siehe Anlage 2.

Fakultative Variable.

39. BETROFFENER KÖRPERTEIL (LES_CORP)

Gibt den vom Trauma betroffenen Körperteil an.

Für die Ausfüllung dieses Feldes siehe Anlage 2.

Fakultative Variable.

40. ABLAUF DES UNFALLS (DIN_INC)

Die Beschreibung gibt den Ablauf des Unfalls an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = Zusammenprall mit einem Skifahrer;

2 = Zusammenprall mit einem Snowboarder;

3 = Zusammenprall mit einem Hindernis;

4 = Absturz von einer Aufstiegsanlage;

5 = Sturz im Stillstand;

6 = Sturz in Bewegung;

7 = Übelkeit;

9 = Sonstiger und nicht spezifizierter Ablauf.

Fakultative Variable.

41. ART DER PISTE (TIPO_P)

Gibt die Art der vom Verunglückten benutzten Piste an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = auf der Piste;

2 = außerhalb der Piste;

9 = nicht spezifiziert.

Fakultative Variable.

42. BEIM UMFALL BETRIEBENE SPORTART (ATT_INC)

Gibt die vom Patient beim Unfall betriebene Sportart an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = Ski;

3 = Snowboard;

4 = Tourenski/Alpinski;

7 = Rodeln;

Pflichtfeld.

2.6. ARCHIVI 2 – DATEN ZUR DIAGNOSE UND ZUM AUSGANG

43. DATUM DER ARZTVISITE (DATA_MED)

Gibt das Datum an, an dem der Patient vom Arzt der Ersten Hilfe untersucht wird.

Diese Variable dient für die Ermittlung der Wartezeit an der Ersten Hilfe.

Format TTMMJJJJ.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

44. UHRZEIT DER ARZTVISITE (ORA_MED)

Gibt die Uhrzeit an, an der der Patient vom Arzt der Ersten Hilfe untersucht wird.

Diese Variable dient für die Ermittlung der Wartezeit an der Ersten Hilfe.

Format hhmm.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

45. VOM ARZT ZUGETEILTER TRIAGE-CODE (TRIAGE_MED)

Gibt die Angemessenheit des zugewiesenen Schweregrades nach der Untersuchung des Arztes an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = rot (legt einen sehr kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen Noteingriff vor);

2 = gelb (legt einen mittelkritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen unaufschiebbaren Eingriff vor);

3 = grün (legt einen wenig kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen aufschiebbaren Eingriff vor);

4 = weiß (legt einen nicht kritischen Zustand des Patienten fest und sieht einen nicht dringenden Eingriff vor);

5=schwarz-verstorben;

6 = orange – kritisch;

7 = blau – nicht dringend;

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“).

46. ID DES ARZTES (ID_MED)

Steuernummer des Erste Hilfe-Arztes, der den Patienten aufgenommen hat.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable

(30) *“Direkte Einweisung”*) und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) *„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“*).

47. CODE DER ERSTEN DIAGNOSE (DIAG_PRI)

Code der Hauptdiagnose (aufgrund der klinischen Schwere und dem Einsatz von Ressourcen) gemäß ICD9-CM 2007.

*Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) *“Direkte Einweisung”*) und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) *„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“*).*

48. CODE DER ZWEITEN DIAGNOSE (DIAG_SEC)

Code der zweiten Diagnose gemäß ICD9-CM 2007.

49. CODE DER DRITTEN DIAGNOSE (DIAG_3)

Leeres Feld

50. BESCHREIBUNG DER DIAGNOSE (DIAG_DES)

Leeres Feld

68. PRIMÄRE LEISTUNG (PREST_PRINC)

Code der primären Leistungen (aufgrund der klinischen Schwere und dem Einsatz von Ressourcen) Die Bezugswerte sind die im Landestarifverzeichnis kodierten fachärztlichen ambulatorischen Leistungen (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, jeder Trennpunkt stellt ein Zeichen dar. *Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) *“Direkte Einweisung”*) und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) *„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“*).*

69. SEKUNDÄRE LEISTUNG (PREST_SEC)

Code der sekundären Leistung (aufgrund der klinischen Schwere und dem Einsatz von Ressourcen)
Die Bezugswerte sind die im Landestarifverzeichnis kodierten fachärztlichen ambulatorischen Leistungen (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 Leistungs-codes bestehen aus maximal sieben Zeichen, jeder Trennpunkt stellt ein Zeichen dar.

51. DATUM DER ENTLASSUNG (DATA_USC)

Das Datum der Entlassung des Patienten aus der Ersten Hilfe wird im Format TTMMJJJJ eingegeben.

Im Fall von Patienten, die bereits tot in die Erste Hilfe gebracht werden, muss das Datum der Entlassung mit dem Datum der Ankunft in die Erste Hilfe übereinstimmen. Im Fall von Patienten, die die Erste Hilfe spontan verlassen, muss das Datum der Entlassung mit dem Datum übereinstimmen, an dem der Patient nicht auf den Aufruf geantwortet hat.

Im Fall von in der O.B.I. aufgenommenen Patienten, muss das Datum der Entlassung aus der Ersten Hilfe mit dem Enddatum der O.B.I. übereinstimmen.

Für die eingelieferten Patienten, muss das Datum der Entlassung mit dem im KEB eingetragenen Datum der Einweisung übereinstimmen.

Der „Erste Hilfe – Bogen“ bleibt für den gesamten Aufenthalt des Patienten in der O.B.I. offen.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) „Direkte Einweisung“) und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“).

52. UHRZEIT DER ENTLASSUNG (ORA_USC)

Die Uhrzeit der Entlassung des Patienten aus der Ersten Hilfe wird im Format hhmm eingegeben.

Im Fall von in der O.B.I. aufgenommenen Patienten stimmt die Uhrzeit der Entlassung aus der Ersten Hilfe mit der Enduhrzeit der O.B.I. überein.

Der „Erste Hilfe – Bogen“ bleibt für den gesamten Aufenthalt des Patienten in der O.B.I. offen.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) „Direkte Einweisung“) und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“).

53. AUSGANG DER ERSTE HILFE-LEISTUNGEN (ESITO)

Gibt den Ausgang der Leistung seitens des Erste Hilfe/ O.B.I.-Arztes an.

Die zu verwendenden Codes sind:

- 1 = Entlassung nach Hause;
- 2 = Einweisung in eine Krankenhausabteilung;
- 3 = Verlegung in eine andere Krankenanstalt;

4 = In der Ersten Hilfe verstorben;

5 = Tot in die Erste Hilfe eingeliefert;

6 = Verweigerung der Einlieferung;

8 = der Patient verlässt die Erste Hilfe vor der ärztlichen Untersuchung;

9 = der Patient verlässt die Erste Hilfe während der Untersuchungen und/oder vor der Schließung der Krankenkartei;

X = Entlassung nach Hause mit darauffolgendem Zugang in ambulatorische Einrichtungen.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung").

54. ART DER VERLEGUNGSEINRICHTUNG (TIP_TRAS)

Gibt die Art der Einrichtung an, in welche der Patient verlegt wird.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = Landeseinrichtung;

2 = Konventionierte österreichische Einrichtung;

3 = Einrichtung im übrigen Italien;

4 = Nicht konventionierte ausländische/österreichische Einrichtung;

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und der in eine andere Krankenanstalt verlegt wurde (Code 3 bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“).

55. CODE DER VERLEGUNGSEINRICHTUNG (STR_TRAS)

Gibt den Code der Einrichtung an, in die der Patient verlegt wird, wenn es sich um eine Landeseinrichtung oder konventionierte nationale oder österreichische Einrichtung handelt.

Die Bezugswerte für die nationalen und Landeseinrichtungen sind die Einrichtungscodes der ministerialen Modelle HSP11.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und der in eine andere Krankenanstalt verlegt wurde (Code 3 bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“ und Code 1, 2, 3 bei der Variable (54) „Art der Verlegungseinrichtung“).

70. BEFUND

Gibt das eventuelle Ausfüllen des Befundes an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = Inail;

2 = Gericht;

3 = Sanitätsbetrieb wegen Tierbiss (Hund und Kaniden);

9 = Sonstiges.

71. ABTEILUNGSCODE (REPARTO)

Code der Aufenthaltsabteilung des Betreuten

Gibt den Code der Aufenthaltsabteilung des Patienten an (aufnehmende Versorgungseinheit), falls der Patient aufgrund einer direkten Einweisung ins Krankenhaus transportiert wird.

Den Code der Aufenthaltsabteilung, die im KEB aufscheint, angeben (gemäß „Kodierung der Krankenhausabteilung wie in den Erhebungsbögen der wirtschaftlichen und Verwaltungstätigkeiten der Sanitätsbetriebe und Krankenanstalten vorgesehen“ laut M.D. vom 05.12.2006).

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und mit Einweisung in eine Krankenhausabteilung (Code 2 bei der Variable (53) „„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen““).

72. FORTLAUFENDE NUMMER DES AUFENTHALTES (NOSOGRAFICO)

Gibt denselben fortlaufenden Code des Aufenthaltes wie im Krankenhausentlassungsbogen an.

Die Kodierung und 4 Ziffern für das Bezugsjahr + 6 fortlaufende Ziffern für den Aufenthalt.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und mit Einweisung in eine Krankenhausabteilung (Code 2 bei der Variable (53) „„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen““).

73. GRUND FÜR DIE VERLEGUNG (MOTIVO_TRAS)

Grund, der die Erste Hilfe dazu gebracht hat, den Patienten zu verlegen.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = Betreuungskontinuität;

2 = fehlende Betten;

3 = zurück zum Krankenhaus, das die Beratung angefordert hat.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und der in eine andere Krankenanstalt verlegt wurde (Code 3 bei der Variable (53) „„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen““).

74. ART DER VERSORGUNG (REG_ERO)

Für jeden Zugang zur Ersten Hilfe angeben, wer sich um die Leistungen kümmert, in Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und den darauffolgenden Änderungen

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = SSN (zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes, Zugänge ohne Ticket);

2 = SSN + Ticket (Kostenbeteiligung seitens des Patienten);

3 = Innenministerium (bei nicht EG-angehörigen Bürgern ohne Aufenthaltsgenehmigung gehen die Kosten zu Lasten des Innenministeriums, gemäß Lgs. D. 286/98, art. 35, Absatz 6);

9 = Sonstiges (Zahlung des Tickets durch Dritte oder dem Patienten selbst).

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“).

75. TARIFWERT (IMP_TARI)

Gibt den Bruttotarifwert der erbrachten Leistungen in der Ersten Hilfe an, mit eventueller Kostenbeteiligung seitens des Patienten.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“).

76. TICKETBETRAG (IMP_TICKET)

Gibt die Kostenbeteiligung seitens des Patienten an.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) "Direkte Einweisung") und für den Patienten, der nach Hause entlassen wurde (Code 1, X bei der Variable (53) „Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“) und mit Kostenbeteiligung (Code 2, 9 bei der Variable (74) „Art der Versorgung“).

77. TICKETPOSITION DES BETREUTEN (POS_TICKET)

Gibt die Art der Ticketbefreiung des Betreuten an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = nicht ticketbefreit;

2 = gänzlich ticketbefreit aufgrund von Invalidität;

3 = aufgrund des Alters und des Einkommens ticketbefreit;

4 = aufgrund der Pathologie ticketbefreit;

5 = ticketbefreit nach Kategorie (Rentner und ihre zu Lasten gehenden Familienangehörigen, Arbeitslose und ihre zu Lasten gehenden Familienangehörigen, über 60-Jährige mit Mindestpension und ihre zu Lasten gehenden Familienangehörigen);

6 = schwangere Frauen;

7 = teilweise ticketbefreit aufgrund von Invalidität (partiale Invalidität);

8 = andere Kategorien (Personen, die Untersuchungen zur Feststellung einer seltenen Krankheit unterzogen werden, Personen mit HIV, Drogenabhängige in Entwöhnungsphase, Spender, Häftlinge, STP, Soldaten, Armee,...);

9 = ticketbefreit aufgrund des zugewiesenen Codes durch das Triage Verfahren.

Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable

(30) *“Direkte Einweisung“*) und für den Patienten, der die Erste Hilfe nicht verlässt (Code 1, 2, 3, 4, 5, 6, X bei der Variable (53) *„Ausgang der Erste Hilfe – Leistungen“*).

78. TICKETBEFREIUNGSCODE (CD_ESEN)

Gibt den Code der Ticketbefreiung an (Landeskodierung).

79. ART DES VERFAHRENS (TIPO_OPER)

Technisches Feld, das verwendet wird, um die Übermittlung von neuen, geänderten oder ev. annullierten Informationen zu unterscheiden.

I=Eingabe (Übermittlung von neuen Informationen oder von vorher vom System aussortierten Informationen);

V=Änderung (Übermittlung von Informationen, die die bereits übermittelten überschreiben sollen);

C=Löschung (Übermittlung von Informationen, für welche die Löschung im System vorgesehen ist).

*Pflichtfeld für den Patienten, der direkt in die fachärztlichen Ambulanzen ohne Triage und/oder klinische Bewertung seitens des Erste Hilfe-Arztes eingewiesen wurde (Code 0 bei der Variable (30) *“Direkte Einweisung“*).*

2.7 ARCHIV 2 – O.B.I. DATEN

56. AKTIVIERUNG OBI (ATT_OBI)

Gibt an, ob der Patient in der Intensivbeobachtungsstation aufgenommen wurde.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 =ja;

2 =nein.

Pflichtfeld.

57. ORGANISATIONSART OBI (TIPO_OBI)

Gibt die Organisationsart die von der Krankenanstalt für die OBI angewendet wird.

1 = zentralisiert;

2 = nicht zentralisiert.

*Pflichtfeld für den Patienten, der in der Intensivbeobachtungsstation aufgenommen wurde (Code 1 bei der Variable (56), *„Aktivierung OBI“*).*

58. ABTEILUNG OBI (REP_OBI)

Die Abteilung O.B.I. ist die Abteilung innerhalb welcher die O.B.I aktiviert wird.

Die zu verwendenden Codes für die Abteilung (Codes des Gesundheitsministeriums M.D. 19/03/88) entsprechen den ersten vier Zeichen, welche die Abteilung in den Erhebungsmodellen der ökonomischen Tätigkeit der Sanitätsbetriebe und der Krankenhäuser bestimmen (insbesondere Modell HSP.12); die ersten zwei Zeichen identifizieren den klinischen Fachbereich oder den

Krankenhausbereich; die anderen zwei Zeichen bestimmen die fortlaufende Nummer anhand welcher die Abteilungen innerhalb des selben Bereichs unterschieden werden.

Es müssen daher ausschließlich die ministerialen Codes der klinischen Fachbereiche oder der Krankenhausbereiche verwendet werden, welche im Landesgesundheitsplan oder anschließend durch Landesbeschlüsse eingeführt wurden.

Es wird ein Code für den Erste Hilfe – Dienst eingeführt.

Pflichtfeld für den Patienten, der in der Intensivbeobachtungsstation aufgenommen wurde (Code 1 bei der Variable (56), „Aktivierung OBI“.

59. ANFANGSDATUM OBI (DATA_OBI)

Das Aufnahmedatum des Patienten in der O.B.I. muss folgendes Format haben: TTMMJJJJ.

Pflichtfeld für den Patienten, der in der Intensivbeobachtungsstation aufgenommen wurde (Code 1 bei der Variable (56), „Aktivierung OBI“.

60. ANFANGSUHRZEIT (ORA_OBI)

Die Uhrzeit der Entlassung des Patienten aus der O.B.I. wird im Format hhmm eingegeben.

Pflichtfeld für den Patienten, der in der Intensivbeobachtungsstation aufgenommen wurde (Code 1 bei der Variable (56), „Aktivierung OBI“.

61. DIAGNOSE OBI (DIAG_OBI)

Es muss die Diagnose bezüglich des hauptsächlichen Grundes für die Tätigkeit in der O.B.I. angegeben werden. Für die Kodifizierung muss das Klassifizierungssystem ICD9 – CM 2007 verwendet werden.

Pflichtfeld für den Patienten, der in der Intensivbeobachtungsstation aufgenommen wurde (Code 1 bei der Variable (56), „Aktivierung OBI“.

62. 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; als Pflichtfeld ab 01/01/2013 zu erheben.

ANLAGE:

Anlage 1: Datensatz für die Kontrolle der Datenqualität und die Zuweisung des eindeutigen Identifikationscodes

Anlage 2: Art der Verletzung – betroffener Körperteil

Anlage 3: Liste der automatischen Kontrollen

Anlage 4: Von SIAG für die Beobachtungsstelle für Gesundheit ausarbeiteter Datensatz

Anlage 5: Umkodifizierungstabelle der Befreiungscodes (COD_ESEN) mit der Ticket-Position des Patienten (POS_TICKET)

Anlage 6: Zusendungstermine

ANLAGE 1: DATENSATZ FÜR DIE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT UND DIE ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES

Legende:

OBBV = obligatorisch und verbindlich auszufüllendes Feld

OBB = unter bestimmten Umständen obligatorisch auszufüllendes Feld

„leer“ = fakultativ auszufüllendes Feld

ARCHIV 1: MELDEAMTLICHE VARIABLEN

Nr.	Name Variable	der	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Obl.
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk		AN	3	1	3	OBB V
2	ISTITUTO	Krankenanstalt		AN	8	4	11	OBB V
3	ID_ACC	Zugangs-ID		AN	16	12	27	OBB V
4	COG	Nachname		AN	30	101	130	OBB V
5	NOME	Name		AN	20	131	150	OBB V
6	NOMEA	Erworbener Nachame		AN	30	151	180	
7	SESSO	Geschlecht		AN	01	181	181	OBB V
8	DNASCITA	Geburtsdatum		D	08	182	189	OBB V
9	COM_NASC	Geburtsgemeinde		AN	06	190	195	OBB V
10	S_CIVILE	Familienstand		AN	01	196	196	
11	COM_RES	Wohnsitzgemeinde		AN	06	197	202	OBB
12	C_CITT	Staatsbürgerschaft		AN	03	203	205	OBB V
13	COD_SANI	Persönlicher Sanitätscode		AN	20	206	225	OBB
14	REG_RES	Wohnsitzregion		AN	03	226	228	OBB V
15	ASL_RES	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb/-Gesundheitsbezirk		AN	03	229	231	
16	REG_ASS	Betreuungsregion		AN	03	232	234	
17	ASL_ASS	Betreuungssanitätsbetrieb/-Gesundheitsbezirk		AN	03	235	237	
18	TIPO_ID	Identifikationsart		AN	01	238	238	OBB V
19	COD_ID	Code des Patienten		AN	20	239	258	OBB V
20	N_TEAM	Identifikationsnummer des TEAM		AN	20	259	278	OBB
21	COD_IST	Code der zuständigen TEAM -Institution		AN	15	279	293	OBB
22	DEN_IST	Kurzbezeichnung der Team-Institution, welche den TEAM ausgestellt hat		AN	30	294	323	
23	ST_ESTERO	Staat, der den TEAM ausgestellt hat		AN	02	324	325	OBB
24	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Versorgung		AN	04	326	329	
25	DATA_SCAD	Verfallsdatum des TEAM		D	08	330	337	OBB
81	PRES_COD_ID	Information über die Gültigkeit des Identifikationscodes der versorgten Person, die nach dem Anruf beim Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, wiedererlangt wurde.		N	01	338	338	OBB V
82	TS_COD_ID	Information über die Gültigkeit des Identifikationscodes der versorgten Person, die		N	02	339	340	OBB V

Nr.	Name Variable	der	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Obl.
			nach dem Anruf beim Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, wiedererlangt wurde.					

Anmerkung:

Die Felder mit **alphanumerischem Datensatz (AN)** müssen immer nach links ausgerichtet und rechts mit Freiräumen ausgefüllt werden.

Die **Daten-**Felder dieses Archivs haben das Format **TTMMJJJJ**; falls nicht vorhanden, müssen sie mit **Leerzeichen** ausgefüllt werden.

ARCHIV 2: ZUGANGSVARIABLEN UND KLINISCHE VARIABLEN

N r.	Name der Variable	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Obl.
		B. Verwaltungsdaten					
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	1	3	OBB V
2	ISTITUTO	Krankenanstalt	AN	8	4	11	OBB V
3	ID_ACC	Zugangs-ID	AN	16	12	27	OBBV
26	CO_STS11	Code der Einrichtung	AN	06	28	33	
27	CDC_PS	Code der Ersten Hilfe	AN	20	34	53	OBBV
28	DATA_AC	Aufnahmedatum	D	08	54	61	OBBV
29	ORA_AC	Aufnahmeuhrzeit	H	04	62	65	OBBV
30	DIRETTO	Direkte Einweisung	AN	01	66	66	OBBV
31	TRIAGE	Triage-Code beim Zugang	AN	01	67	67	OBB
32	MOD_ARR	Art der Ankunft in der Ersten Hilfe	AN	01	68	68	OBB
33	COD_MEZ	Code des Transportmittels	AN	10	69	78	Blank
34	COD_TR_OL DA	Individueller Transportcode	AN	10	79	88	Blank
35	CAUSA_AC	Grund des Zugangs zur Ersten Hilfe	AN	02	89	90	OBB
36	DATA_INC	Datum des Unfalls	D	08	91	98	OBB
37	ORA_INC	Uhrzeit des Unfalls	H	04	99	102	OBB
38	LES_INC	Art der Verletzung	AN	04	103	106	OBB
39	LES_CORP	Betroffener Körperteil	AN	04	107	110	OBB
40	DIN_INC	Ablauf des Unfalls	AN	01	111	111	
41	TIPO_P	Art der Piste	AN	01	112	112	
42	ATT_INC	Beim Unfall betriebene Sportart	AN	01	113	113	OBB
43	DATA_MED	Datum der Arztvisite	D	08	114	121	OBB
44	ORA_MED	Uhrzeit der Arztvisite	H	04	122	125	OBB
45	TRIAGE_MED	Vom Arzt zugeteilter Triage-Code	AN	01	126	126	OBB
46	ID_MED	ID des Arztes	AN	16	127	142	OBB
47	DIAG_1	Code der 1. Diagnose	AN	05	143	147	OBB
48	DIAG_2	Code der 2. Diagnose	AN	05	148	152	
49	DIAG_3	Code der 3. Diagnose	AN	05	153	157	Blank
50	DIAG_DES	Beschreibung der Diagnose	AN	100	158	257	Blank
51	DATA_USC	Datum der Entlassung	D	08	258	265	OBB
52	ORA_USC	Uhrzeit der Entlassung	H	04	266	269	OBB
53	ESITO	Ausgang der Erste Hilfe-Leistungen	AN	01	270	270	OBB
54	TIP_TRAS	Art der Verlegungseinrichtung	AN	01	271	271	OBB
55	STR_TRAS	Code der Verlegungseinrichtung	AN	06	272	277	OBB
56	ATT_OBI	Aktivierung OBI	AN	01	278	278	OBB V
57	TIPO_OBI	Organisationsart OBI	AN	01	279	279	OBB
58	REP_OBI	Abteilungen OBI	AN	04	280	283	OBB
59	DATA_OBI	Anfangsdatum OBI	D	08	284	291	OBB
60	ORA_OBI	Anfangsuhrzeit OBI	H	04	292	295	OBB
61	DIAG_OBI	Diagnose OBI	AN	05	296	300	OBB
62	CENTRALE	Identifikationscodes der zentralen Einheit	AN	05	301	305	OBB
63	COD_MISSIONE	Einsatzcode	AN	16	306	321	OBB
64	COD_TRA	Versorgungsprotokollkodex	AN	09	322	330	OBB

N r.	Name der Variable	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Obl.
65	RESPONSABILE INVIO	Verantwortlicher der Einweisung	N	01	331	331	OBBV
66	ISTITUTO_PROVENIENZA	Herkunftseinrichtung	AN	08	332	339	OBB
67	PROBLEMA PPRINCIPALE	Festgestelltes Hauptproblem während der Triage	AN	02	340	341	OBB
68	PRES_PRI	Primäre Leistung	AN	07	342	348	OBB
69	PRES_SEC	Sekundäre Leistung	AN	07	349	355	
70	REFERTO	Das Ausfüllen des Befundes	AN	01	356	356	
71	SPEC_REPARTO	Code der Aufenthaltsabteilung	AN	02	357	358	OBB
72	PROG_RICOVERO	Fortlaufende Nummer des Aufenthalts	AN	10	359	368	OBB
73	MOTIVO_TRASF	Grund für die Verlegung	N	01	369	369	OBB
74	REG_EROGAZIONE	Art der Versorgung	N	01	370	370	OBB
75	IMP_TARI	Tarifwert	N	09	371	379	OBB
76	IMP_TICKET	Ticketbetrag	N	09	380	388	OBB
77	POS_TICKET	Ticketposition des Betreuten	N	01	389	389	OBB
78	COD_ESEN	Ticketbefreiungscode	AN	06	390	395	
79	TIPO_OPER	Art des Verfahrens	AN	01	396	396	OBB
80	CDC_AS	Code der Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	N	10	397	406	OBB (AUFGEHOBEN)

Anmerkung:

Die Felder mit **alphanumerischem Datensatz (AN)** müssen immer nach links ausgerichtet und rechts mit Freiräumen ausgefüllt werden.

Die **Daten-**Felder dieses Archivs haben das Format **TTMMJJJJ**; falls nicht vorhanden, müssen sie mit **Leerzeichen** ausgefüllt werden.

Die **Uhrzeit-**Felder haben das Format **hhmm**; falls nicht vorhanden, müssen sie mit **Leerzeichen** ausgefüllt werden.

n. f. = noch offen

ANLAGE 2: ART DER VERLETZUNG - BETROFFENER KÖRPERTEIL

Die Erfassung der Variablen „Art der Verletzung“ und „Betroffener Körperteil“ erfolgt nach dem Datensatz der Skiunfall-Erfassung in der Ersten Hilfe von Bruneck.

ART DER VERLETZUNG

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
1000	Fraktur		
1100	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Geschlossene Fraktur
1110	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Torsionsfraktur
1120	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Schrägfraktur
1130	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Querfraktur
1140	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Splitterfraktur
1150	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Doppelfraktur
1160	Fraktur	Geschlossene Fraktur	Kompressionsfraktur
1200	Fraktur	Offene Fraktur	Offene Fraktur
1210	Fraktur	Offene Fraktur	1.
1220	Fraktur	Offene Fraktur	2.
1230	Fraktur	Offene Fraktur	3.
1300	Fraktur	Luxationsfraktur	Luxationsfraktur
1400	Fraktur	Knochenablösung	Knochenablösung
1500	Fraktur	Epiphyseolyse	Epiphyseolyse
1510	Fraktur	Epiphyseolyse	Salter 1
1520	Fraktur	Epiphyseolyse	Salter 2
1530	Fraktur	Epiphyseolyse	Salter 3
1540	Fraktur	Epiphyseolyse	Salter 4
1550	Fraktur	Epiphyseolyse	Salter 5
1600	Fraktur	LeFort	LeFort
1610	Fraktur	LeFort	LeFort 1
1620	Fraktur	LeFort	LeFort 2
1630	Fraktur	LeFort	LeFort 3
2000	Luxation		
2100	Luxation	Geschlossene Luxation	Geschlossene Luxation
2110	Luxation	Geschlossene Luxation	Ohne Gefäß- und Nervenverletzung
2120	Luxation	Geschlossene Luxation	Mit Gefäß- und Nervenverletzung
2200	Luxation	Offene Luxation	Offene Luxation
3000	Kapsel-Bandverletzung		
3100	Kapsel-Bandverletzung	Bandverletzung	Bandverletzung
3110	Kapsel-Bandverletzung	Bandverletzung	1. (ohne schwere Unterbrechung)
3120	Kapsel-Bandverletzung	Bandverletzung	2. (partielle Verletzung)
3130	Kapsel-Bandverletzung	Bandverletzung	3. (komplette Verletzung)
3131	Kapsel-Bandverletzung	Bandverletzung	Ohne Knochenablösung
3132	Kapsel-Bandverletzung	Bandverletzung	Mit Knochenablösung
3200	Kapsel-Bandverletzung	Kapselverletzung	Kapselverletzung
3300	Kapsel-Bandverletzung	Hämarthros d.n.d.d.	Hämarthros d.n.d.d.
3400	Kapsel-Bandverletzung	Meniskusverletzung	Meniskusverletzung
4000	Wunde		
4100	Wunde	Platzwunde	Platzwunde
4110	Wunde	Platzwunde	Mit Sehnen-, Muskel-, Nerven- oder Gefäßverletzung

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
4200	Wunde	Schnittwunde	Schnittwunde
4210	Wunde	Schnittwunde	Mit Sehnen-, Muskel-, Nerven- oder Gefäßverletzung
4300	Wunde	Stichwunde	Stichwunde
5000	Kontusionstrauma		
5100	Kontusionstrauma	Kontusion	Kontusion
5110	Kontusionstrauma	Kontusion	Mit Hämatom
5120	Kontusionstrauma	Kontusion	Ohne Hämatom
5200	Kontusionstrauma	Kontusion durch Quetschung	Kontusion durch Quetschung
5300	Kontusionstrauma	Trauma mit Verletzung der inneren Organe	Trauma mit Verletzung der inneren Organe
5310	Kontusionstrauma	Trauma mit Verletzung der inneren Organe	Erschütterung
5320	Kontusionstrauma	Trauma mit Verletzung der inneren Organe	Kontusion
5330	Kontusionstrauma	Trauma mit Verletzung der inneren Organe	Kompression
6100	Muskel- und Sehnenverletzung	Sehnenverletzung	Sehnenverletzung
6200	Muskel- und Sehnenverletzung	Muskelverletzung	Muskelverletzung
6210	Muskel- und Sehnenverletzung	Muskelverletzung	Mikroskopisch
6220	Muskel- und Sehnenverletzung	Muskelverletzung	Makroskopisch
7000	Polytrauma	Polytrauma	Polytrauma
8000	Internistische Krankheiten	Internistische Krankheiten	Internistische Krankheiten
9000	Tod	Tod	Tod

BETROFFENER KÖRPERTEIL

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
1000	Schädel		
1100	Schädel	Knöcherner Schädel	Knöcherner Schädel
1110	Schädel	Knöcherner Schädel	Schädelkalotte
1120	Schädel	Knöcherner Schädel	Gesichtsschädel
1130	Schädel	Knöcherner Schädel	Schädelbasis
1200	Schädel	Weichteile des Schädels	Weichteile des Schädels
1210	Schädel	Weichteile des Schädels	Des Schädels
1220	Schädel	Weichteile des Schädels	Des Gesichts
1230	Schädel	Weichteile des Schädels	Zervikal
1300	Schädel	Cerabrum	Cerabrum
2000	Schultergürtel und obere Extremität		
2100	Schultergürtel und obere Extremität	Clavicula	Clavicula
2110	Schultergürtel und obere Extremität	Clavicula	Sternoclaviculargelenk
2120	Schultergürtel und obere Extremität	Clavicula	Akromioclaviculargelenk
2200	Schultergürtel und obere Extremität	Scapula	Scapula
2210	Schultergürtel und obere Extremität	Scapula	Facies glenoidalis
2220	Schultergürtel und obere Extremität	Scapula	Übrige Scapula

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
	Extremität		
2300	Schultergürtel und obere Extremität	Scapulo-humerales Gelenk	Scapulo-humerales Gelenk
2310	Schultergürtel und obere Extremität	Scapulo-humerales Gelenk	Rotatorenmanschette
2320	Schultergürtel und obere Extremität	Scapulo-humerales Gelenk	Lange Bizepssehne
2400	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Humerus
2410	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Proximale Epiphyse
2411	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Humeruskopf
2412	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Tuberculum majus
2413	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Collum anatomicum/chirurgicum
2420	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Humerusdiaphyse
2421	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Prox. Drittel
2422	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Med. Drittel
2423	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Dist. Drittel
2430	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Distale Epiphyse
2431	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Capitulum humeri
2432	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Trochlea
2433	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Epicondylus radialis/lateralis
2434	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Epicondylus medialis
2440	Schultergürtel und obere Extremität	Humerus	Weichteile des Humerus
2500	Schultergürtel und obere Extremität	Ellbogengelenk	Ellbogengelenk
2600	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Radius
2610	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Proximale Epiphyse
2611	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Caput radii
2612	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Collum radii
2620	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Radiusdiaphyse
2621	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Prox. Drittel
2622	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Med. Drittel
2623	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Dist. Drittel
2630	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Distale Epiphyse

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
	Extremität		
2631	Schultergürtel und obere Extremität	Radius	Processus Styloideus
2700	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Ulna
2710	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Proximale Epiphyse
2711	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Olecranon
2712	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Processus coronoideus
2720	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Diaphyse
2721	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Prox. Drittel
2722	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Med. Drittel
2723	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Dist. Drittel
2730	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Distale Epiphyse
2731	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Processus Styloideus
2740	Schultergürtel und obere Extremität	Ulna	Weichteile des Vorderarms
2800	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Handwurzel
2810	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Handwurzelknochen
2811	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Scaphoid
2812	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Lunatum
2813	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Übrige Handwurzelknochen
2820	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Sehnen der Extensoren
2821	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Extensor pollicis longus
2822	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Abductor pollicis brevis
2823	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Extensor pollicis brevis
2824	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Extensor carpi radialis
2825	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Extensor digitorum
2830	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Sehnen der Flexoren
2831	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Flex. digitorum profundi
2832	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Flex. digitorum superficiales
2833	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Flex. carpi radialis
2840	Schultergürtel und obere Extremität	Handwurzel	Carpaltunnel

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
	Extremität		
2900	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Hand
2910	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Mittelhandknochen
2911	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	OS metacarpale 1
2912	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Übrige OS metacarp.
2920	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Art. MCF I
2921	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Palmare Kapsel
2922	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Ligamentum coll. ulnare
2923	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Ligamentum coll. radiale
2924	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Prox. Phalanx
2925	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Dist. Phalanx
2930	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Art. MCF 2.5
2931	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Palmare Kapsel
2932	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Lig. collateralia
2940	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Articolationes interphalangeales prox. 2-5
2950	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Articolationes interphalangeales dist. 2-5
2960	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Prox. Phalangen 2-5
2970	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Med. Phalangen 2-5
2980	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Dist. Phalangen 2-5
2990	Schultergürtel und obere Extremität	Hand	Weichteile der Hand
3000	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS		
3100	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Thorax
3110	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Knöcherner Thorax
3111	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Sternum
3112	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Rippen
3120	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Thoraxorgane
3121	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Lunge
3122	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Pleura
3123	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Thorax	Mediastinum

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
	Wirbelsäule WS		
3200	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Diaphragma	Diaphragma
3300	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Abdomen
3310	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Abdominalwand
3320	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Bauchorgane
3321	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Leber
3322	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Milz
3323	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Sonstige
3330	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Retroperitoneum
3331	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Nieren
3332	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Pancreas
3333	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Abdomen	Abdominalgefäße
3400	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	WS
3410	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	HWS
3411	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	Atlas
3412	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	Axis
3413	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	C3
3414	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	C4
3415	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	C5
3416	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	C6
3417	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	C7
3420	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	BWS
3421	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	BWK 1-8
3422	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	BWS 9
3423	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	BWS 10
3424	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	BWS 11
3425	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	BWS 12
3430	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	LWS
3431	Thorax / Abdomen /	WS	LWK 1

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
	Wirbelsäule WS		
3432	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	LWK 2
3433	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	LWK 3
3434	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	LWK 4
3435	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	WS	LWK 5
3500	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Rückenmark	Rückenmark
3510	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Rückenmark	Zervikal
3520	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Rückenmark	Thorakal
3530	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Rückenmark	Lumbal
3600	Thorax / Abdomen / Wirbelsäule WS	Weichteile der WS	Weichteile der WS
4000	Becken		
4100	Becken	Ileum	Ileum
4110	Becken	Ileum	Ala ossis ilii
4120	Becken	Ileum	Spina iliaca anterior superior
4130	Becken	Ileum	SIAI inferior
4140	Becken	Ileum	Spina iliaca posterior superior
4150	Becken	Ileum	SIPI inferior
4200	Becken	Os Ischii	Os Ischii
4210	Becken	Os Ischii	Tuber ischiadicum
4300	Becken	Os pubis	Os pubis
4310	Becken	Os pubis	Ramus ileopubicus
4320	Becken	Os pubis	Ramus ischiopubicus
4400	Becken	Os sacrum	Os sacrum
4500	Becken	Os coccigum	Os coccigum
4600	Becken	Articulatio sacro-iliaca	Articulatio sacro-iliaca
4700	Becken	Symphyse	Symphyse
4800	Becken	Acetabulum	Acetabulum
5000	Untere Extremität		
5100	Untere Extremität	Hüftgelenk	Hüftgelenk
5200	Untere Extremität	Femur	Femur
5210	Untere Extremität	Femur	Proximale Epiphyse
5211	Untere Extremität	Femur	Femurkopf
5212	Untere Extremität	Femur	Collum femoris med.
5213	Untere Extremität	Femur	Collum femoris lat.
5214	Untere Extremität	Femur	Regio trochanterica
5220	Untere Extremität	Femur	Diaphyse
5221	Untere Extremität	Femur	Prox. Drittel
5222	Untere Extremität	Femur	Med. Drittel
5223	Untere Extremität	Femur	Dist. Drittel
5230	Untere Extremität	Femur	Distale Epiphyse
5231	Untere Extremität	Femur	Condylus med.
5232	Untere Extremität	Femur	Condylus lat.
5240	Untere Extremität	Femur	Weichteile des Femur
5241	Untere Extremität	Femur	M. quadriceps
5242	Untere Extremität	Femur	N. ischiadicus
5243	Untere Extremität	Femur	A. femoralis
5244	Untere Extremität	Femur	Sonstige

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
5300	Untere Extremität	Kniegelenk	Kniegelenk
5310	Untere Extremität	Kniegelenk	Mediale mediale Kapsel-Band-Strukturen
5311	Untere Extremität	Kniegelenk	Ligamentum collaterale mediale
5312	Untere Extremität	Kniegelenk	Lig. popliteum obliquum
5320	Untere Extremität	Kniegelenk	Lateraler Kapsel-Band-Apparat
5321	Untere Extremität	Kniegelenk	Lig. coll. lat.
5322	Untere Extremität	Kniegelenk	Sehne im popliteus
5323	Untere Extremität	Kniegelenk	Tractus iliotibialis
5330	Untere Extremität	Kniegelenk	Bivot centrale
5331	Untere Extremität	Kniegelenk	Vorderes Kreuzband
5332	Untere Extremität	Kniegelenk	Hinteres Kreuzband
5333	Untere Extremität	Kniegelenk	Lig. collaterale mediale + Lig. cruciatum ant.
5334	Untere Extremität	Kniegelenk	Lig. collaterale mediale + Lig. popliteum obliquum + Lig. cruciatum ant.
5340	Untere Extremität	Kniegelenk	Gelenkskapsel
5341	Untere Extremität	Kniegelenk	Vorderer Teil
5342	Untere Extremität	Kniegelenk	Hinterer Teil
5350	Untere Extremität	Kniegelenk	Meniskus
5351	Untere Extremität	Kniegelenk	Medialer Meniskus
5352	Untere Extremität	Kniegelenk	Lateraler Meniskus
5400	Untere Extremität	Patella	Patella
5410	Untere Extremität	Patella	Apex patellae
5420	Untere Extremität	Patella	Quadricepssehne
5430	Untere Extremität	Patella	Lig. patellae
5500	Untere Extremität	Tibia	Tibia
5510	Untere Extremität	Tibia	Proximale Epiphyse
5511	Untere Extremität	Tibia	Eminentia intercondylaris
5512	Untere Extremität	Tibia	Mediales Tibiaplateau
5513	Untere Extremität	Tibia	Laterales Tibiaplateau
5514	Untere Extremität	Tibia	Tuberculum Gerdy (tuberculum intercondylare laterale)
5520	Untere Extremität	Tibia	Diaphyse
5521	Untere Extremität	Tibia	Prox. Drittel
5522	Untere Extremität	Tibia	Med. Drittel
5523	Untere Extremität	Tibia	Dist. Drittel
5530	Untere Extremität	Tibia	Distale Epiphyse
5531	Untere Extremität	Tibia	Pilon tibiale
5532	Untere Extremität	Tibia	Malleolus medialis
5533	Untere Extremität	Tibia	Tuberculum Chaput
5600	Untere Extremität	Fibula	Fibula
5610	Untere Extremität	Fibula	Fibulaköpfchen
5620	Untere Extremität	Fibula	Diaphyse
5630	Untere Extremität	Fibula	Malleolus lat.
5700	Untere Extremität	Bein	Bein
5710	Untere Extremität	Bein	Weichteile
5711	Untere Extremität	Bein	Vordere Tibialoge
5712	Untere Extremität	Bein	N. peroneus com.
5713	Untere Extremität	Bein	N. tibialis
5714	Untere Extremität	Bein	Gefäße
5715	Untere Extremität	Bein	M. triceps surae
5716	Untere Extremität	Bein	Achillessehne
5800	Untere Extremität	OSG oberes Sprunggelenk	OSG oberes Sprunggelenk

CODE	GROSSGRUPPEN	GRUPPEN	UNTERGRUPPEN
5810	Untere Extremität	OSG oberes Sprunggelenk	Lat. Bandapparat
5820	Untere Extremität	OSG oberes Sprunggelenk	Med. Bandapparat
5830	Untere Extremität	OSG oberes Sprunggelenk	Syndesmose
5900	Untere Extremität	Fuß	Fuß
5910	Untere Extremität	Fuß	Knöcherne Anteile
5911	Untere Extremität	Fuß	Talus
5912	Untere Extremität	Fuß	Calcaneus
5913	Untere Extremität	Fuß	Os cuboideum
5914	Untere Extremität	Fuß	Os naviculare
5915	Untere Extremität	Fuß	Ossa cuneiformia 1-3
5916	Untere Extremität	Fuß	Ossa metatarsalia 1-5
5917	Untere Extremität	Fuß	Prox. Phalangen 1-5
5918	Untere Extremität	Fuß	Mediale Phalangen 1-5
5919	Untere Extremität	Fuß	Distale Phalangen 1-5
5920	Untere Extremität	Fuß	Weichteile
5921	Untere Extremität	Fuß	Sehne d. M. Tib. ant.
5922	Untere Extremität	Fuß	Strecksehne
5923	Untere Extremität	Fuß	Beugesehne
5924	Untere Extremität	Fuß	Gefäß-Nervenbündel

ANLAGE 3: LISTE DER AUTOMATISCHEN KONTROLLEN

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des Wertes zwischen: 101,102,103,104.
2	ISTITUTO	Krankenanstalt	AN	8	OBB V	Obligatorisch Vorhandensein des Codes der Krankenanstalt in der Liste der Codes der Krankenanstalten.
3	ID_ACC	Zugangs-ID	AN	16	OBB V	Obligatorisch Das Feld muss mit 16 Zeichen ausgefüllt sein. Überprüfung der Zusammensetzung: 1.-4. Zeichen = Jahr des Zugangs, 5.-10= Code der Landeskrankenanstalt 11.-16. = fortlaufende Nummer des Zugangs Überprüfung bei gleichen COD_ID, DATA_AC und ORA_AC, ID_ACC muss verschieden sein Jahr ID_ACC = Jahr COD_MISSIONE oder Jahr COD_MISSIONE + 1
4	COG	Nachname	AN	30	OBB V	Obligatorisch Bei = ANONIMO Überprüfung von TIPO_ID=3 und NOME = „ANONIMO“.
5	NOME	Vorname	AN	20	OBB V	Obligatorisch Bei = ANONIMO Überprüfung von TIPO_ID=3 und COG = „ANONIMO“.
6	NOMEA	Erworbener Nachname	AN	30		
7	SESSO	Geschlecht	AN	01	OBB V	Obligatorisch Überprüfung: 1 = männlich; 2 = weiblich.
8	DNASCITA	Geburtsdatum	D	08	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ. DNASCITA ≤ Datum des Systems DNASCITA ≤ DATA_AC DNASCITA ≤ DATA_INC DNASCITA ≤ DATA_MED DNASCITA ≤ DATA_USC Ist das Feld einer der nicht obligatorischen Variablen leer, muss keine Überprüfung stattfinden.
9	COM_NASC	Geburtsgemeinde	AN	06	OBBV	Obligatorisch <u>Wenn NOME =ANONIMO</u> müssen die ersten 3 Ziffern einem Code der italienischen Provinzen (ISTAT-Code) oder dem Code „999“ entsprechen. <u>Wenn NOME <> ANONIMO:</u> Sind die ersten drei Zeichen <> „999“ prüfen, dass die Gemeinde im Verzeichnis der italienischen Gemeinden der ISTAT-Code vorhanden ist.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						Sind die ersten drei Zeichen = "999" prüfen, dass der Code 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.
10	S_CIVILE	Familienstand	AN	01		Falls ausgefüllt, Überprüfung des Wertes zwischen: 1,2,3,4,5,6.
11	COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN	06	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 Code 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.
12	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	03	OBB V	Obligatorisch Überprüfen, dass die Staatsbürgerschaft gleich 100, 999 oder 998 ist, oder dass der Staat in der Liste der ausländischen Staaten (Codes des Innenministeriums) vorhanden ist.
13	COD_SANI	Persönlicher Sanitätscode	AN	20	OBB	Obligatorisch, falls NOME <> „ANONIMO“ Überprüfung des korrekten Codes anhand des automatischen Kontrollverfahrens der Landesdatenbank der meldeamtlichen Daten (APA).
14	REG_RES	Wohnsitz-Region	AN	03	OBB V	Obligatorisch Vorhandensein des Codes im Verzeichnis der italienischen Regionen (Codes des 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 oder 999998 oder 999997) überprüfen, dass REG_RES=000.
15	ASL_RES	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb/-Gesundheitsbezirk	AN	03		Überprüfung des Vorhandenseins des Codes in der Liste der italienischen Sanitätsbetriebe (MD 17.09.1986) Falls ausgefüllt muss er mit der Wohnsitz-Region vereinbar sein.
16	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	03		Überprüfung des Vorhandenseins des Codes in der Liste der italienischen Regionen (MD 17.09.1986).
17	ASL_ASS	Betreuungssanitätsbetrieb/-	AN	03		Überprüfung des Vorhandenseins des Codes in der Liste der italienischen

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
		gesundheitsbezirk				Sanitätsbetriebe (MD 17.09.1986).
18	TIPO_ID	Identifikationsart	AN	01	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des Wertes zwischen: 1, 2, 3, 4, 9, Z. Bei TIPO_ID= 9 überprüfe COD_ESEN <> E01, E02, E03, E04, E21, E22, X01, 99, E99. Bei TIPO_ID = 4 oder X überprüfe REG_EROGAZIONE = 1 o 2.
19	COD_ID	Code des Patienten	AN	20	OBB V	Obligatorisch Bei TIPO_ID = 1 überprüfe ob das Feld 16 (alphanumerisch) oder 11 (numerisch) Zeichen lang ist und ob es in der Landesdatenbank der meldeamtlichen Daten vorhanden ist. Bei TIPO_ID = 2 Überprüfung, dass der in COD_ID eingegebene Wert im Format STP(3) + Regionalcode(3) + SB-Code(3) + fortlaufende Nummer (7) eingegeben wurde, ob das Feld 16 Zeichen lang ist. Bei TIPO_ID = 3 Überprüfung, dass COD_ID gleich 20 "X" ist, COG = "ANONIMO" und NAME = „ANONIMO“ und ob das Feld 20 Zeichen lang ist. Bei TIPO_ID = 4 das Feld nr. 6 von TEAM-Schein angeben. Bei COD_ID = 20 "X" muss TIPO_ID = 3 oder Z sein. Falls TIPO_ID=9 prüfen, dass im Feld COD_ID folgendes steht: ENI(3) + Code der Region (3) +Code des Sanitätsbetriebes (3) + fortlaufende Nummer (11) und ob das Feld 16 Zeichen lang ist. Überprüfung bei TIPO_ID<>3 dass in der gleichen Datenübermittlung nicht 2 Zugänge mit gleichen COD_ID, DATA_AC e ORA_AC vorhanden sind. Überprüfung bei TIPO_ID<>3 und der Zugang schon in definitiven Archiv vorhanden ist mit gleichem COD_ID, DATA_AC e ORA_AC, dann muss auch der ID_ACC gleich sein. Für die anderen Fallen (TIPO_ID = "Z"), 20 Mal «X» ausfüllen.
20	N_TEAM	Identifikationsnummer des Team	AN	20	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 Man muss das Feld nr.8 von TEAM-Schein angeben SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
21	COD_IST	Code der zuständigen TEAM-Institution	AN	15	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 Ausfüllen folgender Felder prüfen: N_TEAM, ST_ESTERO, DATA_SCAD. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
22	DEN_IST	Kurzbezeichnung der Team-Institution, welche den Team ausgestellt hat	AN	30		
23	ST_ESTERO	Staat, der den Team ausgestellt hat	AN	02	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 Ausfüllen folgender Felder prüfen: N_TEAM, COD_IST, DATA_SCAD.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						Überprüfe ob das Feld 2 Zeichen lang ist. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
24	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Versorgung	AN	04		Falls ausgefüllt überprüfen ob es dem E111 oder E106 entspricht.
25	DATA_SCAD	Verfallsdatum des TEAM	D	08	OBB	Obligatorisch wenn TIPO_ID= 4 Ausfüllen folgender Felder prüfen: N_TEAM, COD_IST, ST_ESTERO. DATA_SCAD >= DNASCITA DATA_SCAD >=DATA_AC Nicht überprüfen, falls das Feld eines nicht obligatorischen Datums leer ist. Überprüfung des gleichen Datums in allen Zeilen der Verschreibung. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
26	CO_STS11	Code der Einrichtung	AN	06		Falls ausgefüllt, Überprüfung des Codes in der entsprechenden Tabelle.
27	CDC_PS	Code der Ersten Hilfe	AN	20	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des Vorhandenseins des Codes in der entsprechenden Tabelle.
28	DATA_AC	Aufnahmedatum	D	08	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ. DATA_AC < Datum des Systems DATA_AC >= DNASCITA DATA_AC = DATA_MED (NOCH OFFEN) DATA_AC <= DATA_USC DATA_AC >= DATA_INC Das Jahr (JJJJ) von DATA_AC muss das gleiche sein wie in ID_ACC (1.-4. Zeichen). Jahr (JJJJ) von DATA_AC = Jahr COD_MISSIONE oder Jahr COD_MISSIONE + 1
29	ORA_AC	Aufnahmeuhrzeit	H	04	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des korrekten Uhrzeitformats hhmm. Wenn DATA_AC = DATA_MED → ORA_AC < ORA_MED Wenn DATA_AC = DATA_MED → ORA_AC < ORA_USC ORA_MED - ORA_AC < 24 Stunden
30	DIRETTO	Direkte Einweisung	AN	01	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des Wertes zwischen: 1,0.
31	TRIAGE	Triage-Code beim Zugang	AN	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen: 1-7, 9. Bei TRIAGE = 9 Überprüfung, dass ISTITUTO = 041006, 041007 oder 041011. Bei TRIAGE = 5 Überprüfung, dass ESITO = 5. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
32	MOD_ARR	Art der Ankunft in der Ersten Hilfe	AN	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen 1 und 8. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
33	COD_MEZ	Code des Transportmittels	AN	10		Blank
34	COD_TRA_OLD	Individueller Transportcode	AN	10		Blank
35	CAUSA_AC	Grund des Zugangs zur Ersten Hilfe	AN	02	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 un PROBLEMA PRINCIPALE = 10 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen 1 und 8, 11. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
36	DATA_INC	Datum des Unfalls	D	08	OBB	Obligatorisch bei CAUSA_AC=7 und DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ oder "99999999". DATA_INC < Systemdaten DATA_INC >= DNASCITA DATA_INC <= DATA_AC DATA_INC <= DATA_MED (NOCH OFFEN) DATA_INC <= DATA_USC SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
37	ORA_INC	Uhrzeit des Unfalls	H	04	OBB	Obligatorisch bei CAUSA_AC=7 und DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des korrekten Uhrzeitformats hhmm oder "9999". SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
38	LES_INC	Art der Verletzung	AN	04	OBB	Obligatorisch bei CAUSA_AC=7 und DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Vorhandenseins von gültigen Werten im Vergleich mit der Liste der in den beiliegenden Tabellen vorgesehenen Codes. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
39	LES_CORP	Betroffener Körperteil	AN	04	OBB	Obligatorisch bei CAUSA_AC=7 und DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Vorhandenseins von gültigen Werten im Vergleich mit der Liste der in den beiliegenden Tabellen vorgesehenen Codes. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
40	DIN_INC	Ablauf des Unfalls	AN	01		Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen 1-7 und 9. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
41	TIPO_P	Art der Piste	AN	01		Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben:

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						Überprüfung des Wertes zwischen: 1, 2, 9. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
42	ATT_INC	Beim Unfall betriebene Sportart	AN	01	OBB	Obligatorisch bei CAUSA_AC=7 und DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen: 1,3,4,7. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
43	DATA_MED	Datum der Arztvisite	D	08	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,9,X Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ. DATA_MED < Systemdaten DATA_MED >= DNASCITA DATA_AC <= DATA_MED DATA_MED <= DATA_USC DATA_MED >= DATA_INC SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
44	ORA_MED	Uhrzeit der Arztvisite	H	04	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,9, X Überprüfung des korrekten Uhrzeitformats hhmm. Wenn DATA_MED = DATA_AC → ORA_AC < ORA_MED Wenn DATA_MED = DATA_USC → ORA_MED < ORA_USC ORA_MED - ORA_AC < 24 Stunden SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
45	TRIAGE_MED	Vom Arzt zugeteilter Triage-Code	AN	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen: 1-7 Bei ESITO = 5 Überprüfung, dass TRIAGE_MED = 5.
46	ID_MED	ID des Arztes	AN	16	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Formats "AAAAAANNANNANNA". SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
47	DIAG_PRINC	Code der 1. Diagnose	AN	05	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Überprüfung, dass der Code in der Liste ICD9 SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
48	DIAG_SEC	Code der 2. Diagnose	AN	05		Überprüfung, dass der Code in der Liste ICD9
49	DIAG_3	Code der 3. Diagnose	AN	05		Blank
50	DIAG_DES	Beschreibung der Diagnose	AN	100	OBB	Blank
51	DATA_USC	Datum der Entlassung	D	08	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						DATA_USC < Systemdaten DATA_USC >= DNASCITA DATA_USC >= DATA_AC DATA_USC >= DATA_MED (NOCH OFFEN) DATA_USC >= DATA_INC DATA_USC <= DAT_SCAD SONST muss das Feld leer bleiben (NULL). Wenn DATA_USC nicht leer ist, dann: [(MM-1)(DATA_USC)] ≤ [Mese(DATA_AC)] ≤ [Mese(DATA_USC)]
52	ORA_USC	Uhrzeit der Entlassung	H	04	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO = 0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Überprüfung des korrekten Uhrzeitformats hhmm. Wenn DATA_USC = DATA_AC → ORA_AC < ORA_USC Wenn DATA_USC = DATA_MED → ORA_MED < ORA_USC SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
53	ESITO	Ausgang der Erste Hilfe-Leistungen	AN	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO = 0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen 1 und 6,8,9 und X. Bei TRIAGE = 5 Überprüfung, dass ESITO = 5. Bei ESITO = 5 Überprüfung, dass TRIAGE_MED = 5. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
54	TIP_TRAS	Art der Verlegungseinrichtung	AN	01	OBB	Obligatorisch bei ESITO = 3 und DIRETTO = 0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung des Wertes zwischen: 1, 2, 3, 4. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
55	STR_TRAS	Code der Verlegungseinrichtung	AN	06	OBB	Obligatorisch bei ESITO=3, TIP_TRAS =1,2,3 und DIRETTO = 0 Falls ausgefüllt, muss das Feld folgende Eigenschaften haben: Überprüfung, dass der Code in der Liste der HSP11 und österreichischen konventionierten Einrichtungen enthalten ist. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
56	ATT_OBI	Aktivierung OBI	AN	01	OBB V	Obligatorisch Überprüfung des Wertes zwischen 1 oder 2.
57	TIPO_OBI	Organisationsart OBI	AN	01	OBB	Obligatorisch bei ATT_OBI = 1 Überprüfung des Wertes zwischen 1 oder 2 SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
58	REP_OBI	Abteilungen OBI	AN	04	OBB	Obligatorisch bei ATT_OBI = 1 Überprüfung, dass der Code in der Liste der Abteilungen enthalten ist.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
59	DATA_OBI	Abteilungen OBI	D	08	OBB	Obligatorisch bei ATT_OBI = 1 Überprüfung des korrekten Datenformats TTMMJJJJ. DATA_OBI >= DATA_AC DATA_OBI <= DATA_USC SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
60	ORA_OBI	Anfangsdatum OBI	H	04	OBB	Obligatorisch bei ATT_OBI = 1 Überprüfung des korrekten Uhrzeitformats hhmm. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
61	DIAG_OBI	Diagnose OBI	AN	05	OBB	Obligatorisch bei ATT_OBI = 1 Überprüfung, dass der Code in der Liste ICD9-CM 2007 enthalten ist. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
62	CENTRALE	Identifikationscodes der zentralen Einheit	AN	05	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und MOD_ARR=2,3,4,6,7,8 und RESPONSABILE INVIO=5 Überprüfung, dass der Code in der Liste der zentralen Einheiten enthalten ist SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
63	COD_MISSIONE	Einsatzcode	AN	16	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und RESPONSABILE INVIO=5 Überprüfung der Zusammensetzung: 1.-4. Zeichen = Jahr des Zugangs, 5.-16= fortlaufende Nummer des Zugangs <i>(Vorhandensein des Einsatzcodes im Datensatz 118 (Variable Nr. 10))</i> SONST muss das Feld leer bleiben (NULL). Jahr DATA_AC = Jahr COD_MISSIONE oder Jahr COD_MISSIONE + 1 Jahr ID_ACC = Jahr COD_MISSIONE oder Jahr COD_MISSIONE + 1
64	COD_TRA	Versorgungsprotokollkodex	AN	09	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und MOD_ARR=2,3,4,6,7,8 und RESPONSABILE INVIO=5 <i>(Vorhandensein des Einsatzcodes im Datensatz 118 (Variable Nr. 39))</i> SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
65	RESPONSABILE INVIO	Verantwortlicher der Einweisung	N	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 Überprüfung des Wertes zwischen: 1-7,9. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
66	ISTITU-TO-PROVENIENZA	Herkunftseinrichtung	AN	08	OBB	Obligatorisch bei RESPONSABILE INVIO=4 und DIRETTO =0 Überprüfung, dass der Wert im ministerialen Modell HSP11 enthalten ist oder einer der österreichischen konventionierten Einrichtungen ist. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
67	PROBLEMA PPRINCIPALE	Festgestelltes Hauptproblem während der Triage	AN	02	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 Überprüfung folgender Eigenschaften: Werte zwischen 1 und 31.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
68	PRES_PRI	Primäre Leistung	AN	07	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Code der Leistung muss in der Landesnomenklatur enthalten sein. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
69	PRES_SEC	Sekundäre Leistung	AN	07		Code der Leistung muss in der Landesnomenklatur enthalten sein.
70	REFERTO	Ausfüllen des Befundes	AN	01		Überprüfung des Wertes zwischen 1 und 3,9.
71	SPEC_REPARTO	Code der Aufenthaltsabteilung	AN	02	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und ESITO= 2 Code muss in der Liste der Codes der Abteilungen enthalten sein SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
72	PROG_RICOVERO	Fortlaufende Nummer des Aufenthalts	AN	10	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und ESITO= 2 SONST muss das Feld leer bleiben (NULL). Überprüfung, dass die ersten 4 Nummer gleich als Jahr DATA_USC oder DATA_USC+1 sind. Obligatorietà se DIRETTO =0 e se ESITO=2 ALTRIMENTI deve essere uguale a NULL Vuoto
73	MOTIVO_TRASF	Grund für die Verlegung	N	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und ESITO=3 Überprüfung des Wertes zwischen 1 und 3. SONST muss das Feld leer bleiben(NULL).
74	REG_EROGAZIONE	Art der Versorgung	N	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Überprüfung des Wertes zwischen: <ul style="list-style-type: none"> • 1 - 3, 9 wenn TIPO_ID <> 4 • 1, 2 wenn TIPO_ID = 4 SONST , falls ausgefüllt, Überprüfung des Wertes zwischen: <ul style="list-style-type: none"> • 1 - 3, 9 wenn TIPO_ID <> 4 • 1,2 wenn TIPO_ID = 4
75	IMP_TARI	Bruttotarifwert	N	09	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO=0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Zulässige Werte 0,01-999999,99 SONST muss das Feld leer bleiben (NULL) oder ein Wert zwischen 0,00 und 999999,99.
76	IMP_TICKET	Ticketbetrag	N	09	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO= 1, X und REG_EROGAZIONE=2,9 Zulässige Werte 0,01-999999,99 Falls POS_TICKET=1, muss IMP_TICKET ausgefüllt werden. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL) oder ein Wert zwischen 0,00 und 999999,99.
77	POS_TICKET	Ticketposition des Betreuten	N	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 und ESITO=1,2,3,4,5,6,X Überprüfung des Wertes zwischen 1 und 9

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Obl.	Kontrollen
						Falls POS_TICKET =1, überprüfe, dass IMP_TICKET nicht leer (NULL) ist. Falls TIPO_ID = G, überprüfe POS_TICKET = 8
78	COD_ESEN	Ticketbefreiungscode	AN	06		Code der Leistung muss in der Landeskodierung des Gesundheitsministeriums enthalten sein. Wenn CD_ESEN=T12 → COM_RES= 035xxx, 036xxx. 037xxx 038xxx und POS_TICKET= 8 Wenn CD_ESEN=013T → POS_TICKET= 4
79	TIPO_OPER	Art des Verfahrens	AN	01	OBB	Obligatorisch bei DIRETTO =0 Zulässige Werte: I, V, C. SONST muss das Feld leer bleiben (NULL).
80	CDC_AS	Code der Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	N	10	OBB	Obligatorisch ab 01/01/2013 (AUFGEHOBEN) Das Vorhandensein des Codes in der Domaintabelle der Kostenstellen des Sanitätsbetriebes überprüfen
81	VALIDITA_TS	Information über die Gültigkeit des Identifikationscodes der versorgten Person, die nach dem Anruf beim Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, wiedererlangt wurde.	N	01	OBB V	Obligatorisch 0 = gültiger Identifikationscode (vorhanden in der MEF-Datenbank) 1 = falscher Identifikationscode (nicht vorhanden in der MEF-Datenbank)
82	TIPOLOGIA_TS	Information über die Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person, die nach dem Anruf bei dem Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, wiedererlangt wurde.	N	02	OBB V	Obligatorisch 0 = Steuernummer 1 = STP Code 2 = ENI Code 3 = TEAM Code 4 = vorläufige numerische Steuernummer (11 Ziffern) 99 = Code in der Datenbank nicht vorhanden

**ANLAGE 4: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS
GESUNDHEITSMINISTERIUM**

Nur die Daten mit **DIRETTO =0**, **TIP_TRAS = 1, 2, 3 oder 4**, **CENTRALE ≠ 99999** und **CODICE_MISSIONE ≠ 0000000000000000** sind zu übermitteln.

DATENSATZ MINISTERIUM				DATENSATZ PROVINZ	
Name	Beschreibung	Typ	Kodifizierung	Name	Kodifizierung
Header					
Erogatore	Codice Istituto	OBB V		ISTITUTO	
Accesso	Identificativo	OBB V		ID_ACC	
Accesso	Tipo trasmissione	OBB V		TIPO_OPER	
Entrata	Data	OBB V		DATA_AC	Format: AAAA-MM-GG-
Entrata	Ora	OBB V		ORA_AC	Format: OO:MM
Accesso	Modalità di arrivo	OBB V		MOD_ARR	Siehe Tabelle
Centrale Operativa	Identificativo	OBB		CENTRALE	
Centrale Operativa	Codice missione	OBB		CODICE_MISSIONE	
Accesso	Responsabile Invio	OBBV		RESPONSABILE INVIO	
Accesso	Istituto provenienza	OBB		ISTITUTO_PROVENIENZA	Wenn ISTITUTO_PROVENIENZA eine der österreichischen konventionierten Einrichtungen ist, mit XX + ISTITUTO_PROVENIENZA kodifizieren, wo XX Ländercode ist.
Accesso	Problema principale	OBBV		PROBLEMA PRINCIPALE	
Accesso	Trauma	OBB		CAUSA_AC	Siehe Tabelle
Accesso	Triage.	OBBV		TRIAGE	Siehe Tabelle
Presenza in carica	Data	OBBV		DATA_MED	Format: AAAA-MM-GG-
Presenza in carica	Ora	OBBV		ORA_MED	Format: OO:MM
Dimissione	Esito Trattamento	OBBV		ESITO	Siehe Tabelle
Dimissione	Data	OBB		DATA_USC	Format: AAAA-MM-GG-

DATENSATZ MINISTERIUM				DATENSATZ PROVINZ	
Name	Beschreibung	Typ	Kodifizierung	Name	Kodifizierung
Dimissione	Ora	OBB		ORA_USC	Format: OO:MM
Dimissione	Referto			REFERTO	
Dimissione	Livello Appropriatezza Accesso	OBB		TRIAGE_MED	Siehe Tabelle
Ricovero	Codice Specialità Reparto	OBB		REPARTO	Nur die ersten zwei Zeichen
Ricovero	Progressivo	OBB		NOSOGRAFICO	Vom Jahr (AA) + eine fortlaufende Nummer zusammengesetzt
Trasferimento	Motivo	OBB		MOTIVO_TRAS	
Trasferimento	Istituto	OBB		STR_TRAS	Wenn TIP_TRAS = 2 mit XX + STR_TRAS kodifizieren, wo XX Ländercode ist. Wenn TIP_TRAS = 4 mit XXXXXX kodifizieren.
Importo	Regime erogazione	OBB		REG_EROG	
Importo	Lordo		Zulässige Werte: 0.01-999999.99	IMP_TARI	Falls IMP_TARI=0 mit NULL umkodifizieren.
Importo	Ticket		Zulässige Werte: 0.01 - 999999.99	IMP_TICKET	Falls IMP_TICKET=0 mit NULL umkodifizieren.
Importo	Posizione Ticket Assistito	OBB		POS_TICKET	
Importo	Codice Esenzione		Noch offen	CD_ESENZ	Siehe Umkodifizierungstabelle Noch offen
Assistito	CUNI	OBBV		MATR_SAN	Falls nicht identifiziert: 20 "X"
Assistito	PRES_COD_ID	OBBV			
Assistito	TS_COD_ID	OBBV			
Assistito	Codice Istituzione TEAM			COD_IST	Nur falls STATO ESTERO =AT,BE,BG,CY,CZ,DE,DK,EE,ES,FI,FR,GB,GR,HU,IE,LT,LU,LV,MT,NL,PL,PT,RO,SE,SI,SK ausfüllen
Dati anagrafici	Genere	OBBV		SESSO	
Dati anagrafici - Età	Nascita Anno	OBBV		DNASCITA	Das Jahr (AAAA) herausziehen
Dati anagrafici - Età	Nascita Mese	OBB		DNASCITA	Den Monat (MM) herausziehen
Dati anagrafici - Età	Presunta			DNASCITA	Das Alter berechnen
Dati anagrafici	Cittadinanza	OBBV		C_CITT	Alpha2 Codes ZZ = Staatenlose XX = unbekannt o. anonym

DATENSATZ MINISTERIUM				DATENSATZ PROVINZ	
Name	Beschreibung	Typ	Kodifizierung	Name	Kodifizierung
Residenza	Comune	OBBV		COM_RES	Siehe Tabelle
Residenza	Regione	OBBV		REG_RES	Siehe Tabelle
Residenza	Stato Estero	OBB		C_CITT COM_RES	Die letzten 3 Zeichen herausziehen und in Alpha2 Codes umkodifizieren. ZZ = Staatenlose XX = unbekannt o. anonym. Nur falls <> IT ausfüllen.
Residenza	ASL			ASL_RES	Siehe Tabelle
Diagnosi	Principale	OBB		DIAG_PRINC	
Diagnosi	Secondaria			DIAG_SEC	
Prestazione	Principale	OBB		PREST_PRI	Ohne Punkte
Prestazione	Secondaria			PREST_SEC	Ohne Punkte

Umkodifizierungstabelle

TRAUMA	Code	CAUSA_AC (flusso SPS)
Gewaltanwendung durch andere	1	4
Selbstverletzung oder Selbstmordversuch	2	5
Arbeitsunfall	3	1
Unfall im Haushalt	4	2
Unfall in der Schule	5	8
Unfall beim Sport	6	6, 7
Unfall auf der Straße	7	3
Unfall in anderen Orten	9	11

ART DER ANKUNFT IN DER ERSTEN HILFE	Code	MOD_ARR (flusso SPS)
Notarztwagen 118	1	2, 3
anderer Krankenwagen	2	6
mit eigenen Mitteln	3	1
Hubschrauber 118	4	4
anderer Hubschrauber	5	7
Notarztwagen 118 einer anderen Region	6	8
Polizeikräfte (Polizei, Carabinieri, usw.)	7	5

TRIAGE	Code	TRIAGE (flusso SPS)
Rot	R	1
Gelb	G	2
Grün	V	3
Weiß	B	4
Schwarz	N	5
Orange	G	6
Blau	B	7
nicht ausgefüllte Triage	X	9

Wenn ISTITUTO=041011, 041006 e 041007 → TRIAGE =X.

VOM ARZT ZUGETEILTER TRIAGE-CODE	Code	TRIAGE_MED (flusso SPS)
Rot	R	1
Gelb	G	2
Grün	V	3
Weiß	B	4
Schwarz	N	5
Orange	G	6
Blau	B	7

AUSGANG DER ERSTE HILFE-LEISTUNGEN	Code	ESITO (flusso SPS)
Entlassung nach Hause	1	1
Einweisung in eine Krankenhausabteilung	2	2
Verlegung in eine andere Krankenanstalt	3	3
In der Ersten Hilfe verstorben	4	4
Verweigerung der Einlieferung	5	6
der Patient verlässt die Erste Hilfe vor der ärztlichen Untersuchung	6	8
der Patient verlässt die Erste Hilfe während der Untersuchungen und/oder vor der Schließung der Krankenkartei	7	9

Entlassung nach Hause mit darauf folgenden Zugang in ambulatorische Einrichtungen	8	X
Tot in die Erste Hilfe eingeliefert	9	5

Bei ESITO = 6,7 , müssen die Felder DATA_USC, ORA_USC, TRIAGE_MED, REG_EROGAZIONE, POS_TICKET , DIAG_PRINC, DIAG_SEC , PRES_PRI e PRES_SEC und LORDO leer sein.

Wohnsitzgemeinde	Code	COM_RES (flusso SPS)
ansässigen Patienten im Ausland	999999	999XXX, 999998, 999999

Wohnsitzregion	Code	REG_RES (flusso SPS)
ansässigen Patienten im Ausland	999	ansässigen Patienten im Ausland (Code des Innenministeriums)
Unbekannte Wohnsitz	999	000

Sanitätsbetrieb	Code	ASL_RES (flusso SPS)
ansässigen Patienten im Ausland	999	ansässigen Patienten im Ausland (Code des Innenministeriums)
Unbekannte Wohnsitz	Missing	000

**ANLAGE 5: UMKODIFIZIERUNGSTABELLE DER BEFREIUNGSCODES
(COD_ESEN) MIT DER TICKET-POSITION DES PATIENTEN (POS_TICKET)**

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Ticket - Position
von 001 bis 067 (außer 002, 004, 010, 015, 033, 043), A02, A31, B02	Personen, die an den chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten gemäß Dekret des Gesundheitsministers Nr. 329 vom 28.05.199 und darauffolgenden Änderungen, in geltender Fassung, leiden	4
013T (gültig ab 01.04.14)	Temporärer Diabetes (Beschluss LR nr. 1980 vom 27.12.2013). Befreiung mit maximaler Gültigkeitsdauer von 6 Monaten	4
0C02 (gültig ab 01.09.2018)	Erkrankungen der Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße	2
02 (gültig bis 28.02.2019)	Kriegsinvaliden der I bis V Kategorie	2
03 (gültig bis 28.02.2019)	Zivilinvaliden mit einer Invalidität über 2/3; Taubstumme laut Artikel 7 des Gesetzes Nr. 482 vom 02.04.1968	2
04 (gültig bis 28.02.2019)	Arbeitsinvaliden mit einer Invalidität über 2/3	2
05 (gültig bis 28.02.2019)	große Dienstinvaliden	2
12 (gültig bis 28.02.2019)	Dienstinvaliden der II bis V Kategorie	2
13 (gültig bis 28.02.2019)	Kriegsinvaliden der VI bis VIII Kategorie	2
14 (gültig bis 28.02.2019)	große Arbeitsinvaliden	2
3F (gültig bis 28.02.2019)	100-prozentige Zivilinvaliden, inbegriffen die Blinden mit binokularem Sehrestvermögen bis 1/20 und die minderjährigen Zivilinvaliden, die die Begleitzulage erhalten	2
99 (gültig bis 30.06.14)	Personen, die einer Familie angehören, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage den Faktor 1,5 des sozialen Mindesteinkommens laut Dekret des Landeshauptmannes Nr. 30 vom 11.08.2000, in geltender Fassung, nicht erreicht	3
BI	Nicht-EU-Staatsbürger, die von den Vereinen „Il Girotondo“, „Chernobyl Alto Adige-Südtirol“ und „Chernobyl Eppan-Appiano“ nach Südtirol eingeladen werden	8
von BZ1 bis BZ3	Personen, die an den Krankheiten laut Artkel 35, Absatz 3, des Landesgesetzes Nr. 7 vom 5. März 2001, in geltender Fassung, leiden	4
C01 (gültig ab	Vollinvaliden ohne Begleitzulage (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe d des M.D. 01.02.1991)	2

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Ticket - Position
01.03.2019)		
C02 (gültig bis 28.02.2019)	Erkrankungen der Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße	2
C02 (gültig ab 01.03.2019)	Vollinvaliden mit Begleitzulage (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe d des M.D. 01.02.1991)	2
C03 (gültig ab 01.03.2019)	Zivilinvaliden mit einer Invalidität über 2/3 – von 67% bis 99% (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe d des M.D. 01.02.1991)	2
C04 (gültig ab 01.03.2019)	Minderjährige Zivilinvaliden, welche die Besuchszulage erhalten (Art.1, Gesetz. n. 289/90 ex Art. 5, Absatz 6, GvD 124/1998)	2
C05 (gültig ab 01.03.2019)	Vollblinde oder Blinde mit binokularem Sehrestvermögen bis zu 1/10 für beiden Augen – mit eventuellen Ausgleich – die von einer spezifischen Kommission beglaubigt wurden (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe f), des M.D. 01.02.1991)	2
C06 (gültig ab 01.03.2019)	Taubstumme (Personen, die seit Geburt, oder vor der Erlernung der Sprache unter Taubheit leiden) laut Art. 6, Absatz 1, Buchstabe f des DM 01.02.1991 (ex Art. 7 des Gesetzes Nr. 482 vom 02.04.1968)	2
C07 (gültig ab 01.03.2019)	Leistungen, während der Überprüfung der Zivilinvalidität verordnet sind (D.M. n.293 von 20.07.1989)	2
CP	Überprüfungsuntersuchung von Prothesen gemäß Rundschreiben vom Amt für Gesundheitssprengel prot. 55.06/Dr.CGG/16576 del 07.10.2004. (<u>nur dann anzuwenden</u> , falls der Patient nicht andere Ticketbefreiungen hat)	4
DE	Gefängnisinsassen	8
DN (gültig bis 28.02.2019)	Personen, die durch Pflichtimpfungen, Transfusionen und Verabreichung von Hämoderivaten irreversible Schäden davon getragen haben (Gesetz Nr. 210 vom 25. Februar 1992)	8
E 21 (bis zum 31.10.12 Kodex JU)	Personen im Alter zwischen 6 Jahren und unter 14 Jahren, Angehörige einer Familie mit einem Gesamteinkommen von nicht mehr als 36.151,98 Euro (Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, in geltender Fassung) Die Befreiung wurde mit Rundschreiben vom Amt für Gesundheitssprengel Prot. Nr 23.2/55.07/392455 vom 07.07.2011 abgeändert.	3
E01 (gültig ab 01.09.11)	Personen mit einem Alter unter 6 Jahren oder über 65 Jahren, Angehörige einer Familie mit einem Gesamteinkommen von nicht mehr als 36.151,98 Euro (ex Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, in geltender Fassung)	3
E02 (bis zum 31.08.11 Kodex AL)	Arbeitslose, die bei einem Bezirksarbeitsamt die Erklärung zur Arbeitsbereitschaft laut gesetzesvertretenden Dekret Nr. 181/2000, in geltender Fassung, abgegeben haben oder deren steuerrechtlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen. Das Gesamteinkommen der entsprechenden Familie muss unter dem Betrag von 8.263,31 Euro liegen (falls die Familie nur aus der arbeitslosen Person besteht). Dieser Betrag wird erhöht auf 11.362,05 Euro (falls der Familie auch der Ehegatte angehört) und um jeweils 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind	3
E03 (bis zum	Inhaber einer Sozialrente und ihre zu Lasten lebende Familienangehörige (ex Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember	5

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Ticket - Position
31.10.12 Ko- dex SR)	1993, in geltender Fassung)	
E04 (bis zum 31.08.11 Ko- dex MI)	Inhaber einer Mindestrente mit einem Alter über 60 Jahren oder deren steuerrechtlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen. Das Gesamteinkommen der entsprechenden Familie muss unter dem Betrag von 8.263,31 Euro liegen (falls die Familie nur aus dem/r Inhaber/in einer Mindestrente besteht). Dieser Betrag wird erhöht auf 11.362,05 Euro (falls der Familie auch der Ehegatte angehört) und um jeweils 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind	5
E22 (bis zum 31.10.12 Ko- dex FC)	zu Lasten lebende Kinder	3
E99 (gültig ab 01.07.2014)	Personen, die einer Familie angehören, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage den Faktor 1,5 des sozialen Mindesteinkommens laut Beschluss der Landesregierung Nr. 539 vom 13.05.2014, in geltender Fassung, nicht erreicht	3
G01 (gültig ab 01.03.2019)	Kriegsinvaliden der I bis V Kategorie, die eine Leitpension bekommen und in ein Konzentrationslager deportiert wurden (Art.6, Absatz 1, Buchstabe a des D.M. 01.02.1991)	2
G02 (gültig ab 01.03.2019)	Kriegsinvaliden der VI bis VIII Kategorie (Art.6, Absatz 2, Buchstabe a des D.M. 01.02.1991)	2
I01 (gültig ab 15.12.2014)	Leistungen, welche für die Ausstellung von Zeugnissen zur Eignung für die Sporttätigkeit, zur Adoption und Anvertraung für die Ausübung des Zivildienstes verlangt werden (laut Dekret des Ministerpräsidenten vom 28.11.2003)	8
L01 (gültig ab 01.03.2019)	Große Arbeitsinvaliden – von 80% bis 100% (Art.6, Absatz 1, Buchstabe b des D.M. 01.02.1991)	2
L02 (gültig ab 01.03.2019)	Arbeitsinvaliden mit einer Invalidität über 2/3 – von 67% bis 79% (Art.6, Absatz 1, Buchstabe b des D.M. 01.02.1991)	2
L03 (gültig ab 01.03.2019)	Arbeitsinvaliden mit einer Invalidität unter 2/3 – von 1% bis 66% (Art.6, Absatz 2, Buchstabe b des D.M.01.02.1991)	2
L04 (gültig ab 01.03.2019)	Von Arbeitsunfällen oder von Berufskrankheiten Betroffene (Art.6, Absatz 2, Buchstabe c des D.M. 01.02.1991)	2
L1	Personen mit Verdacht auf HIV-Infektion (Art. 1, Absatz 5, Buchstabe b), des gesetzesvertretenden Dekrets 124/1998)	8
L5 (gültig bis 28.02.2019)	von Arbeitsunfällen oder von Berufskrankheiten Betroffene	4
L6 (gültig bis 31.05.17)	lebende Organspender, einschließlich die Knochenmarkspender	8
L7	Blutspender	8
L9 (gültig bis 28.02.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998)	6
M00 (gültig ab	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - vor der Empfängnis	6

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Ticket - Position
01.03.2019)		
Von M00 bis M41 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - bei ordentlicher Schwangerschaft	6
M42 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung für Schwangerschaften über der 41. Woche	6
M50 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - Risiko-Schwangerschaft	6
M52 (gültig ab 01.03.2019)	Zusätzliche Leistungen für Schwangeren, die dem Schiffspersonal gewährt werden	6
M99 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - bei ordentlicher Schwangerschaft (falls der Arzt nicht in der Lage sein sollte, die Schwangerschaftswoche genau zu bestimmen)	6
N01 (gültig ab 01.03.2019)	Personen, die durch Pflichtimpfungen, Transfusionen und Verabreichung von Blutderivaten (Art.1, Absatz 5, Buchstabe d des GvD n.124/1998) irreversible Schäden davon getragen haben (Gesetz n. 210 von 25.02.1992)	8
PREV	Leistungen laut ex Art. 1, Absatz 4, Buchstabe a) und b), des gesetzvertretenden Dekrets 124/1998), diagnostische Leistungen zur Frühdiagnose der Tumore (Art. 85, Absatz 4, des Gesetzes 388/2000), Leistungen, die zur Ausstellung von Eignungsbescheinigungen zur sportlichen Tätigkeit, Adoption, Durchführung des Zivildienstes angefordert werden und Leistungen laut Punkt 1 des Beschlusses der Landesregierung Nr. 1069 vom 29.03.1999	8
PX (gültig bis 28.02.2019)	Arbeitsinvaliden mit einer Invalidität unter 2/3	2
PY (gültig bis 31.01.16)	Opfer des Terrorismus und der organisierten Kriminalität	8
PZ (gültig bis 28.02.2019)	Dienstinvaliden der VI bis VIII Kategorie	2
R99999	Leistungen aufgrund eines diagnostischen Verdachts einer seltenen Krankheit (Art. 5, Absatz 2, des M.D. Nr. 279 vom 18.05.2001). Ersetzt „UB“ ab 01/02/2008 (Beschluss der Landesregierung Nr. 4471 vom 17.12.2007)	8
von RA0010 bis RQ0010	Personen, die an den seltenen Krankheiten laut Dekret des Gesundheitsministers Nr. 279 vom 18.05.2001 leiden	8
S01 (gültig ab 01.03.2019)	Große Dienstinvaliden der I Kategorie, die eine spezifische Pension bekommen (Art.6, Absatz 1, Buchstabe c des D.M. 01.02.1991)	2
S02 (gültig ab 01.03.2019)	Dienstinvaliden der II bis V Kategorie (Art.6, Absatz 1, Buchstabe c des D.M. 01.02.1991)	2
S03 (gültig ab 01.03.2019)	Dienstinvaliden der VI bis VIII Kategorie (Art.6, Absatz 1, Buchstabe d des D.M. 01.02.1991)	2
S04	Wehrdienstverweigerer im Zivildienst (Art. 6, Absatz 1, Gesetz Nr. 230	8

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Ticket - Position
(gültig ab 01.03.2019)	vom 08.07.1998)	
SE (gültig bis 31.08.11)	Personen mit einem Alter über 65 Jahren, Angehörige einer Familie mit einem Gesamteinkommen von nicht mehr als 36.151,98 Euro (Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, in geltender Fassung)	3
T01 (gültig ab 01.06.17)	Blut-, Organ- und Gewebespender	8
T12 (gültig vom 11/06/2012 bis 31/12/2014 sofern nicht verlängert)	Befreiung Erdbeben 2012 ER (Rundschreiben der Region Emilia Romagna vom 08.06.2012, Nr.9, Kodex der Gemeinden: 035xxx, 036xxx, 037xxx, 038xxx)	8
TD	Leistungen, mit der Kennzeichnung „TD“ (Leistungen auf dem Territorium und am Domizil) oder TD-S, die entsprechend dem Einheitstextes der Richtlinien des Beschlusses der L.R. Nr. 2390 vom 14.06.99 ohne eine Kostenbeteiligung seitens des Patienten erbracht werden. <u>(nur dann anzuwenden, falls der Patient nicht andere Ticketbefreiungen hat)</u>	8
TN	Leistungen, die ohne Ticketbefreiung erbracht werden	1
TR	Leistungen für welche keine Ticketeinnahme vorgesehen ist (z.B. Erste-Hilfe Leistungen mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt, OBI Leistungen)	9
V01 (gültig ab 01.02.16)	Opfer des Terrorismus und der organisierten Kriminalität (laut Art. 15 G. Nr. 302/90, Art. 5, Absatz 6, gv.D. 124/1998); Opfer des Terrorismus und ähnlicher Verbrechen mit Invalidität < 80% und ihre Familienangehörige (laut Art. 8 G. 206/2004) Gefallene in Ausübung ihre Pflicht im Staatsdienst und hinterbliebene Familienangehörige (laut D.P.R. vom 7. Juli 2006, Nr. 243)	8
V02 (gültig ab 01.02.16)	Opfer des Terrorismus und ähnlicher Verbrechen mit Invalidität > 80% und ihre Familienangehörige (laut Art. 4, G. 3.8.2004, Nr. 243)	8
X01	Fachärztliche dringende oder grundlegende Leistungen an Nicht-EU-Bürger, welche nicht den Bestimmungen bezüglich Eingang und Aufenthalt entsprechen und ohne genügende Geldmittel sind (ex Art. 35, Absatz 3, gesetzesvertretendes Dekret vom 25. Juli 1998, Nr. 286; Art. 43, Absatz 4, D.P.R. 31. August 1999, Nr. 394 und diesbezügliche Ausführungsbestimmung). <u>Dieser Code wird verwendet, wenn der ausländische Betreute nicht eine andere Ticketbefreiung besitzt (z. B. Schwangerschaft, chronische Krankheit, usw.).</u> (Beschluss der Landesregierung Nr. 982 vom 7. Juni 2010).	8
ZD (gültig bis 28.02.2019)	Ticketbefreiung für alle freiwillige Zivildienst- und/oder Sozialdienstleistende (Beschluss der Landesregierung vom 13. August 2009, Nr. 2045)	8

ANLAGE 6: ZUSENDUNGSTERMINE

Monat der Erbringung der Einsatzleistung	Zusendungstermine CED → SIAG	Zusendungstermine SIAG → MINISTERIUM
Januar 2019	Montag 25 März 2019	Freitag 29 März 2019
Februar 2019	Dienstag 23 April 2019	Dienstag 30 April 2019
März 2019	Montag 27 Mai 2019	Freitag 31 Mai 2019
April 2019	Montag 24 Juni 2019	Freitag 28 Juni 2019
Mai 2019	Donnerstag 25 Juli 2019	Mittwoch 31 Juli 2019
Juni 2019	Montag 26 August 2019	Freitag 30 August 2019
Juli 2019	Dienstag 24 September 2019	Montag 30 September 2019
August 2019	Freitag 25 Oktober 2019	Donnerstag 31 Oktober 2019
September 2019	Montag 25 November 2019	Freitag 29 November 2019
Oktober 2019	Montag 23 Dezember 2019	Dienstag 31 Dezember 2019
November 2019	Montag 27 Januar 2020	Freitag 31 Januar 2020
Dezember 2019	Montag 24 Februar 2020	Freitag 28 Februar 2020
Januar 2020	Mittwoch 25 März 2020	Dienstag 31 März 2020
Februar 2020	Freitag 24 April 2020	Donnerstag 30 April 2020