



Gesundheitsbeobachtung

Leitlinien

für die Verwaltung
des K.E.B. - F.I.M. Informationsverfahrens
der Versorgungseinheiten
für Wiederherstellung und funktionelle
Rehabilitation (Cod. 56.00)
und für Neurorehabilitation (Cod. 75.00)

Herausgeben von der Gesundheitsbeobachtung

(Beschluss der L.R. Nr. 1067 vom 21.06.2010)

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

Version 1 - November 2003

Version 2 - Juni 2010

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheitswesen
Gesundheitsbeobachtung

Verfügbare Kopien:

Abteilung Gesundheitswesen – Gesundheitsbeobachtung
Kanonikus Michael Gamperstraße, 1 – 39100 BOZEN
Tel. 0471 – 41.80.70
e-mail: epb@provinz.bz.it

Herunterzuladen unter:

<http://www.provinz.bz.it/eb>

INHALT

	SEITE
1. EINFÜHRUNG.....	4
2. K.E.B.-F.I.M.-PFLICHTIGE KRANKENANSTALTEN.....	5
3. ÖFFNEN UND SCHLIESSEN DES K.E.B.-F.I.M.-BOGENS.....	6
4. VERWALTUNG DER ARCHIVE.....	7
5. DIE VARIABLEN DES K.E.B.-F.I.M.-BOGENS	7
6. AUFGABEN UND HAFTUNG	43
7. FESTLEGUNG DER DIAGNOSEN, CHIRURGISCHEN EINGRIFFE UND BEHANDLUNGSVERFAHREN.....	44
7.1. KODIERUNGSSYSTEM.....	44
7.2. DIAGNOSEN UND CHIRURGISCHE EINGRIFFE/ BEHANDLUNGSVERFAHREN.....	44
8. DATENÜBERMITTLUNG.....	46
8.1. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS LAND.....	46
8.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM.....	47
9. KONTROLLSYSTEM.....	47
10. FESTSETZUNG DER TARIFE FÜR DEN AUFENTHALT.....	48
11. MOBILITÄT IM GESUNDHEITSDIENST.....	49
12. DATENVERWENDUNG UND INDIKATORENSYSTEM	49
ANLAGEN	50
ANLAGE 1: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS LAND.....	51
ANLAGE 2: DATENÜBERMITTLUNG VON DER AUTONOMEN PROVINZ AN DAS GESUNDHEITSMINISTERIUM	69
ANLAGE 3: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT.....	71
ANLAGE 4: FAKSIMILE DES AUF PAPIER AUSGEDRUCKTEN ENTLASSUNGSBOGENS.....	91

1. EINFÜHRUNG

Der Krankenhausentlassungsbogen (K.E.B.) wurde mit dem Ministerialdekret vom 28.12.1991 geschaffen, mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 6171 vom 4.10.1993 für das Landesgebiet eingeführt und stellt ein Instrument für die Erhebung von Informationen über jeden Patienten dar, der aus einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus entlassen wird, und ist somit die Hauptquelle für den Informationsfluss im Rahmen der Betreuung durch die Krankenanstalten auf nationalem Gebiet. Da es sich um ein Instrument von beträchtlicher Relevanz für die Programmierung und Bewertung der Aktivitäten im Gesundheitsbereich handelt, kommt dem richtigen Einsatz des KEBs in den verschiedenen Krankenhausbereichen, besonders im Rahmen der Rehabilitation, eine große Bedeutung zu. In Anbetracht der Inadäquatheit einiger Dateneingaben, die im Informationsverfahren für den Krankenhausentlassungsbogen für Akutkranke vorgesehen sind, vor allem was die Diagnose und die ICD-9 CM Klassifizierung bei der Erfassung besonderer klinischer Merkmale von Rehabilitationspatienten betrifft, wurde in der zweiten Hälfte des Jahres 2000 eine Versuchsphase eingeleitet, in deren Rahmen eine Anzahl von bereichsbezogenen Variablen und eine Skala zur Bewertung der Behinderung eingeführt wurde. Was die Skala zur Messung der Behinderung betrifft, fiel die Wahl auf das System „Functional Independence Measure“ (F.I.M. – Granger und Mitarbeiter, 1986). Es handelt sich dabei um ein Instrument zur Messung von funktionellen Einschränkungen, das sich auf dem Rehabilitationssektor vielfach bewährt hat, dessen Qualität, Verlässlichkeit und Genauigkeit eingehend untersucht wurden und das geeignet ist, die Behinderung der behandelten Patienten nach einem Selbstständigkeitsindex zu unterscheiden. Nicht zuletzt unter Berücksichtigung der internationalen Verbreitung, hat das Land folgende Maßnahmen umgesetzt:

1. Einführung der FIM-Skala in allen Rehabilitationseinrichtungen der Krankenhäuser nach Code 56.00 und entsprechende Dateneingabe bei Aufnahme und Entlassung;
2. Anwendung der F.I.M. Skala für die Krankenhauseinrichtungen für Neurorehabilitation (Code 75.00)¹
3. Akkreditierung der Mitarbeiter des Gesundheitssystems, die mit der Dateneingabe zur Auswertung gemäß der FIM-Skala befasst sind.

¹ Der Beschluss des Südtiroler Sanitätsbetriebes, Gesundheitsbezirk Bozen Nr. 2007-D2-001023 vom 11.06.2007 „Anzahl der Betten im Zentralkrankenhaus Bozen am 01.01.2007“ legt fest, dass für die Abteilung Neurorehabilitation 2 Betten vorgesehen sind (Code 75.00). Bestimmung des Direktors des Gesundheitsbezirkes Brixen Nr. 158 vom 13.05.2008, in der festgelegt wird, dass für die Abteilung Neurorehabilitation 2 Betten vorgesehen sind (code 75.00).

4. Einführung neuer Variablen.

5. Übermittlung der Daten an die Zentraldatei für Qualitätskontrolle und Vergleich mit der nationalen Zentraldatenbank.

Das vorliegende Dokument regelt im Bereich der Versorgungseinheiten für Wiederherstellung und funktionelle Rehabilitation (Code 56.00) und für Neurorehabilitation (Code 75.00), die bindende Einführung der F.I.M.-Skala im Rahmen des Informationsverfahrens für den „Krankenhausentlassungsbogen“ ab 01.07.2004.

2. K.E.B.-F.I.M.-PFLICHTIGE KRANKENANSTALTEN

Das K.E.B.-F.I.M.-Verfahren soll in allen Versorgungseinheiten für Wiederherstellung und funktionelle Rehabilitation nach Code 56.00 und für Neurorehabilitation nach Code 75.00, die es im Rahmen der Krankenanstalten des Landes gibt, eingeführt werden.

Die Pflicht die entsprechenden Dateneingaben vorzunehmen, kommt daher den Versorgungseinheiten für Wiederherstellung und funktionelle Rehabilitation (Code 56.00) und für Neurorehabilitation (Code 75.00), der folgenden Krankenanstalten zu:

Öffentliche Einrichtungen für Rehabilitation

Sanitätsbetrieb Bozen	- Zentralkrankenhaus Bozen
Sanitätsbetrieb Meran	- Schwerpunktkrankenhaus Meran
Sanitätsbetrieb Brixen	- Schwerpunktkrankenhaus Brixen - Krankenhaus für die Grundversorgung Sterzing
Sanitätsbetrieb Bruneck	- Schwerpunktkrankenhaus Bruneck - Krankenhaus für die Grundversorgung Innichen

Private Einrichtungen für Rehabilitation

Sanitätsbetrieb Bozen	- Privatklinik „ Bonvicini “ - Privatklinik „ Villa Melitta “
Sanitätsbetrieb Meran	- Privatklinik „ Villa St. Anna “ - Privatklinik „ Salus Center “
Sanitätsbetrieb Bruneck	- Privatklinik „ Sanitas “

3. ÖFFNEN UND SCHLIESSEN DES K.E.B.-F.I.M.-BOGENS

Der K.E.B.- F.I.M. Bogen, aus dem sich die Zuweisung der Punkte ergibt, muss für alle Patienten ausgefüllt werden, die über 14 alt sind und mit ordentlichem Krankenhausaufenthalt in den Versorgungseinheiten für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (cod. 56.00) und Neurorehabilitation (cod. 75.00). Alle anderen Rehabilitationsaufenthalte werden auch in die Datenbank K.E.B. – F.I.M. eingegeben, wobei die Felder der Punktezuweisung F.I.M. ausgelassen werden.

Bei Aufnahme eines Patienten in eine Versorgungseinheit für Wiederherstellung und funktionelle Rehabilitation sind eine Krankengeschichte und ein K.E.B.-F.I.M. unter ein und derselben Identifikationsnummer zu eröffnen, die während der gesamten Aufenthaltsdauer nicht geändert werden darf. Bei internen Verlegungen - innerhalb desselben Krankenhauses – in andere Versorgungseinheiten für Akutkranke oder zur Langzeitpflege sind die Krankengeschichte und der K.E.B.-F.I.M. zu schließen. Diese sind auch dann zu schließen, wenn es zur Verlegung des Patienten in eine andere Krankenhausbetriebsart oder in ein anderes Krankenhaus kommt.

Im Falle der Verlegung in Einrichtungen für Akutkranke zur Inanspruchnahme von Leistungen im ordentlichen Krankenhausbetrieb (zum Beispiel Leistungen im Zusammenhang mit Chemotherapie oder Bestrahlungen etc.), die in der Einrichtung, in welcher der Patient seinen eigentlichen Aufenthalt hat, nicht verfügbar sind, ist der K.E.B.-F.I.M., unter Berücksichtigung der zwischen den Sanitätsbetrieben bestehenden Abkommen/Konventionen, nicht zu schließen. Die Inanspruchnahme der Leistung ist allerdings innerhalb eines Tages abzuschließen und darf nicht zur Übernachtung des Patienten führen. Die Bezahlung der entsprechenden im ordentlichen Krankenhausbetrieb erbrachten Leistungen erfolgt durch direkte Verrechnung, gemäß den Abkommen/Konventionen zwischen den Sanitätsbetrieben. Bei Erbringung von Leistungen im Rahmen des Krankenhausaufenthalts außerhalb des konventionierten Bereichs, ist der K.E.B.-F.I.M. vor Verlegung des Patienten in eine andere Einrichtung zu schließen und wieder zu eröffnen, sobald der Patient wieder in die Einrichtung aufgenommen wird.

Werden Leistungen von Einrichtungen erbracht, die von der Einrichtung des eigentlichen Aufenthalts verschieden sind, so sind der ICD 9 – CM Code der Leistung und die Einrichtung, die diese erbracht hat, anzugeben.

4. VERWALTUNG DER ARCHIVE

Der K.E.B.-F.I.M. setzt sich aus zwei Abschnitten zusammen: Der erste enthält die meldeamtlichen Daten, der zweite die klinischen Daten. Die beiden Abschnitte sind in getrennten Archiven zu verwalten. Die Wiederzusammenführung der beiden Abschnitte kann mittels einiger „Schlüssel-Variablen“, dem nosographischen Code, dem Code der Einrichtung, der Nummer des Abteilungsblattes und der Versicherungsnummer vorgenommen werden.

Das Land und die Sanitätsbetriebe legen fest, welche Dienste befugt sind, die Zusammenführung der beiden Abschnitte vorzunehmen.

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

Die Einrichtungen, die in den Datenfluss der fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium miteinbezogen sind, bestimmen intern die Verantwortlichen und Beauftragten zur Behandlung von persönlichen Daten im Sinne der Art. 29 und 30 des genannten Legislativdekretes, und wenden die Mindestsicherheitsvorkehrungen im Sinne des Art. 34 des Kodex und der Anlage B „technische Vorgangsweise“ an. Der Identifikationscode des Betreuten wird von der Südtiroler Informatik AG durch ein Standardverfahren anonymisiert.

5. DIE VARIABLEN DES K.E.B.-F.I.M.-BOGENS

Der informatische Inhalt des K.E.B.-F.I.M.-Verfahrens besteht einerseits aus einem gemeinsamen Teil mit dem K.E.B.-Informationsfluss und andererseits aus einem spezifischen Teil für die Rehabilitationstätigkeit.

Zum spezifischen Teil für die Versorgungseinheiten, die sich mit Rehabilitation beschäftigen, gehören:

- a) F.I.M.-Skala;
- b) Art des Rehabilitationsaufenthalts;
- c) Einschränkung (gemäß F.I.M. Handbuch);

- d) Datum des Eintritts der Einschränkung (gemäß F.I.M. Handbuch);
- e) Code des Mitarbeiters, der die Dateneingabe nach der F.I.M.-Skala vornimmt.

Der Krankengeschichte ist ein Ausdruck auf Papier mit allen allgemeinen K.E.B.-F.I.M.-Variablen anzuschließen, während die Auswertungspunkte nach F.I.M. – Items/Funktionsstufen nicht anzugeben sind (nur das erste Blatt des dem vorliegenden Dokument angeschlossenen Faksimile - Anlage 4 -, das die Abschnitte „Meldeamtliche Daten“, „Daten zum Krankenhausaufenthalt“ und „Entlassung“ enthält). Im Folgenden werden alle Variablen aufgelistet und erklärt, die zum K.E.B.-F.I.M.-Informationsfluss gehören. Da die Übermittlung dieser Daten an die Zentralstellen verpflichtend ist, hat die Datenübermittlung von den Sanitätsbetrieben an das Land gemäß den hier dargelegten Regeln zu erfolgen.

1. Sanitätsbetrieb und Krankenhaus
2. Nummer des Krankenhausentlassungsbogens – nosographische Nummer
3. Familienname
4. Vorname
5. Erwerbener Nachname
6. Geschlecht
7. Geburtsdatum
8. Geburtsort
9. Familienstand
10. Wohnsitz
11. Staatsbürgerschaft
12. Persönlicher Sanitätscode
13. Steuernummer
14. Wohnsitzregion
15. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Ansässigkeit
16. Versorgungsregion
17. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Betreuung
18. Wohnsitz im Ausland
19. Ausländische Krankenkasse
20. Anschrift der ausländischen Krankenkasse
21. Postleitzahl der ausländischen Krankenkasse
22. Art der Aufnahme
23. Aufnehmende/Entlassende Versorgungseinheit
24. Datum und Uhrzeit der Aufnahme in die Versorgungseinheit für Rehabilitation
25. Kostenträger für den Aufenthalt
26. Herkunft des Patienten

27. Art der Aufnahme
28. Art des Rehabilitationsaufenthalts
29. Grund für die Aufnahme in den Day-Hospital-Betrieb (MOTIV_DH)
30. Genehmigte Abwesenheitstage
31. Primärdiagnose
32. Erste Sekundärdiagnose
33. Zweite Sekundärdiagnose
34. Dritte Sekundärdiagnose
35. Vierte Sekundärdiagnose
36. Fünfte Sekundärdiagnose
37. Datum des Primäreingriffs (oder Behandlungsverfahrens)
38. Chirurgischer Primäreingriff (oder Behandlungsverfahrens)
39. Datum eines sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 1
40. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahrens) 1
41. Datum eines sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 2
42. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahrens) 2
43. Datum eines sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 3
44. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahrens) 3
45. Datum eines sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 4
46. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahrens) 4
47. Datum eines sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 5
48. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahrens) 5
49. Einschränkung (gemäß F.I.M. Handbuch)
50. Datum des Eintritts der Einschränkung (gemäß F.I.M.-Handbuch)

Die F.I.M.-Skala besteht aus 18 Zugangs- und 18 Entlassungs-Items².

51. A. Essen bei Zugang
52. B. Körperpflege bei Zugang
53. C. Waschen bei Zugang
54. D. Ankleiden Oberkörper bei Zugang
55. E. Ankleiden Unterkörper bei Zugang
56. F. Intimhygiene bei Zugang
57. G. Blasenkontrolle bei Zugang
58. H. Darmkontrolle bei Zugang
59. I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Zugang
60. J. Erreichen des WC bei Zugang

² Die Variablen gekennzeichnet mit "flag" können nur zwei Werte haben: 1 (Kriterium ausgewählt), 0 (Kriterium nicht ausgewählt).

61. K. Badewanne oder Dusche bei Zugang
62. Gehen bei Zugang (flag)
63. Rollstuhl bei Zugang (flag)
64. L. Gehen, Rollstuhl bei Zugang
65. M. Treppensteigen bei Zugang
66. Akustisches Begriffsvermögen bei Zugang (flag)
67. Visuelles Begriffsvermögen bei Zugang (flag)
68. N. Begriffsvermögen bei Zugang
69. Verbale Ausdrucksfähigkeit (flag)
70. Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Zugang (flag)
71. O. Ausdruck bei Zugang
72. P. Soziales Verhalten bei Zugang
73. Q. Problemlösungsfähigkeit bei Zugang
74. R. Gedächtnis bei Zugang
75. A. Essen bei Entlassung
76. B. Körperpflege bei Entlassung
77. C. Waschen bei Entlassung
78. D. Ankleiden oben bei Entlassung
79. E. Ankleiden unten bei Entlassung
80. F. Intimhygiene bei Entlassung
81. G. Blasenkontrolle bei Entlassung
82. H. Darmkontrolle bei Entlassung
83. I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Entlassung
84. J. Erreichen des WC bei Entlassung
85. K. Badewanne oder Dusche bei Entlassung
86. Gehen bei Entlassung (flag)
87. Rollstuhl bei Entlassung (Flag)
88. L. Gehen, Rollstuhl bei Entlassung
89. M. Treppensteigen bei Entlassung
90. Akustisches Begriffsvermögen bei Entlassung (flag)
91. Visuelles Begriffsvermögen bei Entlassung (flag)
92. N. Begriffsvermögen bei Entlassung
93. Verbale Ausdrucksfähigkeit (flag)
94. Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung (flag)
95. O. Ausdruck bei Entlassung
96. P. Soziales Verhalten bei Entlassung
97. Q. Problemlösungsfähigkeit bei Entlassung
98. R. Gedächtnis bei Entlassung
99. F.I.M.-Gesamtpunktezahl bei Zugang

100. F.I.M.-Punkte für motorische Fähigkeiten bei Zugang
101. F.I.M.-Punkte für kognitive Fähigkeiten bei Zugang
102. F.I.M.-Gesamtpunktezahl bei Entlassung
103. F.I.M.-Punkte für motorische Fähigkeiten bei Entlassung
104. F.I.M.-Punkte für kognitive Fähigkeiten bei Entlassung
105. F.I.M.-Punktedifferenz zwischen Zugang und Entlassung
106. Gesamtzahl der Zugänge in die Aufenthaltsart Tagesklinik
107. Behandlungsverfahren 1, extern erbracht
108. Art der Einrichtung, die Behandlungsverfahren 1 erbringt
109. Code der Einrichtung, die Behandlungsverfahren 1 erbringt
110. Behandlungsverfahren 2, extern erbracht
111. Art der Einrichtung, die Behandlungsverfahren 2 erbringt
112. Code der Einrichtung, die Behandlungsverfahren 2 erbringt
113. Art des Abgangs/ der Entlassung
114. Datum und Uhrzeit der Entlassung oder des Ablebens
115. Obduktionsbefund
116. Typ des einweisenden Arztes
117. Code des einweisenden Arztes
118. Aufenthaltstage mit abweichender Regelung
119. Datum der Vormerkung für den Krankenhausaufenthalt
120. Befreiungsart
121. Code der Befreiung
122. Betrag der Kostenbeteiligung für den Krankenhausaufenthalt
123. Klasse
124. Anzahl der Tage als Klassenpatient
125. Code des Mitarbeiters, der bei Zugang die Dateneingabe nach der F.I.M.-Skala vornimmt
126. Code des Mitarbeiters, der bei Entlassung die Dateneingabe nach der F.I.M.-Skala vornimmt

1. Sanitätsbetrieb und Krankenhaus (ISTITUTO)

Als Bezeichnung des Krankenhauses gilt die offizielle Bezeichnung der betreffenden Krankenanstalt. Eine Krankenanstalt (Einrichtung) besteht aus der Gesamtheit aller Versorgungseinheiten für die ein und derselbe Code anzuwenden ist.

Anzuwenden ist der Code, mit dem die Einrichtung in den Erhebungsformularen für die administrativen und wirtschaftlichen Aktivitäten der örtlichen Sanitätseinheiten bezeichnet wird. In den HSP-Formularen besteht der genannte Code aus acht Zeichen, wobei die ersten drei Zeichen die Provinz (Provinz Bozen „041“, gemäß Dekret des Gesundheitsministeriums von 23. Dezember 1996) bezeichnen, während die folgenden drei Zeichen der fortlaufenden

Nummerierung innerhalb der Provinz entsprechen (die letzten beiden Zeichen werden nicht verwendet, da diese der fortlaufenden Nummerierung der einzelnen Einrichtungen des gesamten Krankenhauskomplexes, gemäß dem Modell HSP 11-bis, dienen, in der Provinz Bozen jedoch nicht vorhanden sind).

041001 = Zentralkrankenhaus Bozen;

041002 = Schwerpunktkrankenhaus Meran;

041004 = Schwerpunktkrankenhaus Brixen;

041005 = Schwerpunktkrankenhaus Bruneck;

041006 = Krankenhaus für die Grundversorgung Sterzing;

041007 = Krankenhaus für die Grundversorgung Innichen;

041014 = Privatklinik "Villa St. Anna";

041015 = Privatklinik "Bonvicini";

041017 = Privatklinik "Melittaklinik 1";

041026 = Privatklinik "Salus Center";

041033 = Privatklinik "Melittaklinik 2";

041034 = Privatklinik "Sanitas".

Pflichtfeld.

2. Nummer des Entlassungsbogens – Nosographische Nummer (NOSOGRAF)

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

Der zu verwendende Code besteht aus 10 Zeichen, von denen die ersten 4 das Aufnahmejahr bezeichnen, während die übrigen sechs Zeichen der fortlaufenden Jahresnummerierung dienen.

Die fortlaufende Nummerierung ist einheitlich, und zwar unabhängig von der Art des Krankenhausbetriebs in dessen Rahmen der Aufenthalt verbracht wird (ordentlicher Krankenhausbetrieb oder Tagesspital), so dass jede Nummer einheitlich einen einzelnen Krankenhausaufenthalt kennzeichnet.

Pflichtfeld.

3. Familienname (COG)

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

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

Pflichtfeld.

4. Vorname (NOME)

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

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

Pflichtfeld.

5. Erworbener Nachname (NOMEA)

Den erworbenen Nachnamen des Patienten angeben.

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

6. Geschlecht (SESSO)

Geschlecht des Patienten angeben.

Folgender, aus einem Zeichen bestehender Code ist zu verwenden:

1 = männlich;

2 = weiblich.

Pflichtfeld.

7. Geburtsdatum (DNASCITA)

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

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

Pflichtfeld.

8. Geburtsort (COM NASC)

Es ist der von der ISTAT festgelegte Code zu verwenden, dessen erste drei Zeichen die Provinz bezeichnen (Provinz Bozen = 021), während die folgenden Stellen der fortlaufenden Nummerierung der Gemeinden innerhalb der Provinz dienen.

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

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

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

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

Falls Patienten anonym im Sinne des Gesetzes bleiben wollen, nur die ersten 3 Zeichen angeben, welche die Provinz bezeichnen laut ISTAT Code (z.B. bei einem anonymen Patienten,

der in Italien geboren ist, ist '021000' einzugeben; ist die Provinz unbekannt oder die Person im Ausland geboren, sind nur die ersten 3 Zeichen einzugeben '999' (z.B. bei einem anonymen Patienten, der entweder in einer unbekanntem Provinz oder im Ausland geboren ist, '999000' eingeben).

Bei Patienten, die in Gemeinden geboren sind die ursprünglich zum italienischen Staat (z.B. Gemeinden Istriens) gehörten, ist der spezifische ISTAT Gemeinde Code einzugeben, auch wenn dieser Code heute nicht mehr aktiv ist.

Pflichtfeld.

9. Familienstand (S CIVILE)

Es ist der Familienstand des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus einzugeben.

Folgende Modalitäten sind zu verwenden:

1 = ledig;

2 = verheiratet;

3 = getrennt lebend;

4 = geschieden;

5 = Witwe/Witwer;

6 = nicht bekannt gegeben.

Pflichtfeld. Bei Neugeborenen 1 oder 6 eingeben.

10. Wohnsitz (COM RES)

Unter Wohnsitz ist die italienische Gemeinde oder gegebenenfalls der ausländische Staat einzugeben, in dem der Patient seinen legalen Wohnsitz hat.

Es ist das gleiche Kodierungssystem zu verwenden, das für die Variable (9) „Geburtsort“ gilt; im Einzelnen:

- Bei Patienten, die in Italien ansässig sind, der sechsstellige ISTAT-Code der italienischen Gemeinden;
- bei denjenigen, die in der Provinz Bozen ansässig sind, bezeichnen die ersten 3 Stellen die Provinz (Provinz Bozen = 021) und die folgenden 3 Stellen kennzeichnen die Gemeinde;
- ist der Patient im Ausland ansässig, der Code 999, auf den der vom Innenministerium festgelegte Code des ausländischen Staats folgt.

Bei Neugeborenen ist, unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Gesetzes Nr. 127 vom 15. Mai 1997, die Wohnsitzgemeinde der Mutter einzugeben.

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

Wenn er Ausländer ist und der ausländische Staat unbekannt ist cod. 999998

Wenn die Gemeinde unbekannt ist, cod.: 999999

Für jene, die keinen fixen Aufenthalt haben, cod.: 999999

Pflichtfeld.

11. Staatsbürgerschaft (C CITT)

Es sei darauf hingewiesen, dass das Land, dessen Staatsbürgerschaft ein Patient innehat, vom Land in dem derselbe Patient seinen Wohnsitz hat, verschieden sein kann. (Personen, die in einer italienischen Region ihren Wohnsitz haben, können ausländische Staatsbürger sein).

Italienische Staatsbürgerschaft = 100

Ausländische Staatsbürgerschaft = 3-stelliger Landescode des Innenministeriums

Staatenlose =999

Unbekannte Staatsbürgerschaft =998

Hat der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, so ist jene einzutragen, für die der Patient seine Präferenz erklärt.

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

Pflichtfeld.

12. Persönlicher Sanitätscode (LIBRETTO)

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

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

Bei Patienten, die im Sinne des Gesetzes anonym bleiben wollen, wird ein fiktiver Code generiert.

Beispiel:

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

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

wobei Б= Leertaste

13. Steuernummer (FISCALE)

Die vom Finanzministerium zugeordnete Steuernummer muss, wenn diese verfügbar ist, für alle in Italien ansässigen Patienten eingegeben werden.

Für Ausländer, die die gesetzlichen Voraussetzungen für Einreise und Aufenthalt in Italien nicht erfüllen, ist der sechzehnstellige Regionalcode unter der Abkürzung STP (ital. Abk. f. „vorübergehend eingereister Ausländer“), d.h. (STP + Code der Region + Code Sanitätsbetrieb + fortlaufende Nummer) gemäß dem Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und dem Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000, einzugeben.

Diese Variable ist für nicht ansässige Ausländer und für gesunde Neugeborene nicht einzugeben.

Ebenso ist sie für Patienten, die im Sinne des Gesetzes anonym bleiben wollen, nicht einzugeben.

14. Wohnsitzregion (REG RES)

Region, in welcher der Patient seinen Wohnsitz hat.

Die Wohnsitzregion kann von der Region, in der die medizinische Leistung in Anspruch genommen wird, verschieden sein.

Für Ansässige im Ausland ist der Landescode des ausländischen Staates einzugeben.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums (Ministerialdekret vom 17.09.1986) oder Landescode des Innenministeriums.

Das Feld übernimmt automatisch die Wohnsitzgemeinde.

Wenn die Ansässigkeitsgemeinde unbekannt ist (COM_RES = 999999 o 999998 o 999997) den Code 999 eingeben.

Pflichtfeld.

15. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Ansässigkeit (ASL RES)

Ist jener Gesundheitsbezirk oder Sanitätsbetrieb (für die nicht Ansässigen) in welchem die Gemeinde eingeschlossen ist, in der der Patient ansässig ist.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums.

Für Ansässige im Ausland nicht eingegeben.

Die richtige Eingabe in dieses Feld ist von grundlegender Bedeutung, um Beanstandungen durch andere Regionen zu vermeiden. Wenn der Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb unbekannt oder ausländisch ist, cod. 999 eingeben.

Falls bei Ansässigen in Italien dieses Feld vom Gesundheitsbezirk nicht ausgefüllt wird, wird es von der Provinz im Feld der Ansässigkeitsgemeinde ausgefüllt.

Wenn die Gemeinde unbekannt ist (z.B. ohne fixen Aufenthalt oder anonym), den Code 999 eingeben.

Pflichtfeld für in Italien ansässige Personen (italienischer Gemeinde-Code für die Variable (11) "Wohnsitz").

16. Versorgungsregion (REG ASS)

Region des Sanitätsbetriebs, bei dem der Patient eingeschrieben ist.

Die Versorgungsregion kann von der Wohnsitzregion verschieden sein.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums (Ministerialdekret vom 17.09.1986).

Bei im Ausland ansässigen Ausländern erfolgt keine Eingabe in dieses Feld.

Für die Ansässigen in Italien, aber im Ausland versichert, den Code 999 eingeben (unbekannte Region) als Betreuungsregion und Code 997 (Einschreibung/Wahl des Arztes in einem ausländischen Staat) als Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Betreuung.

17. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Einschreibung (ASL ASS)

Ist jener Gesundheitsbezirk oder Sanitätsbetrieb (für die nicht Ansässigen) in welchem der Patient eingeschrieben ist.

Dreistelliger Code des Gesundheitsministeriums (Ministerialdekret vom 17.09.1986).

Bei im Ausland ansässigen Ausländern erfolgt keine Eingabe in dieses Feld.

Für die Ansässigen in Italien, aber im Ausland versichert, den Code 999 eingeben (unbekannte Region) als Betreuungsregion und Code 997 (Einschreibung/Wahl des Arztes beim ausländischen Staat) als Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Betreuung.

18. Wohnsitz im Ausland (RES EST)

Beschreibung des Ortes, in dem der ausländische Patient seinen Wohnsitz hat.

19. Ausländische Krankenkasse (CAS EST)

Beschreibung der Krankenkasse, die den ausländischen Patienten betreut.

20. Adresse der ausländischen Krankenkasse (I CASEST)

Adressdaten der ausländischen Krankenkasse, die den ausländischen Patienten betreut.

21. Postleitzahl der ausländischen Krankenkasse (c casest)

Postleitzahl der Stadt, in der die ausländische Krankenkasse ihren Sitz hat.

22. Art des Krankenhausaufenthalts (REGRIC)

Es wird zwischen "ordentlichen Krankenhausbetrieb" und "Day-Hospital-Betrieb" unterschieden.

Folgende einstellige Codes sind zu verwenden:

1 = ordentlicher Krankenhausaufenthalt;

2 = Aufenthalt in Tagesklinik (Day Hospital).

Wenn der Code 2 benutzt wird, ist es notwendig auch die Informationen der Variablen (29) "Grund der Aufnahme in die Tagesklinik" und (106) "Anzahl der gesamten Zugänge in der

Tagesklinik“ anzugeben.

Pflichtfeld.

23. Aufnehmende/Entlassende Versorgungseinheit (REP DIM)

Die aufnehmende/entlassende Versorgungseinheit ist die Versorgungseinheit für Wiederherstellung und funktionelle Rehabilitation, in welcher der Patient seinen Aufenthalt hat, von der er aus dem Krankenhaus entlassen wird oder von der er in andere Versorgungseinheiten derselben Einrichtung verlegt wird.

Der Code für die aufnehmende Versorgungseinheit (Codes des Gesundheitsministeriums gemäß Ministerialdekret vom 19.03.1988) entspricht den ersten vier Zeichen, die der Kennzeichnung der Versorgungseinheiten in den Erhebungsbögen für die wirtschaftlichen Aktivitäten der Sanitätseinheiten und der Krankenhausbetriebe, insbesondere im Formular HSP.12, dienen. Die verbleibenden beiden Zeichen dienen der fortlaufenden Nummerierung zur Unterscheidung der Versorgungseinheiten innerhalb eines Fachbereichs.

Pflichtfeld.

24. Datum und Uhrzeit der Aufnahme in die Versorgungseinheit für Rehabilitation (D RICO)

Es ist das Datum einzugeben, an dem die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte. Im Falle der Aufnahme in den Day-Hospital-Betrieb mit geplantem Zyklus ist dies der Tag der ersten Aufnahme.

Für jene, die in der Einrichtung geboren sind, ist das Aufenthaltsdatum gleich dem Geburtsdatum.

Es ist der Tag, das Monat und das Jahr einzugeben, mit Angabe der Stunde der Aufnahme in das Krankenhaus, im Format TTMMJJJJHHMM.

Pflichtfeld.

25. Kostenträger für den Krankenhausaufenthalt (ONER DEG)

Hier ist der Rechtsträger (oder die Rechtsträger) einzugeben, dem die Pflicht zukommt, die Kosten für den Krankenhausaufenthalt zu erstatten.

Es sei daran erinnert, dass Krankenhausaufenthalte, die vollständig zu Lasten des Betroffenen gehen, als Leistungserbringung gelten, die keinerlei Belastung für den Nationalen Gesundheitsdienst mit sich bringt, und daher nicht den Verfahren zum Ausgleich der Mobilität unterliegt.

Folgende einstellige Codes sind zu verwenden³:

³ Es sei darauf hingewiesen, dass gemäß Einheitstext über den Ausgleich der Mobilität im Gesundheitswesen, bei Transplantationen an Patienten, die ihren Wohnsitz nicht im Gebiet des Sanitätsbetriebs haben, die Datensätze für die Entnahme (DRG 467 mit Diagnose V593 und Eingriff 4191 oder mit Diagnose V5902 und Eingriff 9979) in der Weise zu übermitteln sind, dass die Last aus dem Aufenthalt nach „9“ oder als Null-Betrag valorisiert wird.

- 1 = Krankenhausaufenthalt wird vollständig vom Nationalen Gesundheitsdienst getragen;
- 2 = Krankenhausaufenthalt zum überwiegenden Teil zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes, wobei ein Teil der Kosten vom Patienten getragen wird (Aufzahlung für Hoteldienst);
- 3 = Krankenhausaufenthalt mit nachträglicher (vollständiger oder teilweiser) Kostenerstattung durch den Nationalen Gesundheitsdienst;
- 4 = Krankenhausaufenthalt ohne Lasten für den Nationalen Gesundheitsdienst;
- 5 = Krankenhausaufenthalt zum überwiegenden Teil zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes, wobei ein Teil der Kosten vom Patienten getragen wird (Freiberufler);
- 6 = Krankenhausaufenthalt zum überwiegenden Teil zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes, wobei Teil der Kosten vom Patienten getragen wird (Freiberufler und Aufzahlung für Hoteldienst);
- 7 = Krankenhausaufenthalt ausländischer Patienten zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes, wenn diese aus Ländern kommen, die mit dem Nationalen Gesundheitsdienst konventioniert sind.;
- 8 = Krankenhausaufenthalt ausländischer Patienten zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes, wenn diese über eine Mittellosigkeitsbescheinigung verfügen;
- 9 = Sonstiges;
- A = Krankenhausaufenthalt ausländischer Patienten zu Lasten des Innenministeriums, wenn diese über eine Mittellosigkeitsbescheinigung verfügen.

Häftlinge oder internierte Ausländer ohne festen Wohnsitz, die beim Nationalen Gesundheitsdienst eingetragen sind, werden zu Lasten des öffentlichen Gesundheitsdienstes versorgt, in dessen Gebiet die Einrichtung ihren Sitz hat, bei der die betroffene Person (Ministerialdekret 230/2000) versorgungsberechtigt ist. Gemäß dem gesetztesvertretenden Dekret Nr. 230 vom 22.06.1999 bleibt bei Häftlingen und internierten Personen die Eintragung beim Nationalen Gesundheitsdienst für alle Versorgungsformen einschließlich der Allgemeinmedizin bestehen. Ausländer sind für die Zeit, die sie als Häftlinge oder Internierte in Strafanstalten verbringen, beim Nationalen Gesundheitsdienst eingetragen, unabhängig davon, ob sie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung in Italien verfügen. Häftlinge und internierte Personen unterliegen nicht dem System des Kostenbeitrags für Leistungen des Nationalen Gesundheitsdienstes.

Kommt es während des Krankenhausaufenthalts zu einem Wechsel zwischen den Kostenträgern, dürfen die Informationen nicht wie bei einer Verlegung verarbeitet werden und es darf daher kein neuer Datensatz generiert werden.

Pflichtfeld.

26. Herkunft des Patienten (PROVENIE)

Unter Herkunft des Patienten ist die Institution einzugeben, von der der Patient kommt oder der einweisende Arzt.

Folgende einstellige Codes sind zu verwenden:

1 = Aufnahme bei Geburt;

2 = Erste Hilfe;

3 = Patient auf Vorschlag eines Arztes in die Pflegeeinrichtung eingewiesen;

4 = vorher geplante Aufnahme durch dieselbe Pflegeeinrichtung;

5 = Verlegung eines Patienten aus einer öffentlichen Pflegeeinrichtung;

6 = Verlegung eines Patienten aus einer akkreditierten privaten Pflegeeinrichtung;

7 = Verlegung eines Patienten aus einer nicht akkreditierten privaten Pflegeeinrichtung;

8 = Verlegung eines Patienten aus einer anderen Versorgungsart (akut, Rehabilitation, Langzeitpflege) oder aus einem anderen Aufenthaltsbetrieb (Day-Hospital oder ordentliche Aufnahme) in dieselbe Pflegeeinrichtung;

9 = Strafanstalt;

0 = Patient aus einer teilstationären Einrichtung des Territoriums (beispielsweise: sozialpflegerische Wohnheime, Hospiz, psychiatrische Anstalten, Reha-Anstalten nach Art. 26 Gesetz 833/1978);

S = Patient, der eine Pflegeeinrichtung ohne Einlieferungsvorschlag seitens eines Arztes und ohne von der Ersten Hilfe zu kommen aufsucht;

O = Herkunft OBI;

A = Sonstiges.

Pflichtfeld.

27. Art der Aufnahme (TIPO RIC)

Die Aufenthaltsart ist bei allen Aufenthalten im ordentlichen Krankenhausbetrieb (Code 1 bei der Variablen (22) "Betriebsart des Aufenthaltes"). Hier werden die geplanten Aufenthalte von Notaufnahmen und obligatorischer ärztlicher Behandlung, gemäß der Artikel 33, 34, 35, und 64 des Gesetzes Nr. 833 vom 23. Dezember 1978, unterschieden. Bei einem Tagesklinik Aufenthalt (Code 2 der Variablen (22): "Art des Aufenthaltes"), das Feld ist nicht mit "2" auszufüllen.

Folgende einstellige Codes sind zu verwenden:

1 = Programmierter Aufenthalt, keine Notaufnahme;

2 = Notaufnahme;

3 = Einweisung zur medizinischen Zwangsbehandlung;

4 = Aufenthalt zur freiwilligen medizinischen Behandlung;

5 = Programmierter Aufenthalt, dem ein anderer Krankenhausaufenthalt vorangegangen ist (gemäß Art. 1, Abs. 18 des Gesetzes Nr. 662 vom 23. Dezember 1996). In diesen Fällen können Behandlungen in den K.E.B. eingetragen werden, die vor der betreffenden Aufnahme vorgenommen wurden.

6 = Gesundes Neugeborenes.

Pflichtfeld.

28. Art des Rehabilitationsaufenthalts (T RIC R)

Die Art des Rehabilitationsaufenthaltes, die bei allen ordentlichen Aufenthalten und Aufenthalten in der Tagesklinik (Codes 1 und 2 bei der Variablen (22): „Betriebsart des Krankenhausaufenthalts“) anzugeben ist, dient der Unterscheidung zwischen Aufenthalten zur postakuten Behandlung, Erhaltungsaufenthalten und programmierten Bewertungsaufenthalten.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- 1 = Postakuter Krankenhausaufenthalt: Dieser Code kennzeichnet Aufenthalte zur postakuten Rehabilitation im Falle von Krankheitsbildern mit Behinderung, die auf ein klar umrissenes akutes Ereignis zurückzuführen sind, wie es ein cerebraler Iktus, ein Trauma oder ein chirurgischer Eingriff darstellen. Der Beginn solcher Aufenthalte fällt unmittelbar in die postakute Phase, also in die ersten 30 Tage nach Entlassung aus Krankenhausabteilungen für Akutkranke oder aus Rehabilitationsabteilungen (der II. und III. Stufe).
- 2 = Erhaltungsaufenthalt: Der Aufenthalt stellt eine Abschlussphase des Wiederherstellungsprozesses und des Rehabilitationsvorhabens dar, kann aber auch der Verbeugung gegen eine weitere Verschlechterung des Krankheitsbildes dienen. Es liegt das Erfordernis der Kontinuität nach der unmittelbaren postakuten Phase vor. Der seit der Entlassung aus dem Krankenhaus für Akutkranke verstrichene Zeitraum ist länger als 30 Tage.
- 3 = Programmierter Bewertungsaufenthalt: Geplanter Aufenthalt zum Zwecke der Bewertung, der maximal 10 Tage dauert, einen hohen diagnostisch-medizinischen Aufwand erfordert, der Festlegung des Therapievorhabens und dazu dient, festzustellen, ob tatsächlich die Möglichkeit besteht, das Rehabilitationsprogramm durchzuführen.

Pflichtfeld.

29. Grund für die Aufnahme in den Day-Hospital-Betrieb (MOTIV DH)

Diese Information ist nur im Falle der Aufnahme in den Tagesspitalbetrieb einzugeben (Code 2 bei der Variablen (22) „Betriebsart des Aufenthalts“).

Folgende einstellige Codes sind zu verwenden:

- 1 = Diagnostischer Aufenthalt im Day Hospital (einschließlich Follow Up);
- 2 = Chirurgischer Aufenthalt im Day Hospital (Day Surgery);
- 3 = Therapeutischer Aufenthalt im Day Hospital;
- 4 = Aufenthalt zur Rehabilitation im Day Hospital;

Bei PMA Techniken (medizinisch unterstützte Empfängnisverhütung) II Grades bei dem es sich um einen Krankenhausaufenthalt im Day Surgery mit zwei Zugängen handelt, ist der Code 2 einzugeben.

Pflichtfeld für den Day-Hospital-Betrieb (Code 2 bei der Variablen (22) „Betriebsart des Aufenthalts“).

30. Genehmigte Abwesenheitstage (GGPERM)

Mit "genehmigter Abwesenheit" ist der Zeitraum gemeint, während dessen ein Patient die Krankenanstalt verlassen, sich nach Hause begeben und wiederkommen kann, ohne dass es deshalb zu einer Neuaufnahme kommt. Dieser Zeitraum muss mit Feiertagen oder "toten" Zeiten des Krankenhausaufenthaltes übereinstimmen, darf nicht 72 Stunden überschreiten oder über den Feiertagszeitraum hinausgehen. Die medizinisch-rechtliche Haftung des Arztes, der die Abwesenheitsgenehmigung erteilt, ist im Zusammenhang mit eventuellen Komplikationen zu sehen, die während der Abwesenheit des Patienten auftreten können. Die Haftung entspricht jener, die sich aus der Entscheidung über die Entlassung aus dem Krankenhaus ergibt.

Die Tage genehmigter Abwesenheit sind der Aufenthaltsabteilung zuzuordnen, was bedeutet, dass für jeden Aufenthalt in der Abteilung die Tage anzugeben sind, an denen der Patient mit Genehmigung abwesend war.

Die Abwesenheitstage pro Abteilung können kumulativ angegeben werden.

Hält sich ein Patient 30 Tage lang in einer Abteilung auf, verlässt diese aber jedes Wochenende (4 Wochen lang), um sich zu Hause aufzuhalten, so ist in das Feld „genehmigte Abwesenheit“ die Gesamtzahl der Abwesenheitstage einzugeben. In gegenständliches Beispiel also 8 Tage.

Jedoch dürfen die Abwesenheitstage nicht mehr als 3 sein für jede einzelne genehmigte Abwesenheit. Nur in Ausnahmefällen, bei "Brücken" zwischen Feiertagen (Pfingsten), können maximal 4 Tage gewährt werden. Alle anderen Fällen führen zu einem neuen Krankenhausaufenthalt.

Die Berechnung der Abwesenheitstage, die einem Patienten im Falle von Feiertagen, langen Wochenenden oder „Leerlaufzeiten“ während des Aufenthalts gewährt werden, erfolgt so wie die Berechnung der Aufenthaltstage, d.h. (Abwesenheitstage = Anfangsdatum der Abwesenheit – Enddatum der Abwesenheit, wenn das Ergebnis gleich 0 ist, wird die Gesamtzahl der Abwesenheitstage mit einem Tag angesetzt).

Die Uhrzeit wird nicht berücksichtigt. Beginnt die Abwesenheit eines Patienten am Freitag, dem 3. Dezember, und endet am Montag, dem 6. Dezember, so liegen insgesamt 3 Abwesenheitstage vor.

Bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer werden die Abwesenheitstage abgezogen.

Beispiel:

Datum des Aufenthalts: 3.05.2008

Abteilung: Post-akute Rehabilitation

Genehmigte Abwesenheit (Tage): 4

Datum der Verlegung/Entlassung: 23.05.2008

Aufenthaltstage in der Abteilung: 20 Tage – 4 Tage = 16 Tage

31. Primärdiagnose (DIAG REP)

Die Eingabe der Primärdiagnose ist obligatorisch für alle Abteilungsblätter und ist mit Hilfe der fünfstelligen Codes der internationalen Klassifikation der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th Revision – Clinical Modification“, Version 2007) vorzunehmen.

Ist der Code kürzer als 5 Zeichen, sind die übrigen nicht signifikanten Zeichen in Form von „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld.

32. Erste Sekundärdiagnose (C DIAG1)

Eine eventuelle erste Sekundärdiagnose ist mit Hilfe der fünfstelligen Codes einzugeben, die sich in der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) finden.

Ist der Code kürzer als 5 Zeichen, sind die übrigen nicht signifikanten Zeichen in Form von „Leerzeichen“ einzugeben.

33. Zweite Sekundärdiagnose (C DIAG2)

Eine eventuelle zweite Sekundärdiagnose ist mit Hilfe der fünfstelligen Codes einzugeben, die sich in der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) finden.

Ist der Code kürzer als 5 Zeichen, sind die übrigen nicht signifikanten Zeichen in Form von „Leerzeichen“ einzugeben.

34. Dritte Sekundärdiagnose (C DIAG3)

Eine eventuelle dritte Sekundärdiagnose ist mit Hilfe der fünfstelligen Codes einzugeben, die sich in der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) finden.

Ist der Code kürzer als 5 Zeichen, sind die übrigen nicht signifikanten Zeichen in Form von „Leerzeichen“ einzugeben.

35. Vierte Sekundärdiagnose (C DIAG4)

Eine eventuelle vierte Sekundärdiagnose ist mit Hilfe der fünfstelligen Codes einzugeben, die sich in der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) finden.

Ist der Code kürzer als 5 Zeichen, sind die übrigen nicht signifikanten Zeichen in Form von „Leerzeichen“ einzugeben.

36. Fünfte Sekundärdiagnose (C DIAG5)

Eine eventuelle fünfte Sekundärdiagnose ist mit Hilfe der fünfstelligen Codes einzugeben, die sich in der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) finden.

Ist der Code kürzer als 5 Zeichen, sind die übrigen nicht signifikanten Zeichen in Form von „Leerzeichen“ einzugeben.

37. Datum des chirurgischen Primäreingriffs (oder Behandlungsverfahrens) (DINTCP R)

Hier ist das Datum anzugeben, an dem der chirurgische Primäreingriff in einer Abteilung vorgenommen wurde, und zwar im Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr).

Pflichtfeld für primäre chirurgische Eingriffe (Behandlungsverfahren).

38. Chirurgischer Primäreingriff (oder Behandlungsverfahren) (CINTCP R)

Es der Code des primären chirurgischen Eingriffs (Verfahrens, Geburt) einzugeben, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifikation (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Codes gegenwärtig kürzer sind als 5 Zeichen, sind die verbleibenden Stellen als „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld wenn das Datum des primären chirurgischen Eingriffs (des Behandlungsverfahrens) bekannt ist.

39. Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 1 (DINTC1 R)

Es ist im Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr) das Datum einzugeben, an dem der sekundäre Eingriff/das Behandlungsverfahren 1 durchgeführt wurde.

Pflichtfeld für sekundäre Eingriffe/Behandlungsverfahren 1.

40. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahren) 1 (CINTC1 R)

Es der Code des sekundären chirurgischen Eingriffs/Behandlungsverfahrens 1 einzugeben, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Länge der Code gegenwärtig geringer ist als fünf Zeichen, sind für die übrigen, nicht signifikanten Stellen „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld wenn das Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (des Behandlungsverfahrens) 1 bekannt ist.

41. Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 2 (DINTC2 R)

Es ist im Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr) das Datum einzugeben, an dem der sekundäre Eingriff/das Behandlungsverfahren 2 durchgeführt wurde.

Pflichtfeld für sekundäre Eingriffe/Behandlungsverfahren 2.

42. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahren) 2 (CINTC2 R)

Es der Code des sekundären chirurgischen Eingriffs/Behandlungsverfahrens 2 einzugeben, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Länge der Code gegenwärtig geringer ist als fünf Zeichen, sind für die übrigen, nicht signifikanten Stellen „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld wenn das Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (des Behandlungsverfahrens) 2 bekannt ist.

43. Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 3 (DINTC3 R)

Es ist im Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr) das Datum einzugeben, an dem der sekundäre Eingriff/das Behandlungsverfahren 3 durchgeführt wurde.

Pflichtfeld für sekundäre Eingriffe/Behandlungsverfahren 3.

44. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahren) 3 (CINTC3 R)

Es der Code des sekundären chirurgischen Eingriffs/Behandlungsverfahrens 3 einzugeben, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der “International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification”, Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Länge der Code gegenwärtig geringer ist als fünf Zeichen, sind für die übrigen, nicht signifikanten Stellen „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld wenn das Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (des Behandlungsverfahrens) 3 bekannt ist.

45. Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 4 (DINTC4 R)

Es ist im Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr) das Datum einzugeben, an dem der sekundäre Eingriff/das Behandlungsverfahren 4 durchgeführt wurde.

Pflichtfeld für sekundäre Eingriffe/Behandlungsverfahren 4.

46. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahren) 4 (CINTC4 R)

Es der Code des sekundären chirurgischen Eingriffs/Behandlungsverfahrens 4 einzugeben, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Länge der Code gegenwärtig geringer ist als fünf Zeichen, sind für die übrigen, nicht signifikanten Stellen „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld wenn das Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (des Behandlungsverfahrens) 4 bekannt ist.

47. Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (oder Behandlungsverfahrens) 5 (DINTC5 R)

Es ist im Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr) das Datum einzugeben, an dem der sekundäre Eingriff/das Behandlungsverfahren 4 durchgeführt wurde.

Pflichtfeld für sekundäre Eingriffe/Behandlungsverfahren 5.

48. Sekundärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahren) 5 (CINTC5 R)

Es der Code des sekundären chirurgischen Eingriffs/Behandlungsverfahrens 5 einzugeben, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifizierung (italienische Version der "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Länge der Code gegenwärtig geringer ist als fünf Zeichen, sind für die übrigen, nicht signifikanten Stellen „Leerzeichen“ einzugeben.

Pflichtfeld wenn das Datum des sekundären chirurgischen Eingriffs (des Behandlungsverfahrens) 5 bekannt ist.

49. Einschränkung (COD MEN)

Definition gemäß F.I.M. Handbuch (Liste auf Seite 8 des F.I.M. Handbuchs⁴).

⁴ Research Foundation of the State University of New York (1992), "FIM functional independence measure – versione italiana", Übersetzung von Luigi Tesio, in "Ricerca in Riabilitazione", Monografische Beilage zu Nr. 2, Jahr 2 – 1993, SO.GE.COM. Editrice s.r.l. – Mailand.

Anzugeben ist die diagnostische Hauptkategorie der Einschränkung, unter der der Patient leidet.

Codes bei Entlassung einfügen.

Pflichtfeld.

50. Datum des erstmaligen Eintritts der Einschränkung (DATA INS)

Definition gemäß F.I.M. Handbuch

Es ist das Datum des erstmaligen Auftretens der Einschränkung im Sinne des vorigen Punktes anzugeben, wobei die genannte Einschränkung den Grund dafür darstellen muss, dass der Patient gegenwärtig ein Rehabilitationsprogramm durchläuft. Zur Kodierung sind 8 numerische Zeichen einzugeben: TTMMJJJJ.

Liegen Umstände vor, die den Beginn des erstmaligen Auftretens unklar erscheinen lassen oder die es schwierig machen, das Datum festzustellen, an dem sich die Einschränkung zum ersten Mal bemerkbar gemacht hat, so ist Folgendes zu beachten:

- a. Sind Jahr und Monat bekannt, nicht aber der genaue Tag, so ist der Erste des betreffenden Monats einzugeben;
- b. Ist nur das Jahr, nicht aber der Monat bekannt, so ist der erste Jänner des betreffenden Jahres einzugeben;
- c. Ist auch das Jahr unbekannt, so ist der erste Jänner des Jahres einzugeben, in das am ehesten der Zeitraum fällt, in dem das erstmalige tatsächliche Auftreten der Behinderung zu vermuten ist.

Das Datum des erstmaligen Auftretens fällt mit dem Zeitpunkt des „neuerlichen Akutwerdens“ zusammen. Die Einschränkung stellt nicht das Krankheitsbild dar, sondern ist dessen funktionelle Folge: Ein und dieselbe Krankheitssituation kann zum Auftreten zusätzlicher Einschränkungen (z.B. Hemiparese bei schubhaftem Verlauf der Multiplen Sklerose) führen. Es scheint ratsam, das Datum des pathologischen Ereignisses anzugeben, das zur Aufnahme ins Krankenhaus geführt hat. Bei Langzeiterkrankungen kann dies das „neuerliche Akutwerden“ (z.B. Multiple Sklerose-Schub, Ateminsuffizienz bei chronisch-obstruktiver Bronchopneumopathie etc.) sein.

Die neuerliche Verschärfung („neuerliches Akutwerden“) ist in der Krankengeschichte gut zu dokumentieren.

Pflichtfeld

FELDER 51 - 98: DIE F.I.M. SKALA

Wann sind zu den einzelnen Items Eingaben vorzunehmen?

Es ist auf „Independence Measure – italienische Version; Copyright 1992; The Research Foundation of the State University of New York, UDS-code 3/2/1990 – Alle Rechte vorbehalten“ Bezug zu nehmen. Exklusivvertrieb: SO.GE.COM Editrice SRL Mailand.

Ausgefüllt werden muss die F.I.M.-Skala in allen 18 items (mit einer FIM-Zahl von 1 bis 7⁵), und zwar für alle Patienten im Alter über 14 Jahren, welche ordentliche Aufenthalte in Abteilungen für Wiederherstellung und funktionelle Rehabilitation und in Neurorehabilitationsabteilungen tätigen, sowohl innerhalb von 72 Stunden ab der Einweisung des Patienten als auch in den 72 Stunden vor der Entlassung.

Kurze Aufenthalte

Bei Aufenthalten, die kürzer dauern als 7 Tage, könnte die Erfüllung des obigen Kriteriums paradoxerweise dazu führen, dass Erhebungen nach der F.I.M.-Skala nach wenigen Stunden wiederholt werden müssten (bei Zugang: 72 Stunden nach der Aufnahme; bei Entlassung: 80 Stunden nach der Aufnahme). Verbesserungen nach der F.I.M.-Bewertung im Abstand von wenigen Stunden feststellen zu wollen, erscheint als nicht sehr sinnvoll. Im Rahmen der Analysen erscheint es daher als angezeigt, solche Fälle auszuklammern.

In der Datenanalyse werden Aufenthalte, die kürzer sind als 7 Tage, ohnehin getrennt ausgewertet.

Ableben während des Krankenhausaufenthalts

Im Falle von verstorbenen Patienten ist es angemessen, die F.I.M. Ergebnisse bei Zugang in der Datenbank zu behalten. Tritt das Ableben des Patienten vor der F.I.M.-Eingabe bei Entlassung ein, erscheint es als nicht zielgerichtet, das F.I.M. Ergebnis nachträglich zu „rekonstruieren“.

Da jedes einzelne Feld der Skala verpflichtend eine Eingabe erfordert, ist es notwendig eine „fiktive“ F.I.M. Wertung zu erstellen und dabei die Punktezahl 1 allen Items zuzuordnen. Wurden die FIM Eingaben bereits vorgenommen, so ist es sinnvoll die F.I.M. Daten bestehen zu lassen.

Die Analyse der Daten, die von Aufenthalten verstorbener Patienten stammen, wird getrennt vorgenommen.

Follow-up Informationen

Die nach Ablauf von drei Monaten nach der Entlassung gewöhnlich vorgesehenen Follow-Up Informationen werden nicht erhoben.

Die Felder „Gehen, Rollstuhl“

Die Funktionsstufen (Items) die mit der Motorik des Patienten zusammenhängen sind:

- Körperpflege (Essen, Körperpflege, Waschen, Ankleiden Oberkörper, Ankleiden Unterkörper, Intimhygiene);
- Kontrolle der Schließmuskeln (Blasenkontrolle, Darmkontrolle);
- Mobilität (Transfer Bett/Stuhl/Rollstuhl, w.c., Badewanne/Dusche);
- Bewegungsfähigkeit (Gehen/Rollstuhlfahren, Treppensteigen).

⁵ Bedeutung der Punktebewertung aufgrund der Functional Independence Measure: 1 (Völlige Unselbständigkeit), 2 (Ausgeprägte Hilfestellung), 3 (Mäßige Hilfestellung), 4 (geringe Hilfestellung), 5 (Beaufsichtigung / Vorbereitung), 6 (Eingeschränkte Selbständigkeit), 7 (Völlige Selbständigkeit).

Gemäß den Instruktionen des F.I.M. Handbuchs ist zu überprüfen, welche die an der häufigsten verwendeten Art der Fortbewegung ist. Der F.I.M.-Bogen erlaubt eine Punkteingabe lediglich für eine der beiden Möglichkeiten, wobei die festgestellte Art der Fortbewegung in die Bewertung des Rehabilitationsprogramms aufgenommen wird. Dies ist besonders dann zu beachten, wenn ein Patient mit dem Rollstuhl zur Aufnahme kommt und es diesem am Ende der Behandlung gelingt zu gehen. In solchen Fällen ist es angezeigt die Verbesserung der Gehfähigkeit zu bewerten und die entsprechenden Punkte sowohl bei Zugang als auch bei Entlassung für das Gehen zu vergeben. Die zweifache Option (Gehen/Rollstuhl) gilt nur als Notiz, und zwar für den Fall, dass beim Zugang ein diesbezüglicher Zweifel aufkommt: Wird es dem Patienten im Laufe des Aufenthalts möglich sein, die dominierende Fortbewegungsart zu ändern? Klarerweise gilt dies für das Ziel des Übergangs vom Rollstuhl zum Gehen. In einem solchen Fall ist es zielgerichtet sowohl beide Optionen anzukreuzen als auch zwei Punktwertungen aufzuzeichnen (als Ausdruck auf Papier: eine für das Gehen und eine für die Fortbewegung im Rollstuhl), um dann die Wertung beizubehalten, die sich auf die Fortbewegungsart bei Entlassung bezieht.

Die Felder des "kognitiven Bereichs"

Die Wertungsmöglichkeiten für die kognitiven Fähigkeiten scheinen willkürlicher festgelegt worden zu sein als die genauer definierten für die motorischen Fähigkeiten. Es sind:

- Kommunikationsfähigkeit (Verstehen, Ausdruck). Laut Hinweisen des Handbuchs F.I.M., muss festgestellt werden, welche die am häufigsten verwendeten Aufnahme- (Hören/Sehen) und Ausdrucksmodalitäten (verbal/nicht verbal) sind. Wenn sie beide gleich verwendet werden, müssen beide miteinbezogen werden;
- Interaktionsfähigkeit (Soziales Verhalten);
- kognitive Fähigkeiten (Problemlösung, Gedächtnis).

51. A. Essen bei Zugang (I A NUT)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

52. B. Körperpflege bei Zugang (I B RASS)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

53. C. Waschen bei Zugang (I C LAV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

54. D. Ankleiden Oberkörper bei Zugang (I D VE S)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

55. E. Ankleiden Unterkörper bei Zugang (I E VE G)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

56. F. Intimhygiene bei Zugang (I F IGIE)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

57. G. Blasenkontrolle bei Zugang (I G VESC)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

58. H. Darmkontrolle bei Zugang (I H ALVO)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

59. I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Zugang (I I LETT)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

60. J. Erreichen des WC bei Zugang (I J WC)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

61. K. Badewanne oder Dusche bei Zugang (I K VASC)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

62. Gehen bei Zugang (I CM)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

63. Rollstuhl bei Zugang (I CR)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

64. L. Gehen, Rollstuhl bei Zugang (I L CAM)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

65. M. Treppensteigen bei Zugang (I M SCA)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

66. Akustisches Begriffsvermögen bei Zugang (I CU)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

67. Visuelles Begriffsvermögen bei Zugang (I CV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

68. N. Begriffsvermögen bei Zugang (I N COMP)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

69. Verbale Ausdrucksfähigkeit bei Zugang (I EV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

70. Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Zugang (I ENV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

71. O. Ausdrucksfähigkeit bei Zugang (I O ESPR)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

72. P. Soziales Verhalten bei Zugang (I P RAP)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

73. Q. Problemlösungsfähigkeit bei Zugang (I Q SOL)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

74. R. Gedächtnis bei Zugang (I R MEMO)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

75. A. Essen bei Entlassung (D A NUT)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

76. B. Körperpflege bei Entlassung (D B RASS)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

77. C. Waschen bei Entlassung (D C LAV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

78. D. Ankleiden Oberkörper bei Entlassung (D D VE S)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

79. E. Ankleiden Unterkörper bei Entlassung (D E VE G)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

80. F. Intimhygiene bei Entlassung (D F IGIE)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

81. G. Blasenkontrolle bei Entlassung (D G VESC)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

82. H. Darmkontrolle bei Entlassung (D H ALVO)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

83. I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Entlassung (D I LETT)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

84. J. Erreichen des WC bei Entlassung (D J WC)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

85. K. Badewanne oder Dusche bei Entlassung (D K VASC)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

86. Gehen bei Entlassung (D CM)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

87. Rollstuhl bei Entlassung (D CR)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

88. L. Gehen, Rollstuhl bei Entlassung (D L CAM)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

89. M. Treppensteigen bei Entlassung (D M SCA)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

90. Akustisches Begriffsvermögen bei Entlassung (D CU)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

91. Visuelles Begriffsvermögen bei Entlassung (D CV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

92. N. Begriffsvermögen bei Entlassung (D N COMP)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

93. Verbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung (D EV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

94. Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung (D ENV)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

95. O. Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung (D O ESPR)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

96. P. Soziales Verhalten bei Entlassung (D P RAP)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

97. Q. Problemlösungsfähigkeit bei Entlassung (D Q SOL)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

98. R. Gedächtnis bei Entlassung (D R MEMO)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

99. F.I.M.-Gesamtpunktezahl bei Zugang (P ING T)

Gesamtpunktezahl bei Zugang aufgrund aller 18 Items der FIM-Skala. (Von der Variablen 51 bis zur Variablen 74 werden folgende Variablen, die der Punktezuordnung dienen, NICHT in die Wertung aufgenommen: 62, 63, 66, 67, 69, 70.)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

100. F.I.M.-Punkte für motorische Fähigkeiten bei Zugang (P ING M)

Punktewertung bei Zugang aufgrund der 13 Items der F.I.M.-Skala, die sich auf die motorischen Fähigkeiten beziehen. (Von der Variablen 51 bis zur Variablen 65 werden folgende Variablen, die der Punktezuordnung dienen, nicht in die Wertung aufgenommen: 62, 63).

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

101. F.I.M.-Punkte für kognitive Fähigkeiten bei Zugang (P ING C)

Punktewertung bei Zugang aufgrund der 5 Items der F.I.M.-Skala, die sich auf die kognitiven Fähigkeiten beziehen. (Von der Variablen 66 bis zur Variablen 74 werden folgende Variablen, die der Punktezuordnung dienen, nicht in die Wertung aufgenommen: 66, 67, 69, 70).

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

102. F.I.M.-Gesamtpunktezahl bei Entlassung (P DIM T)

Punktewertung bei Entlassung aufgrund aller 18 Items der FIM-Skala. (Von der Variablen 75 bis zur Variablen 98 werden folgende Variablen, die der Punktezuordnung dienen, NICHT in die Wertung aufgenommen: 86, 87, 90, 91, 93, 94).

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

103. F.I.M.-Punkte für motorische Fähigkeiten bei Entlassung (P DIM M)

Punktewertung bei Entlassung aufgrund der 13 Items der F.I.M.-Skala, die sich auf die motorischen Fähigkeiten beziehen. (Von der Variablen 75 bis zur Variablen 89 werden folgende Variablen, die der Punktezuordnung dienen nicht in die Wertung aufgenommen: 86, 87).

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

104. F.I.M.-Punkte für kognitive Funktionen bei Entlassung (P DIM C)

Punktewertung bei Entlassung aufgrund der 5 Items, die sich auf die kognitiven Fähigkeiten beziehen. (Folgende Variablen, die der Punktezuordnung dienen, sind von der Wertung ausgeschlossen: 90, 91, 93, 94).

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

105. F.I.M.-Punktedifferenz zwischen Zugang und Entlassung (GAP FIM)

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls "0" eingeben.

106. Anzahl der Aufnahmen im Day-Hospital-Betrieb (GGANNODH)

Diese Information ist nur für die Aufnahmen in den Day-Hospital-Betrieb (Code 2 bei der Variablen (22) „Betriebsart des Aufenthaltes“) erforderlich. Es wird die Gesamtanzahl der Tage angegeben, an denen der Patient, im Laufe ein und desselben Betreuungszyklus, Kontakt mit der aufnehmenden Einrichtung hatte.

Bei Aufenthaltszyklen, die über den 31. Dezember hinausgehen, ist das Entlassungsdatum konventionell der 31. Dezember des jeweiligen Jahres.

Pflichtfeld für den Aufenthalt in der Krankenhausbetriebsart Day-Hospital (Code 2 für die Variable (22) "Betriebsart des Aufenthaltes").

107. Behandlungsverfahren 1, extern erbracht (IEST 1)

Es ist der Code des Verfahrens einzugeben, das außerhalb der Rehabilitationseinrichtung, in welcher der Patient seinen Aufenthalt verbringt, erbracht wird, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifikation (italienische Version der "International Classification of Disease – 9th Revision – Clinical Modification", Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Codes gegenwärtig kürzer sind als 5 Zeichen, sind die verbleibenden Stellen als „Leerzeichen“ einzugeben.

Wie bereits ausgeführt, ist die fachärztliche Leistung im Rahmen des stationären Aufenthalts innerhalb von 24 Stunden zu erbringen, und darf nicht mit einer Übernachtung des Patienten verbunden sein. Die Leistungserbringung hat auf der Grundlage entsprechender Abkommen und Konventionen zu erfolgen.

108. Art der Einrichtung, die das Behandlungsverfahren 1 durchführt (SIEST 1)

Dieses Feld erfordert dann eine Eingabe, wenn ein Behandlungsverfahren (angegeben an der Variablen 107) in einer anderen Einrichtung durchgeführt wird, weil in der Einrichtung,

in welcher der Patient seinen Aufenthalt verbringt, der betreffende fachärztliche Bereich nicht verfügbar ist.

Wie bereits ausgeführt, ist die fachärztliche Leistung im Rahmen des stationären Aufenthalts innerhalb von 24 Stunden zu erbringen, und darf nicht mit einer Übernachtung des Patienten verbunden sein. Die Leistungserbringung hat auf der Grundlage entsprechender Abkommen und Konventionen zu erfolgen.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- 1 = Krankenanstalt des Landes;
- 2 = konventionierte österreichische Krankenanstalt;
- 3 = sonstige Krankenanstalt auf italienischem Gebiet;
- 4 = sonstige ausländische Krankenanstalt.
- 5 = Krankenanstalt in der Autonomen Provinz Trient.

Pflichtfeld bei extern erbrachtem Behandlungsverfahren 1 (IEST_1).

109. Code der Einrichtung, die das Behandlungsverfahren 1 durchführt (CSIEST 1)

In dieses Feld sind dann Eingaben vorzunehmen, wenn das Behandlungsverfahren nicht in der Einrichtung, in welcher der Patient seinen Krankenhausaufenthalt verbringt, sondern in einer anderen Einrichtung des Landes, der Autonomen Provinz Trient oder in einer konventionierten österreichischen Krankenanstalt durchgeführt wird, weil in der ursprünglichen Einrichtung der notwendige fachärztliche Bereich nicht vorhanden ist.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- Code der Krankenanstalt der Autonomen Provinz Bozen Südtirol;
- Code der Krankenanstalt der Autonomen Provinz Trient;
- Code der konventionierten österreichischen Krankenanstalt.

Pflichtfeld bei Behandlungsverfahren 1, die von Einrichtungen des Landes, der Autonomen Provinz Trient oder von konventionierten österreichischen Krankenanstalten durchgeführt werden (Codes 1, 2, 5 an der Variablen (108) "Art der Einrichtung, die Behandlungsverfahren 1 erbringt").

110. Behandlungsverfahren 2, extern erbracht (IEST 2)

Es ist der Code des Verfahrens einzugeben, das außerhalb der Rehabilitationseinrichtung, in welcher der Patient seinen Aufenthalt verbringt, erbracht wird, wobei die vierstelligen Codes der Internationalen Klassifizierung der Krankheiten – Klinische Modifikation (italienische Version der "International Classification of Disease – 9th Revision – Clinical Modification", Version 2007) zu verwenden sind.

Da die Codes gegenwärtig kürzer sind als 5 Zeichen, sind die verbleibenden Stellen als „Leerzeichen“ einzugeben.

Wie bereits ausgeführt, ist die fachärztliche Leistung im Rahmen des stationären Aufenthalts innerhalb von 24 Stunden zu erbringen, und darf nicht mit einer Übernachtung des Patienten

ten verbunden sein. Die Leistungserbringung hat auf der Grundlage entsprechender Abkommen und Konventionen zu erfolgen.

111. Art der Einrichtung, die das Behandlungsverfahren 2 durchführt (SIEST 2)

Dieses Feld erfordert dann eine Eingabe, wenn ein Behandlungsverfahren (angegeben an der Variablen 110) in einer anderen Einrichtung durchgeführt wird, weil in der Einrichtung, in welcher der Patient seinen Aufenthalt verbringt, der betreffende fachärztliche Bereich nicht verfügbar ist.

Wie bereits ausgeführt, ist die fachärztliche Leistung im Rahmen des stationären Aufenthalts innerhalb von 24 Stunden zu erbringen, und darf nicht mit einer Übernachtung des Patienten verbunden sein. Die Leistungserbringung hat auf der Grundlage entsprechender Abkommen und Konventionen zu erfolgen.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- 1 = Krankenanstalt des Landes;
- 2 = konventionierte österreichische Krankenanstalt;
- 3 = sonstige Krankenanstalt auf italienischem Gebiet;
- 4 = sonstige ausländische Krankenanstalt.
- 5 = Krankenanstalt in der Autonomen Provinz Trient.

Pflichtfeld bei extern erbrachtem Behandlungsverfahren 2 (IEST_2).

112. Code der Einrichtung, die das Behandlungsverfahren durchführt 2 (CSIEST 2)

In dieses Feld sind dann Eingaben vorzunehmen, wenn das Behandlungsverfahren nicht in der Einrichtung, in welcher der Patient seinen Krankenhausaufenthalt verbringt, sondern in einer anderen Einrichtung des Landes, der Autonomen Provinz Trient oder in einer konventionierten österreichischen Krankenanstalt durchgeführt wird, weil in der ursprünglichen Einrichtung der notwendige fachärztliche Bereich nicht vorhanden ist.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- Code der Krankenanstalt der Autonomen Provinz Bozen Südtirol;
- Code der Krankenanstalt der Autonomen Provinz Trient;
- Code der konventionierten österreichischen Krankenanstalt.

Pflichtfeld bei Behandlungsverfahren 1, die von Einrichtungen des Landes, der Autonomen Provinz Trient oder von konventionierten österreichischen Krankenanstalten durchgeführt werden (Codes 1, 2, 5 an der Variablen (111) "Art der Einrichtung, die Behandlungsverfahren 2 erbringt").

113. Art des Abgangs/ der Entlassung (MOD DIM)

Die Art des Abgangs/ der Entlassung kennzeichnet die Bestimmung des Patienten, also die eventuelle Fortsetzung der Behandlung in anderen Einrichtungen.

Folgende einstellige Codes sind zu verwenden:

1 = verstorben;

2 = ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause;

3 = ordentliche Entlassung in krankenhausexterne Einrichtungen (Sozio-Sanitäre Pflegeanstalten, Altersheime, Pflegeheime, geschützte Wohnungen, ...);

4 = Entlassung des Patienten nach Hause mit Aktivierung der Hauskrankenpflege;

5 = Entlassung auf eigenen Wunsch (Zu verwenden, wenn der Patient in den Tagesspitalbetrieb aufgenommen wurde und während des geplanten Behandlungszyklus nicht mehr erschienen ist);

6 = Verlegung in eine andere öffentliche oder private Krankenanstalt für Akutkranke;

8 = ordentliche Entlassung in die Abteilungen '56.00', '60.00' oder '60.01' oder '60.02' oder '75.00' innerhalb derselben Einrichtung;

9 = ordentliche Entlassung in die Abteilungen '56.00', '60.00' oder '60.01' oder '60.02' oder '75.00' einer anderen Krankenanstalt;

10 = ordentliche Entlassung in eine krankenhausexterne Rehabilitationseinrichtung zur Hausbetreuung;

11 = ordentliche Entlassung mit Aktivierung der integrierten Hauspflege (geschützte Entlassung);

12 = Verlegung zum Aufenthalt in einer anderen Krankenhausbetriebsart (vom Tagesspital in den ordentlichen Krankenhausbetrieb oder umgekehrt);

Pflichtfeld.

114. Datum und Uhrzeit der Entlassung oder des Ablebens (D DIMOSP)

Das Datum der Entlassung, beziehungsweise des Ablebens, ist immer im Format TTMMJJJJHHMM einzugeben. Bei Aufenthalt im Tagesspitalbetrieb ist das Datum der Entlassung der Tag der letzten Inanspruchnahme der Einrichtung, in deren Rahmen der Behandlungszyklus stattgefunden hat. Geht der Behandlungszyklus im Tagesspital über den 31. Dezember hinaus, so ist das Entlassungsdatum konventionell der 31. Dezember des jeweiligen Jahres.

Pflichtfeld.

115. Obduktionsbefund (R AUTOPT)

Das Stichwort Obduktionsbefund kennzeichnet die Fälle, in denen eine Autopsie vorgenommen wurde.

Der einstellige Code ist freilich nur dann einzugeben, wenn die Entlassungsart „verstorben“ (Code 1 für die Variable (113) „Art des Abgangs/der Entlassung“) lautet, wobei folgende Kodierung einzuhalten ist:

1 = ja, Obduktionsbefund erstellt

2 = nein, kein Obduktionsbefund erstellt

Pflichtfeld bei Ablegen des Patienten (Code 1 für die Variable (113) "Art des Abgangs/der Entlassung").

116. Einweisender Arzt (TIP PROP)

Hier wird die funktionale Zugehörigkeit des einweisenden Arztes eingegeben.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- 1 = Basisarzt;
- 2 = Krankenhausarzt/der Einrichtung des Aufenthaltes;
- 3 = konventionierter Ambulatoriumsfacharzt;
- 4 = Arzt außerhalb der Provinz.

117. Code des einweisenden Arztes (MED PROP)

Hier wird der Code des Basisarztes oder des Ambulatoriumsfacharztes eingegeben, der die Einweisung veranlasst hat.

Für Basisärzte oder Ambulatoriumsfachärzte ist der vierstellige Code der Provinz zur Identifikation des Arztes zu verwenden.

Pflichtfeld für Einweisungen durch den Basisarzt oder durch einen Ambulatoriumsfacharzt (Code 1 o 3 für die Variabel (116) "Typ des einweisenden Arztes").

118. Aufenthaltstage mit abweichender Regelung (GGDEROGA)

Dieses Feld wird in jenen Fällen von Aufenthalten in Abteilungen für post-akute Rehabilitation oder post-akute Langzeitkranke verwendet, in denen eine Abweichung von der Tarifsenkung zulässig ist, die bei diesen Arten des Aufenthalts bei Überschreiten der festgelegten Schwelle eintritt.

Für die Rehabilitation wurden je nach MDC verschiedene Schwellen festgelegt.

So werden bei einem Krankenhausaufenthalt von 75 Tagen in der Abteilung für post-akute Rehabilitation die ersten 60 Tage nach dem vollen Tarif bewertet, während für die folgenden Tage ein verringerter Tarif gilt. Bei Eingabe von „10“ (10 Tage) in dieses Feld, werden die ersten 60 Tage weiterhin zum vollen Tarif berechnet, die darauffolgenden 10 Tage ebenfalls zum vollen Tarif und 5 Tage zum gesenkten Tarif.

Die Anzahl der "Aufenthaltstage mit abweichender Regelung" (der Tage also, für die eine Abweichung von der Tarifsenkung vorgesehen ist), zuzüglich der ersten sechzig Tage sowie weiterer Aufenthaltstage zum reduzierten Tarif, darf nie die Gesamtzahl der Aufenthaltstage eines Patienten übersteigen. Aus diesem Grunde ist folgendes zu beachten:

- die Eingaben in dieses Feld erfordern besondere Sorgfalt;
- ist das Feld nicht richtig ausgefüllt, so werden die Kosten für der Aufenthalt nicht berechnet, und die Unterlagen zur Korrektur an die betreffende Krankenanstalt zurückgesandt.

119. Datum der Vormerkung für den Krankenhausaufenthalt (D PRENOT)

Es der Tag einzugeben, an dem die Vormerkung für den Krankenhausaufenthalt getroffen wurde, oder das Datum ab Bestätigung des Bedürfnisses vom Facharzt der Struktur, und nicht der rein organisatorische zum Zeitpunkt der Bekanntgabe des Termins für den Aufenthalt, wobei das Format TTMMJJJJ (Tag, Monat, Jahr) einzuhalten ist⁶.

Ist ein Pflichtfeld für die nicht dringenden ordentlichen Krankenhausaufenthalte (Code 1 zur Variablen (22) "Art des Krankenhausaufenthalts" und Code 1 oder 5 zur Variable (27) "Art der Aufnahme") und für Tagesklinikaufenthalte (Code 2 zur Variablen (22) "Art des Krankenhausaufenthaltes").

120. Befreiungsart (TP ESENZ)

Dieses Feld ist momentan nicht auszufüllen (Beschluss der L.R. Nr. 2545 vom 14.07.2008)

121. Befreiungscode (CD ESENZ)

Dieses Feld ist momentan nicht auszufüllen (Beschluss der L.R. Nr. 2545 vom 14.07.2008)

122. Betrag der Kostenbeteiligung für den Aufenthalt (I TICKET)

Dieses Feld ist momentan nicht auszufüllen (Beschluss der L.R. Nr. 2545 vom 14.07.2008)

123. Klasse (CLASSE)

Hier wird angezeigt, ob der Patient für hotelmäßige Dienstleistungen eine Aufzahlung zu leisten hat. Die zu leistende Aufzahlung kann sich auf den gesamten Krankenhausaufenthalt beziehen (Klassenunterbringung während des gesamten Aufenthalts), oder lediglich auf einen Teil (wenn nur einige Tage auf Klasse verbracht werden).

1 = ja

2 = nein

Pflichtfeld.

124. Anzahl der Klassentage (GGCLASSE)

Diese Eingabe bezieht sich auf die Gesamtzahl der Tage, an denen der Patient die Klassenunterbringung in Anspruch genommen hat.

Pflichtfeld bei Klassenaufhalten, Code 1 für die Variable (123) "Klasse".

⁶ Gesetz Nr. 724 vom 23.12.1994, Artikel 3, Absatz 8 ... "Im Sinne des garantierten Zugangsrechts, gemäß Gesetz Nr. 241 vom 7. August 1990, sind die Sanitätseinheiten, Krankenanstalten und Sanitätsbetriebe verpflichtet, im Rahmen der persönlichen Haftung des Sanitätsdirektors, das Register der ambulatorischen, fachärztlichen Vormerkungen, der Instrumental- und Labordiagnostik und der ordentlichen Krankenhausaufenthalte zu führen.

- 125. Code des Mitarbeiters, der bei Zugang die Dateneingabe nach der FIM-Skala vornimmt. (INCODCO)**
- 126. Code des Mitarbeiters, der bei Entlassung die Dateneingabe nach der FIM-Skala vornimmt (DICODCO)**

Zur permanenten Überprüfung der F.I.M.-Datenqualität ist es notwendig, den Code des Mitarbeiters einzugeben, der die Daten nach der F.I.M.-Skala eingibt.

Der Code besteht aus einer Abkürzung, die nicht länger sein darf als 4 Zeichen, und dient der einheitlichen Identifizierung des Mitarbeiters, der für die Dateneingabe zuständig ist. Der Code ist sowohl bei der F.I.M.-Dateneingabe bei Zugang als auch bei der F.I.M.-Dateneingabe anlässlich der Entlassung einzugeben.

Ist ein Pflichtfeld für den ordentlichen Krankenhausaufenthalt (cod. 1 zur Variablen (22) "Art des Aufenthaltes") und für Patienten die älter als 14 Jahre sind; andernfalls nicht ausfüllen.

6. AUFGABEN UND HAFTUNG

Eine zufrieden stellende Verwaltung des Informationsverfahrens erfordert eine klare Aufgabenstellung und die Haftung des mit der Erhebung befassten Personals.

Die Kodierung der klinischen Informationen, die in den K.E.B. (Diagnose, Eingriffe, Angabe eines eventuellen Traumas) ist von entsprechend ausgebildeten medizinischen Personals vorzunehmen, wobei unbedingt sowohl die Reihenfolge als auch der Inhalt entsprechend den Formulierungen im K.E.B. einzuhalten sind.

Die Führung, Koordinierung und Supervision der Tätigkeiten ist Aufgabe der Sanitätskoordinatoren des Gesundheitsbezirkes. Die Aufgaben bestehen in:

- Kontrolle der gesammelten Daten;
- Sicherung einer möglichst hohen Qualität der Dateneingabe und der Datenkodierung zur Erstellung des Entlassungsbogens;
- Überwachung der Übereinstimmung zwischen Informationsfluss und Direktiven der Provinz;
- Schulung des mit der Kodierung befassten Personals;
- Die Ärzte über das Informationspotential nosologischer Daten nach dem neuesten Stand informieren, um die Verwendung der Daten zu fördern;
- Für die regelmäßige Überarbeitung der Direktiven Provinz sorgen.

Jeder K.E.B.-F.I.M.-Bogen muss die Unterschrift des für die Versorgungseinheit verantwortlichen Arztes und des behandelnden Abteilungsarztes aufweisen.

Der für die Entlassung aus der Versorgungseinheit verantwortliche Arzt, der vom verantwortlichen Leiter der Versorgungseinheit zu benennen ist, haftet für die richtige Eingabe der klinischen Informationen (Diagnosen, Eingriffe, Einschränkung, F.I.M.-Punktwertung) in den K.E.B.-F.I.M. sowie für die Speicherung der patientenbezogenen administrativen Informationen, wobei die in den vorliegenden Leitlinien enthaltenen Instruktionen einzuhalten sind. Der verantwortliche Arzt ist angehalten, seine Unterschrift auf den K.E.B.-F.I.M. zu setzen.

Jeder verantwortliche Leiter einer Versorgungseinheit oder leitende Arzt einer Privatklinik (Beschluss Nr. 7963 vom 17.12.1990, Artikel 27) haftet für die Richtigkeit der Eingaben in den Entlassungsbogen.

Der verantwortliche Leiter einer Versorgungseinheit oder einer seiner Vertreter hat mit der Sanitätsdirektion Kontakt zu halten und dafür zu sorgen, dass die Daten zweckentsprechend verwendet werden.

7. FESTLEGUNG DER DIAGNOSEN, CHIRURGISCHEN EINGRIFFE UND BEHANDLUNGSVERFAHREN

7.1. KODIERUNGSSYSTEM

Die Kodierung der Diagnosen und der Eingriffe muss mit der Verwendung der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – klinischen Veränderung erfolgen (italienische Version der "International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification", Version 2007).

Die Auswahl der Codes muss aufgrund der Kodierungsregeln und der Diagnosen der Eingriffe erfolgen, die in den Richtlinien für die Auswahl und Kodifizierung der Diagnosen, chirurgischen Eingriffe und der diagnostischen und therapeutischen Verfahren enthalten sind und regelmäßig von der "Arbeitsgruppe K.E.B."⁷ ajouriert werden. Bei der Ausarbeitung der Richtlinien wurden die bereits verwirklichten Erfahrungen auf nationaler Ebene berücksichtigt.

Deshalb darf die Auswahl der Codes auf keinem Fall aufgrund der Schemas, persönlichen Aufzeichnungen, Zusammenfassungen und "Kurzanleitungen der Abteilung" erfolgen.

7.2. DIAGNOSEN UND CHIRURGISCHE EINGRIFFE/ BEHANDLUNGSVERFAHREN

Primärdiagnose

Die Primärdiagnose entspricht dem Krankheitsbild das, aufgrund der durchgeführten Abklärung, für den Aufenthalt im Krankenhaus ausschlaggebend ist. Es ist die Erkrankung, die im Verlaufe des Krankenhausaufenthalts den größten Behandlungsaufwand erfordert und den größten Anteil am Verbrauch diagnostischer und therapeutischer Ressourcen verursacht hat.

Sekundärdiagnosen

Der entlassende Arzt ist verpflichtet, außer der Primärdiagnose, die Sekundärdiagnosen (maximal 5) bei Entlassung aus dem Krankenhaus anzugeben, die, von den vorhandenen Diagnosen, die stärksten Auswirkungen auf den Behandlungsaufwand und die Komplexität der Behandlung im Rahmen des gesamten Krankenhausaufenthalts hatten.

Primärer chirurgischer Eingriff (oder Behandlungsverfahren)

Der primäre chirurgische Eingriff ist jener, der die größte Relevanz in Zusammenhang mit der Primärdiagnose bei der Entlassung aus dem Krankenhaus hat und sich, im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts, am stärksten auf den Behandlungsaufwand und den Res-

⁷ Im September 2009 wurde die fünfte Version veröffentlicht.

sourcesverbrauch (Benützung des Operationssaals, Anästhesiearzt, Operationsteam usw.) ausgewirkt hat.

Sekundäre chirurgische Eingriffe/Behandlungsverfahren

Außer dem primären chirurgischen Eingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus, sind die wichtigsten Sekundär Diagnosen und/oder diagnostisch-therapeutische Verfahren anzugeben, denen der Patient im Laufe des Krankenhausaufenthalts unterzogen wurde.

8. DATENÜBERMITTLUNG

8.1. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS LAND

Alle Daten eines jeden Krankenhausaufenthaltes müssen an die Südtiroler Informatik AG laut beschriebenen Datensatz gesandt werden, damit die Daten kontrolliert werden können. Die an die Südtiroler Informatik AG zu versendenden Daten müssen in zwei getrennten Archiven gehalten werden: das erste enthält die meldeamtlichen Daten, das zweite die klinischen Daten (siehe Anlage 1). Die Verbindung der zwei Archive wird durch Schlüsselvariablen gewährleistet, und zwar durch den nosographischen Code, dem Code der Einrichtung, die Nummer des Erhebungsbogens der Abteilung und dem individuellen sanitären Code. Die Daten werden, bevor sie in die Landesdatenbank geladen werden, einem Kontrollverfahren unterzogen. Die falschen Daten werden solange nicht in die Landesdatenbank heruntergeladen, bis sie nicht vom Sanitätsbetrieb korrigiert werden.

Es gelten die Daten, die von den Sanitätsbetrieben oder den Privatkliniken zuletzt übermittelt werden.

In Bezug auf das Rundschreiben des Gesundheitsministers Prot. 18547 vom 03.06.2010, wird festgelegt:

Zusendungstermine der K.E.B.:

- **Januar: innerhalb 5. März des laufenden Jahres;**
- **Februar: innerhalb 5. April des laufenden Jahres;**
- **März: innerhalb 5. Mai des laufenden Jahres;**
- **April: innerhalb 5. Juni des laufenden Jahres;**
- **Mai: innerhalb 5. Juli des laufenden Jahres;**
- **Juni: innerhalb 5. August des laufenden Jahres;**
- **Juli: innerhalb 5. September des laufenden Jahres;**
- **August: innerhalb 5. Oktober des laufenden Jahres;**
- **September: innerhalb 5. November des laufenden Jahres;**
- **Oktober: innerhalb 5. Dezember des laufenden Jahres;**
- **November und Dezember: innerhalb 20. Januar des folgenden Jahres.**

Der Abschluss der Krankengeschichte und des zugehörigen Entlassungsbogens hat umgehend und keinesfalls innerhalb die festgelegten Zusendungstermine erfolgen.

Wenn ein Aufenthaltsdatum nach dem zulässigen Termin eintrifft:

- Wird eine Mitteilung durch einen Fehlercode gegeben
- Kommt der Aufenthalt nicht mehr in die Landesdatenbank KEB, mit der Konsequenz,

dass er nicht mehr für die Berechnung des Ticket Höchstbetrages herangezogen wird;

- Wird auch für die Berechnung der Mobilität nicht berücksichtigt.

Gültig bleiben die Bestimmungen eventuelle Korrekturen an den Daten zu übermitteln, auch nach dem Termin.

Die Gesundheitsbezirke müssen immer und auf alle Fälle alle Daten senden, auch nach dem Termin. Dies zum Zweck der Kontrolle und Überwachung eventueller Uneinstimmigkeiten zwischen den Archiven des Landes und des Sanitätsbetriebes.

Die Privatkliniken müssen der Leistungsabteilung des eigenen Gesundheitsbezirkes die Daten der Tätigkeiten übermitteln, die bereits das dafür vorgesehene formale Kontrollverfahren durchlaufen haben.

8.2. DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM

Die Provinz übermittelt dem Gesundheitsministerium, Department für Programmierung, gemäß den Modalitäten und vereinbarten Zeiten bezüglich dem nationalen Gesundheitssystem, eine Reihe von Informationen (siehe Anlage 2), die den Informationsbedarf auf zentraler Ebene decken, wobei sie sich an die Hinweise der beiliegenden technischen Bestimmung des D.M. 380 hält.

9. KONTROLLSYSTEM

Die Daten des Entlassungsbogens der Krankenhäuser werden nicht nur zu statistischen und epidemiologischen Zwecken, sondern auch für wirtschaftliche Belange verwendet. Es ist daher besonders wichtig über eine präzise funktionierende Kontrolle der Qualität und Vollständigkeit der Daten zu verfügen, um nicht klassifizierbare oder mangelhaft beschriebene Fälle zu vermeiden.

Jeder Sanitätsbetrieb ist verpflichtet gemäß den neuen Verfügungen ein automatisches Kontrollsystem zu implementieren und auf den letzten Stand zu bringen.

Die Provinz prüft die Vollständigkeit, Übereinstimmung und Genauigkeit der in den Entlassungsbogen eingegebenen Daten. Dies erfolgt mit Hilfe des automatischen Kontrollverfahrens. Darüber hinaus wird überprüft, ob die Kodierung der Daten den Kodierungsregeln der Provinz entspricht.

10. FESTSETZUNG DER TARIFE FÜR DEN AUFENTHALT

Die Kosten für Krankenhausaufenthalte von Patienten, die aus der Abteilung für post-akute Rehabilitation ("56.00") entlassen werden, sind aufgrund der entsprechenden Tarife pro Aufenthaltstag zu erstatten. Die Aufenthaltstage werden nach diagnostischen Hauptkategorien (MDC) auf der Grundlage der organisatorischen und funktionalen Komplexität, der die Leistung erbringenden Einrichtungen unterschieden, so wie gesetzlich vorgesehen.

Den Aufhalten mit dem Abteilungscode = "56.00" wird, sobald die entsprechende MDC festgestellt ist, der zu anzuwendende Tarif nachfolgendem Algorithmus zugeordnet:

Tarif für den Krankenhausaufenthalt = (Aufenthaltstage \leq Grenzwert) * (Tarif der MDC, der der Aufenthalt zugeordnet ist) + (eventuell Anzahl der Aufenthaltstage über der Grenzwert) * (dem entsprechenden verringerten Tarif)

Handelt es sich um Aufenthaltstage mit abweichender Regelung, so ist folgende Kalkulation durchzuführen⁸:

Tarif für den Krankenhausaufenthalt = (Aufenthaltstage \leq Grenzwert) * (Tarif der MDC, der der Aufenthalt zugeordnet ist) + (eventuell Anzahl der Aufenthaltstage mit abweichender Regelung über der Grenzwert) * (Tarif der MDC, der der Aufenthalt zugeordnet ist) + (eventuell verbleibende Aufenthaltstage ohne abweichende Regelung über der Grenzwert) * (dem entsprechenden verringerten Tarif)

Post-akute Rehabilitationsaufenthalte im Day-Hospital-Betrieb werden mit einem mittleren Tarif pro einzelne Aufnahme erstattet, der 80% des Tarifs für den ordentlichen Aufenthalt beträgt.

Die Krankenhausaufenthalte von Patienten, die von der Abteilung Neurorehabilitation '75.00' entlassen wurden, werden laut eigenen Tarifen pro Aufenthaltstag abgerechnet, so wie gesetzlich vorgesehen.

Den Aufhalten mit dem Abteilungscode = '75.00', wird daher der Tarif laut folgendem Algorithmus zugeordnet:

Tarif des Krankenhausaufenthaltes = (Aufenthaltstage) * (entsprechender Tagestarif)

⁸ Aufenthaltstage für die eine Abweichung von der Tarifreduzierung vorgesehen ist.

Die Aufenthalte der Neurorehabilitation in der Tagesklinik werden mit einem Tarif pro Zugang verrechnet.

11. MOBILITÄT IM GESUNDHEITSDIENST

Auf Landesebene wurde ein Informationssystem zur Verwaltung der Daten eingeführt, die sich auf die aktive und passive interregionale Mobilität im Bereich der Krankenhausaufenthalte beziehen.

Die aktive Mobilität im Gesundheitswesen betrifft Patienten, die ihren Wohnsitz in Italien, aber außerhalb der Autonomen Provinz haben und die von öffentlichen Einrichtungen oder von privaten, akkreditierten Krankenanstalten des Landes aufgenommen werden. Die passive Mobilität entsteht hingegen durch die Aufnahme von Patienten, die ihren Wohnsitz in der Provinz haben und die von öffentlichen Einrichtungen oder von akkreditierten, privaten Krankenanstalten im Rest von Italien aufgenommen werden.

Das K.E.B.-F.I.M.-Landesarchiv wird unaufschiebbar am 5. April des Folgejahres geschlossen.

Im Sinne der Mobilität im Gesundheitswesen werden nur die bis zu diesem Datum vollständig und richtig erhobenen Aufenthalte tariflich behandelt.

Anschließend werden die Datensätze, die nicht ansässige Patienten betreffen, herausgenommen und entsprechend dem von der Staat-Regionen-Konferenz festgelegten Datensatzformat für die Mobilität im Gesundheitsdienst verarbeitet.

Im Rahmen der passiven Mobilität im Gesundheitsdienst übermitteln die Regionen die Aufenthaltsdaten der in der Provinz ansässigen Patienten, die von Krankenanstalten im übrigen Italien aufgenommen worden waren. Diese Daten werden im Landesarchiv gespeichert und durchlaufen eine Reihe von Kontrollen, die einerseits dazu dienen, den versorgten Patienten zu identifizieren, es andererseits aber auch ermöglichen, Fehler zu finden, die im Rahmen der Staat-Regionen-Konferenz zu beanstanden sind.

12. DATENVERWENDUNG UND INDIKATORENSYSTEM

Die Provinz, die Sanitätsbetriebe und die öffentlichen und privaten Krankenanstalten dürfen, die mit Hilfe des Entlassungsbogens ermittelten Daten und die Verwertungsergebnisse nur anonym verwenden. Bei der Datenverarbeitung und Zusammenführung von Daten muss die Einhaltung der Bestimmungen zum Schutz persönlicher Daten gewährleistet sein.

ANLAGEN

Anlage 1: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS LAND

**Anlage 2: DATENÜBERMITTLUNG VON DER AUTONOMEN PROVINZ AN DAS
GESUNDHEITSMINISTERIUM**

Anlage 3: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT

**Anlage 4: FAKSIMILE DES AUF PAPIER AUSGEDRUCKTEN ENTLASSUNGS-
BOGENS**

ANLAGE 1: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS LAND

Datensatz für die Datenübermittlung an die Provinz – meldeamtliche Informationen (ARCHIV 1)

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zu-ge-las-se-ner Wert	Hinweise
1	ISTITUTO	Sanitätsbetrieb u. Krankenhaus	AN	8	1	8	NN		MD 19/3/88, MD 6/9/88; MD 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
2	NOSOGRAF	Nosographische Nummer	AN	10	9	18	NN		JJJJ+NNNNNN
3	COG	Familiename	AN	30	19	48	NN		
4	NOME	Name	AN	20	49	68	NN		
5	NOMEA	Angenommener Familienname	AN	20	69	88			
6	SESSO	Geschlecht	AN	1	89	89	NN	1, 2	1 = männlich 2 = weiblich
7	DNASCITA	Geburtsdatum	Datum	8	90	97	NN		TTMMJJJJ
8	COM_NASC	Geburtsort	AN	6	98	103	NN		ISTAT-Gemeindecode (i.e. Bozen =021008) Unbekannte Gemeinde Italien: 999997 Unbekannter Ausländer und Land: 999998 Unbekannter: 999999
9	S_CIVILE	Familienstand	AN	1	104	104	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = ledig 2 = verheiratet 3 = getrennt lebend 4 = geschieden 5 = verwitwet 6 = nicht bekanntgegeben
10	COM_RES	Wohnsitz	AN	6	105	110	NN		ISTAT-Gemeindecode (i.e. Bozen =021008) Für Ausland 999+Landescode Ausländer Unbekannte Gemeinde Italien: 999997 Land unbekannt 999998 Wenn unbekannt oder ohne festen Wohnsitz 999999 Für Neugeborene ist d. Wohnsitzgemeinde der Mutter anzugeben, wobei die Bestimmungen d. Gesetzes Nr. 127 v. 15. Mai 1997 zu beachten sind.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zu-ge-las-se-ner Wert	Hinweise
11	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	3	111	113	NN		Codes des Innenministeriums (i.e. 100=Italia) Staatenlose = 999; unbekannt =998 anonym = 998
12	LIBRETTO	Persönlicher Sanitätscode	AN	16	114	129			Für die beim Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürger besteht der Code aus der Nummer des Gesundheitsausweises, und zwar der Teil, der zwischen den beiden Schrägstrichen (Symbol "/") steht; die letzten beiden Ziffern, die das Geburtsdatum darstellen, werden ausgeschlossen. Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst gemeldet, wird der Sanitätscode mit Hilfe eines automatischen Berechnungsverfahrens ermittelt, das dem Patienten auf der Grundlage der Daten zu seiner Person einen eindeutigen Code zuteilt. Bei Patienten, die im Sinne des Gesetzes anonym bleiben wollen, wird ein fiktiver Code generiert. Links ausgerichtet

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zu-ge-las-se-ner Wert	Hinweise
13	FISCALE	Steuernummer	AN	16	130	145			Code des Finanzministeriums Für Ausländer, die die gesetzlichen Voraussetzungen für Einreise und Aufenthalt in Italien nicht erfüllen, ist der sechzehnstellige Regionalcode unter der Abkürzung STP Nicht auszufüllen für nicht ansässige Ausländer, gesunde Neugeborene und anonyme Personen Links ausgerichtet
14	REG_RES	Wohnsitzregion	AN	3	146	148	NN		Für im Ausland wohnhafte Ausländer der Landescode Wenn unbekannt = 999 Codes MD 17/09/86 Codes des Innenministeriums für ausländ. Staaten
15	ASL_RES	Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Ansässigkeit	AN	3	149	151			Das Feld ist obligatorisch bei Wohnsitz Italien Für Patienten mit unbekannter Ansässigkeitsgemeinde oder anonyme Person: 999 Falls unbekannt oder Ausland = 999
16	REG_ASS	Versorgungsregion	AN	3	152	154			Codes MD 17/09/86 Nicht auszufüllen für im Ausland Ansässige Falls unbekannt = 999 Wenn in Italien ansässig, aber im Ausland versichert = 999
17	ASL_ASS	Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Einschreibung	AN	3	155	157			Wenn in Italien ansässig, aber im Ausland versichert = 997 Codes MD 17/09/86
18	RES_EST	Wohnsitz im Ausland	AN	25	158	182			Wohnsitz im Ausland
19	CAS_EST	Ausländische Krankenkasse	AN	40	183	222			Ausländische Krankenkasse
20	I_CASEST	Adr. d. ausländ. Krankenkasse	AN	40	223	262			Adr. d. ausländ. Krankenkasse
21	C_CASEST	PLZ d. ausländ. Krankenkasse	AN	10	263	272			PLZ d. ausländ. Krankenkasse

**Datensatz für die Datenübermittlung an die Provinz – klinische Informationen
(ARCHIV 2)**

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
1	ISTITUTO	Sanitätsbetrieb u. Krankenhaus	AN	8	1	8	NN		MD 19/3/88, MD 6/9/88; MD 23/12/96 (i.e. BZ = 041001)
2	NOSOGRAF	Nosographische Nummer	AN	10	9	18	NN		JJJJ+NNNNNN
22	REGRIC	Betriebsart d. Aufenthalts	AN	1	19	19	NN	1, 2	1 = ordentlich 2 = Day-Hospital
23	REP_DIM	Aufnehmende / entlassende Versorgungseinheit	AN	4	20	23	NN	5600, 7500	MD 19/3/88
24	D_RICO	Datum u. Uhrzeit d. Aufnahme	Datum	12	24	35	NN		TTMMJJJJHHMM
25	ONER_DEG	Kostenträger d. Aufenthalts	AN	1	36	36	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, A	1 = NGD 2 = NGD+Diff. 3 = Rückerstattung 4 = Selbstzahler 5 = Freiberufler 6 = Freiberufler + Diff. 7 = Ausländer aus konv. Staaten 8 = Ausländer + Mittellosigkeitsbescheinigung 9 = sonstige A = Innenministerium

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
26	PROVENIE	Herkunft	AN	1	37	37	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 0, S, O, A	<p>1 = Aufnahme bei Geburt</p> <p>2 = Erste Hilfe</p> <p>3 = Patient auf Vorschlag eines Arztes in die Pflegeeinrichtung eingewiesen</p> <p>4 = vorher geplante Aufnahme durch dieselbe Pflegeeinrichtung</p> <p>5 = Verlegung eines Patienten aus einer öffentlichen Pflegeeinrichtung</p> <p>6 = Verlegung eines Patienten aus einer akkreditierten privaten Pflegeeinrichtung</p> <p>7 = Verlegung eines Patienten aus einer nicht akkreditierten privaten Pflegeeinrichtung</p> <p>8 = Verlegung eines Patienten aus einer anderen Versorgungsart (akut, Rehabilitation, Langzeitpflege) oder aus einem anderen Aufenthaltsbetrieb (Day-Hospital oder ordentliche Aufnahme) in dieselbe Pflegeeinrichtung</p> <p>9 = Strafanstalt</p> <p>0 = Patient aus einer teilstationären Einrichtung des Territoriums (beispielsweise: sozialpflegerische Wohnheime, Hospiz, psychiatrische Anstalten, Reha-Anstalten nach Art. 26 Gesetz 833/1978)</p> <p>S = Patient, der eine Pflegeeinrichtung ohne Einlieferungsvorschlag seitens eines Arztes und ohne von der Ersten Hilfe zu kommen aufsucht</p> <p>O = Herkunft OBI</p> <p>A = Sonstiges</p>

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
27	TIPO_RIC	Art der Aufnahme	AN	1	38	38	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = geplant, keine Not- aufnahme 2 = Notaufnahme, 3 = TSO 4 = TSV 5 = geplant + vorher- geg. Aufenth. 6 = gesundes Neugebo- renes
28	T_RIC_R	Art d. Rehabilita- tionsaufenthalts	AN	1	39	39	NN	1, 2, 3	1 = Postakut 2 = Erhaltung 3 = Bewertung
29	MOTIV_DH	Grund f. d. Auf- nahme in d. Day- Hospital-Betrieb	AN	1	40	40		1, 2, 3, 4	Obligatorisch wenn REGRIC = 2: 1 = diagnostisch 2 = chirurgisch 3 = therapeutisch 4 = rehabilitativ
30	GGPERM	Genehmigte Ab- wesenheitstage	N	2	41	42			
31	DIAG_REP	Code d. Primär- diagnose	AN	5	43	47	NN		(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
32	C_DIAG1	Code d. Sekun- därdiagnose 1	AN	5	48	52			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
33	C_DIAG2	Code d. Sekun- därdiagnose 2	AN	5	53	57			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
34	C_DIAG3	Code d. Sekun- därdiagnose 3	AN	5	58	62			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
35	C_DIAG4	Code d. Sekun- därdiagnose 4	AN	5	63	67			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
36	C_DIAG5	Code d. Sekun- därdiagnose 5	AN	5	68	72			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
37	DINTCP_R	Datum d. chirurg. Primäreingriffs	Da- tum	8	73	80			TTMMJJJJ
38	CINTCP_R	Code d. chirurg. Primäreingriffs	AN	5	81	85			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
39	DINTC1_R	Datum d. sekund. chirur. Eingriffs 1 d. Abt.	Da- tum	8	86	93			TTMMJJJJ
40	CINTC1_R	Code d. sekund. chirur. Eingriffs 1 d. Abt.	AN	5	94	98			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
41	DINTC2_R	Datum d. sekund. chir. Eingriffs 2 d. Abt.	Da- tum	8	99	106			TTMMJJJJ
42	CINTC2_R	Code d. sekund. chir. Eingriffs 2 d. Abt.	AN	5	107	111			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
43	DINTC3_R	Datum d. sekund. chir. Eingriffs 3 d. Abt.	Da- tum	8	112	119			TTMMJJJJ
44	CINTC3_R	Code d. sekund. chir. Eingriffs 3 d. Abt.	AN	5	120	124			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
45	DINTC4_R	Datum d. sekund. chirurg. Eingriffs 4 d. Abt.	Da- tum	8	125	132			TTMMJJJJ
46	CINTC4_R	Cod. sekund. chir. Eingriff 4 d. Abt.	AN	5	133	137			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
47	DINTC5_R	Datum d. sekund. chir. Eingriffs 5 d. Abt.	Da- tum	8	138	145			TTMMJJJJ
48	CINTC5_R	Code d. sekund. chir. Eingriffs 5 d. Abt.	AN	5	146	150			(Siehe Tabelle Codes ICD9CM) Links ausgerichtet
49	COD_MEN	Code d. Einschränkung gemäß F.I.M. Handbuch	AN	7	151	157	NN		
50	DATA_INS	Datum d. Eintritts der Einschränkung	data	8	158	165	NN		TTMMJJJJ
51	I_A_NUT	A. Essen bei Zugang	AN	1	166	166	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
52	I_B_RASS	B. Körperpflege bei Zugang	AN	1	167	167	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
53	I_C_LAV	C. Waschen bei Zugang	AN	1	168	168	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
54	I_D_VE_S	D. Ankleiden Oberkörper bei Zugang	AN	1	169	169	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
55	I_E_VE_G	E. Ankleiden Unterkörper bei Zugang	AN	1	170	170	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
56	I_F_IGIE	F. Intimpflege bei Zugang	AN	1	171	171	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
57	I_G_VESC	G. Blasenkontrolle bei Zugang	AN	1	172	172	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
58	I_H_ALVO	H. Darmkontrolle bei Zugang	AN	1	173	173	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
59	I_I_LETT	I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Zugang	AN	1	174	174	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
60	I_J_WC	J. Erreichen des W.C. bei Zugang	AN	1	175	175	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
61	I_K_VASC	K. Badewanne oder Dusche bei Zugang	AN	1	176	176	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
62	I_CM	Gehen bei Zu- gang	AN	1	177	177	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" einge- ben.
63	I_CR	Rollstuhl bei Zu- gang	AN	1	178	178	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" einge- ben.
64	I_L_CAM	L. Gehen, Roll- stuhl bei Zugang	AN	1	179	179	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
65	I_M_SCA	M. Treppenstei- gen bei Zugang	AN	1	180	180	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
66	I_CU	Akustisches Be- griffsvermögen bei Zugang	AN	1	181	181	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" einge- ben.
67	I_CV	Visuelles Be- griffsvermögen bei Zugang	AN	1	182	182	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" einge- ben.
68	I_N_COMP	N. Begriffsvermö- gen bei Zugang	AN	1	183	183	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
69	I_EV	Verbaler Aus- druck bei Zugang	AN	1	184	184	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" einge- ben.
70	I_ENV	Nonverbale Au- sdrucksfähigkeit bei Zugang	AN	1	185	185	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" einge- ben.
71	I_O_ESPR	O. Ausdrucksfä- higkeit bei Zu- gang	AN	1	186	186	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
72	I_P_RAP	P. Soziales Ver- halten bei Zugang	AN	1	187	187	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
73	I_Q_SOL	Q. Problemlö- sungs-fähigkeit bei Zugang	AN	1	188	188	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
74	I_R_MEMO	R. Gedächtnis bei Zugang	AN	1	189	189	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
75	D_A_NUT	A. Essen bei Ent- lassung	AN	1	190	190	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.
76	D_B_RASS	B. Körperpflege bei Entlassung	AN	1	191	191	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" einge- ben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
77	D_C_LAV	C. Waschen bei Entlassung	AN	1	192	192	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
78	D_D_VE_S	D. Ankleiden Oberkörper bei Entlassung	AN	1	193	193	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
79	D_E_VE_G	E. Ankleiden Unterkörper bei Entlassung	AN	1	194	194	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
80	D_F_IGIE	F. Intimpflege bei Entlassung	AN	1	195	195	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
81	D_G_VESC	G. Blasenkontrolle bei Entlassung	AN	1	196	196	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
82	D_H_ALVO	H. Darmkontrolle bei Entlassung	AN	1	197	197	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
83	D_I_LETT	I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Entlassung	AN	1	198	198	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
84	D_J_WC	J. Erreichen des W.C. bei Entlassung	AN	1	199	199	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
85	D_K_VASC	K. Badewanne oder Dusche bei Entlassung	AN	1	200	200	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
86	D_CM	Gehen bei Entlassung	AN	1	201	201	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" eingeben.
87	D_CR	Rollstuhl bei Entlassung	AN	1	202	202	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" eingeben.
88	D_L_CAM	L. Gehen, Rollstuhl bei Entlassung	AN	1	203	203	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
89	D_M_SCA	M. Treppensteigen bei Entlassung	AN	1	204	204	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
90	D_CU	Akustisches Begriffsvermögen bei Entlassung	AN	1	205	205	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" eingeben.
91	D_CV	Visuelles Begriffsvermögen bei Entlassung	AN	1	206	206	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" eingeben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
92	D_N_COMP	N. Begriffsvermögen bei Entlassung	AN	1	207	207	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
93	D_EV	Verbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung	AN	1	208	208	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" eingeben.
94	D_ENV	Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung	AN	1	209	209	NN	0, 1	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre 1 = ja 0 = nein Andernfalls "0" eingeben.
95	D_O_ESPR	O. Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung	AN	1	210	210	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
96	D_P_RAP	P. Soziales Verhalten bei Entlassung	AN	1	211	211	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
97	D_Q_SOL	Q. Problemlösungs-fähigkeit bei Entlassung	AN	1	212	212	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.
98	D_R_MEMO	R. Gedächtnis bei Entlassung	AN	1	213	213	NN	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre F.I.M.-Stufen Andernfalls "0" eingeben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
99	P_ING_T	FIM- Gesamtpunkte- zahl bei Zugang	N	3	214	216	NN	0, Von 18 a 126	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Summe der Punkte A – R bei Zugang (von Nr. 51 bis Nr. 74, wobei Nr. 62, Nr. 63, Nr. 66, Nr. 67, Nr. 69 u. Nr. 70 nicht be- rücksichtigt werden) Andernfalls "0" einge- ben.
100	P_ING_M	FIM-Punkte, mo- torisch, bei Zu- gang	N	2	217	218	NN	0, Von 13 a 91	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Summe der Punkte A - M bei Zugang (von Nr. 51 bis Nr. 65, wobei Nr. 62 u. Nr. 63 nicht be- rücksichtigt werden) Andernfalls "0" einge- ben.
101	P_ING_C	FIM-Punkte, kog- nitiv, bei Zugang	N	2	219	220	NN	0, Von 5 a 35	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Summe der Punkte N - R bei Zugang (von Nr. 66 bis Nr. 74, wobei Nr. 66, Nr. 67, Nr. 69 u. Nr. 70 nicht berücksichtigt werden) Andernfalls "0" einge- ben.
102	P_DIM_T	FIM- Gesamtpunkte- zahl bei Entlas- sung	N	3	221	223	NN	0, Von 18 a 126	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Summe der Punkte A - R bei Entlassung (von Nr. 75 bis Nr. 98, wobei Nr. 86, Nr. 87, Nr. 90, Nr. 91, Nr. 93 u. Nr. 94 nicht be- rücksichtigt werden) Andernfalls "0" einge- ben.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
103	P_DIM_M	FIM-Punkte, mo- torischer Bereich, bei Entlassung	N	2	224	225	NN	0, Von 13 a 91	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Summe der Punkte A - M bei Entlassung (von Nr. 75 bis Nr. 89, wobei Nr. 86 u. Nr. 87 nicht be- rücksichtigt werden) Andernfalls "0" einge- ben.
104	P_DIM_C	FIM-Punkte, kog- nitiver Bereich, bei Entlassung	N	2	226	227	NN	0, Von 5 a 35	Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Summe der Punkte N - R bei Entlassung (von Nr. 90 bis Nr. 98, wobei Nr. 90, Nr. 91, Nr. 93 u. Nr. 94 nicht berücksichtigt werden) Andernfalls "0" einge- ben.
105	GAP_FIM	FIM- Punktedifferenz zwischen Zugang u. Entlassung	N	3	228	230	NN		Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre
106	GGANNODH	Gesamtzahl d. Einzelaufnahmen im Day-Hospital	N	3	231	233			Obligatorisch für RE- GRIC=2
107	IEST_1	Verfahren 1, ex- tern erbracht	AN	5	234	238			(Siehe Tabelle der ICD9CM Codes)
108	SIEST_1	Art der Einrich- tung, die Verfah- ren 1 erbringt.	AN	1	239	239		1, 2, 3, 4, 5	1 =Einrichtung des Lan- des (Aut. Prov.BZ) 2 =Österreichische Ein- richtung 3 =Sonstige Einrichtung auf italienischem Ge- biet 4 = Sonstige ausländi- sche Einrichtung 5 = Einrichtung der Aut.Prov. TN
109	CSIEST_1	Code der Einrich- tung, die Verfah- ren 1 erbringt.	AN	8	240	247			Obligatorisch bei SIEST_1 = 1, 2, 5
110	IEST_2	Verfahren 2, ex- tern erbracht	AN	5	248	252			(Siehe Tabelle der ICD9CM Codes)

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
111	SIEST_2	Art der Einrichtung, die Verfahren 2 erbringt.	AN	1	253	253		1, 2, 3, 4, 5	1 =Einrichtung des Landes (Aut. Prov.BZ) 2 =Österreichische Einrichtung 3 =Sonstige Einrichtung auf italienischem Gebiet 4 = Sonstige ausländische Einrichtung 5 = Einrichtung der Aut.Prov. TN
112	CSIEST_2	Code der Einrichtung, die Verfahren 2 erbringt.	AN	8	254	261			Obligatorisch bei SIEST_2=1, 2, 5
113	MOD_DIM	Arten f. d. Abgang / die Entlassung	AN	2	262	263	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12	1 = verstorben 2 = nach Hause 3 = Altersheim, Pflegestätte od. Soziosanitäre Einrichtung 4 = Aktiv. d. Hauskrankenpfl. 5 = freiwillig 6 = Verlegung in and. Einr. 8 = Abt.56.00, 60.00, 60.01, 60.02, 75.00 in derselben Einricht. 9 = Abt.56.00, 60.00, 60.01, 60.02, 75.00 in einer anderen Einr. 10 = Entlassung in ext. Reha-Einrichtung.. 11 = Entl. u. Aktivierung d. integrierten Hauspfl., (geschützte Entlassung) 12 = in andere Betriebsart
114	D_DIMOSP	Datum u. Uhrzeit der Entlassung oder des Ablebens	data	12	264	275	NN		TTMMJJJJHHMM
115	R_AUTOPT	Obdukitonsbefund	AN	1	276	276		1, 2	Obligatorisch wenn MOD_DIM=1 1 = ja 2 = nein
116	TIP_PROP	Typ des einweisenden Arztes	AN	1	277	277	NN	1, 2, 3, 4	1 = Basisarzt 2 = Krankenhausarzt 3 = Ambulatoriums-facharzt 4 = Arzt außerhalb der Provinz

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
117	MED_PROP	Code des einwei- senden Arztes	AN	4	278	281			Code d. Provinz für den Basisarzt u. den konv. Facharzt Obligatorisch wenn TIP_PROP = 1 o 3
118	GGDEROGA	Aufenthaltstage mit abweichen- der Regelung	N	3	282	284			
119	D_PRENOT	Datum der Vor- merkung für den Krankenhaus- aufenthalt	data	8	285	292			TTMMJJJJ Obligatorisch wenn REGRIC=1 und TI- PO_RIC=1 oder 5 Obligatorisch wenn REGRIC=2
120	TP_ESENZ	Befreiungsart	AN	1	293	293	NN	A, R, P, C, N, I	NICHT AUSFÜLLEN
121	CD_ESENZ	Befreiungscode	AN	2	294	295	NN		NICHT AUSFÜLLEN
122	I_TICKET	Kostenbeteili- gungsbetrag für d. Aufenthalt	N	8	296	303			NICHT AUSFÜLLEN
123	CLASSE	Klasse	AN	1	304	304	NN	1, 2	1 = ja 2 = nein
124	GGCLASSE	Aufenthaltstage als Klassenpatient	N	3	305	307			Obligatorisch wenn KLASSE = 1
125	INCODCO	Code d. Mitarbei- ters, der die Da- teneingabe bei Zugang vor- nimmt.	AN	4	308	311	NN		Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Andernfalls nicht ausfü- llen.
126	DICODCO	Code des Mitar- beiters der die Da- teneingabe bei Entlassung vor- nimmt.	AN	4	312	315	NN		Obligatorisch wenn REGRIC = 1 und Patient > 14 Jahre Andernfalls nicht ausfü- llen.

Nr	Name	Beschreibung	Typ	Län.	Von	Bis	Null	zuge- las- sener Wert	Hinweise
127	LIBRETTO	Persönlicher Sanitätscode	AN	16	316	331	NN		<p>Für die beim Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürger besteht der Code aus der Nummer des Gesundheitsausweises, und zwar der Teil, der zwischen den beiden Schrägstrichen (Symbol "/") steht; die letzten beiden Ziffern, die das Geburtsdatum darstellen, werden ausgeschlossen.</p> <p>Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst gemeldet, wird der Sanitätscode mit Hilfe eines automatischen Berechnungsverfahrens ermittelt, das dem Patienten auf der Grundlage der Daten zu seiner Person einen eindeutigen Code zuteilt.</p> <p>Bei Patienten, die im Sinne des Gesetzes anonym bleiben wollen, wird ein fiktiver Code generiert.</p> <p>Links ausgerichtet</p>

ANLAGE 2: DATENÜBERMITTLUNG VON DER AUTONOMEN PROVINZ AN DAS GESUNDHEITSMINISTERIUM

Die an das Gesundheitsministerium zu übermittelnden Daten sind in zwei getrennten Archiven enthalten; in einem sind die meldeamtlichen Informationen, im anderen die Informationen des Aufenthalts.

Die beiden Archive müssen vollständige und folgerichtige Übereinstimmung aufweisen und sich auf dieselbe Gesamtheit an Entlassungsbögen beziehen. Alle im ersten Archiv gespeicherten Bögen müssen auch im zweiten Archiv vorhanden sein und umgekehrt. Im Folgenden werden die Merkmale der beiden Archive beschrieben.

Informationen, deren Übermittlung an die zentrale Ebene (Gesundheitsministerium) verpflichtend ist:

1) meldeamtliche Informationen

- Bezeichnung des Aufenthaltskrankenhauses;
- Nummer des Entlassungsbogens;
- Geschlecht;
- Geburtsdatum;
- Gemeinde der Geburt;
- Familienstand;
- Wohnsitzgemeinde;
- Staatsbürgerschaft;
- Persönlicher Sanitätscode;
- Wohnsitzregion;
- Sanitätsbetrieb des Wohnsitzes;

2) klinische Informationen

- Bezeichnung des Aufenthaltskrankenhauses;
- Nummer des Entlassungsbogens;
- Betriebsart des Krankenhausaufenthalts;
- Datum der Aufnahme ins Krankenhaus;
- Kostenträger für den Krankenhausaufenthalt;
- Herkunft des Patienten;
- Art des Krankenhausaufenthalts;
- Traumen und Vergiftungen (*);
- Entlassende Versorgungseinheit;
- Datum der Entlassung oder des Ablebens;
- Entlassungsart;
- Obduktionsbefund;
- Grund für die Aufnahme ins Tagesspital;
- Anzahl der im Tagesspital verbrachten Tage;

- Gewicht bei der Geburt (*);
- Primärdiagnose bei der Entlassung;
- Sekundärdiagnose;
- Chirurgischer Primäreingriff oder Geburt;
- Andere chirurgische Eingriffe, diagnostische oder therapeutische Verfahren;

(spezifische Informationen für die Akutabteilungen, die nicht zur Rehabilitation gehören.*

ANLAGE 3: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT

LEGENDE:

OBB V: Obligatorisch und verbindlich

OBB: Obligatorisch unter bestimmten Voraussetzungen

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
1. ISTITUTO Sanitätsbetrieb u. Krankenhaus Code der Einrichtung	AN (8)	OBB V	Obligatorisch Code der Einrichtung muß im Verzeichnis der Codes der Krankenanstalten vorhanden sein.
2. NOSOGRAF Nosographische Nummer	AN (10) Länge 10; wobei die ersten 4 Stellen das Aufnahmejahr bezeichnen, die folgenden die fortlaufende Jahresnummerierung des Krankenhauses.	OBB V	Obligatorisch JJJJ = JAHR DELLA AUFNAHMEDATUM JJJJ+NNNNNN
3 COG Familiennamen	AN (30)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf ungültige Zeichen
4 NOME Name	AN (20)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf ungültige Zeichen
5. NOMEA Angenommener Familienname	AN (20)		Übereinstimmungsprüfung auf Geschlecht =2 Überprüfung auf ungültige Zeichen
6. SESSO Geschlecht	AN (1)	OBB V	Obligatorisch Übereinstimmungsprüfung auf Name 1 = männlich.; 2 = weiblich
7. DNASCITA Geburtsdatum	Datum (8)	OBB V	Obligatorisch Datum gültig im Format TTMMJJJJ Geburtsdatum liegt vor dem Systemdatum Geburtsdatum liegt vor (oder ist identisch bei im Krankenh. geborenen) dem Aufnahme- datum Zwischen Geburtsdatum und Entlassungsdatum dürfen nicht mehr als 125 Jahre liegen

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
8. COM_NASC Geburtsort	AN (6)	OBB V	Obligatorisch ISTAT-Gemeindecodes für italien. Gemeinden; Codes des Innenministeriums für ausländ. Staaten Wenn die ersten drei Zeichen = „999“, dann Überprüfung ob Gemeinde im Auslandsverzeichnis vorhanden. Andernfalls Überprüfung ob Geburtsgemeinde im Verzeichnis der Gemeinden Andere mögliche Codes 999997 wenn in Italien geboren, aber unbekannte Gemeinde; 999998= wenn im Ausland geboren und Land unbekannt; 999999= unbekannt
9. S_CIVILE Familienstand	AN (1)	OBB V	Obligatorisch Muß zwischen 1 und 6 liegen Wenn Neugeborenes = 1 oder 6
10. COM_RES Wohnsitz	AN (6)	OBB V	Obligatorisch ISTAT-Gemeindecodes für italien. Gemeinden; Codes des Innenministeriums für ausländ. Staaten Wenn die ersten drei Zeichen = „999“, dann Überprüfung ob Gemeinde im Auslandsverzeichnis vorhanden. Andernfalls Überprüfung ob Wohnsitzort im Verzeichnis der Gemeinden aufscheint. Andere möglichen Codes: 999997 (unbekannte italienische Gemeinde); 999998 (ansässig im Ausland, Gemeinde unbekannt); 999999 (keine Information)
11. C_CITT Staatsbürgerschaft	AN (3)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung ob Staatsbürgerschaft gleich 100, 999 oder 998 ist, oder Überprüfung ob Staatsbürgerschaft im Verzeichnis der ausländischen Staaten aufscheint. Code des Gesundheitsministeriums
12. LIBRETTO Persönlicher Sanitätscode	AN (16)		Automatische Überprüfung des Codes in der Datenbank der meldeamtlichen Daten Links ausgerichtet
13. FISCALE Steuernummer	AN (16)		Code des Finanzministeriums Ist die Steuernummer ungleich „Leerstelle“, so werden die Zeichen 7-11 folgendermaßen überprüft: 7-8 Zeichen entsprechen den letzten beiden Stellen des Geburtsjahres. 9 Zeichen gleich Geburtsmonat A=Jänner, B=Februar, C=März, D= April, E=Mai, H=Juni, L=Juli, M=August, P=September, R=Oktober, S=November, T=Dezember 10-11 Zeichen = Tag der Geburt wenn Wert > 40 ist 40 abzuziehen. 10-11 Zeichen gleich Geschlecht (wenn <40 Geschlecht=M, wenn > 40 Geschlecht=F)

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
14. REG_RES Wohnsitzregion	AN (3)	OBB V	Obligatorisch Vorhandensein des Codes der Wohnsitzregion im Regionenverzeichnis oder im Verzeichnis der ausländischen Staaten. Codes des Gesundheitsministeriums und Codes des Innenministeriums für ausländ. Staaten Überprüfung der Übereinstimmung mit der Wohnsitzgemeinde. Wenn Gemeinde unbekannt COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997 → REG_RES="999"
15. ASL_RES Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Ansässigkeit	AN (3)	OBB	Obligatorisch wenn italienische Wohnsitzgemeinde Vorhandensein des Paares Gemeinde/Region e Code des Wohnsitzsanitätsbetriebs im Verzeichnis der Sanitätsbetriebe. Oder Code ASL_RES= "Leestelle" oder „999“ wenn der Code der Wohnsitzregion (REG_RES) im Verzeichnis der ausländischen Staaten vorhanden ist oder wenn der Code der Wohnsitzregion (REG_RES) = "999" MD 17/9/86
16. REG_ASS Versorgungsregion	AN (3)	OBB	Vorhandensein des Codes der Wohnsitzregion im Verzeichnis der Regionen Codes des Gesundheitsministeriums (MD 17/9/86)
17. ASL_ASS Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb der Einschreibung	AN (3)	OBB	Vorhandensein des Paares Region u. Code des Sanitätsbetriebs, bei dem der Patient eingeschrieben ist im Verzeichnis der Sanitätsbetriebe. Oder Code des Sanitätsbetriebs, bei dem man eingeschrieben ist = "Leerzeichen" wenn Code der Region, bei der man eingeschrieben ist = "Leerzeichen" Codes des Gesundheitsministeriums (MD 17/9/86)
18. RES_EST Wohnsitz des Ausländers	AN (25)		Überprüfung des ausländischen Staates im Feld für die Wohnsitzgemeinde
19. CAS_EST Beschr. d. ausländ. Krankenkasse	AN (40)		Überprüfung des ausländischen Staates im Feld für die Wohnsitzgemeinde
20. I_CASEST Adr. d. ausländ. Krankenkasse	AN (40)		Überprüfung des ausländischen Staates im Feld für die Wohnsitzgemeinde
21. C_CASET PLZ d. ausländ. Krankenkasse	AN (10)		Überprüfung des ausländischen Staates im Feld für die Wohnsitzgemeinde
22. REGRIC Betriebsart d. Aufenthalts	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = ordentlicher Aufenthalt 2 = Aufenthalt im Day-Hospital Wenn REGRIC = 2, dann ist es nicht möglich dass die nosographische Nummer (zeitlich) gleich ist wie beim Aufenthalt desselben SANITÄTSAUSWEISES mit REGRIC = 1 in derselben Einrichtung Wenn REGRIC = 1, dann ist es nicht möglich dass die nosographische Nummer (zeitlich) gleich ist wie beim Aufenthalt desselben SANITÄTSAUSWEISES mit REGRIC = 2 in derselben Einrichtung

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
23. REP_DIM Aufnehmende / entlassende Versorgungseinheit	AN (4)	OBB V	Obligatorisch Code = 56.00 oder 75.00
24. D_RICO Datum und Uhrzeit der Aufnahme ins Krankenhaus (in die Versorgungseinheit)	Data (12)	OBB V	Obligatorisch Es gilt das Format TTMMJJJJHHMM Aufnahmedatum liegt vor Systemdatum Aufnahmedatum liegt vor dem Entlassungsdatum Überprüfung auf Konflikte mit anderen Krankenhausaufenthalten desselben Patienten: Aufnahmedatum höher als Entlassungsdatum vorangehender Aufenthalte desselben Patienten Aufnahmedatum höher (gleich nur bei im Krankenhaus geborenen) als das Geburtsdatum
25. ONER_DEG Kostenträger des Aufenthalts	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = NGD, Aufenthalt wird vollständig vom NGD getragen 2 = NGD + Aufzahlung f. Hotelartigen Service; Aufenthalt zu Lasten d. NGD; der Patient hat die Kosten für den hotelartiges Service zu erstatten. 3 = Rückerstattung, Aufenthalt in nicht konventionierten Einrichtungen mit Rückerstattung (vollständig od. teilweise) durch den NGD = indirekte Versorgung. 4 = Selbstzahler, Aufenthalt wird vollständig vom Patienten getragen; keine Belastungen für den Nationalen Gesundheitsdienst 5 = Aufenthalt wird größtenteils vom Nationalen Gesundheitsdienst getragen, wobei ein Kostenbeitrag zu Lasten des Patienten geht (Freiberufler). 6 = Aufenthalt wird größtenteils vom Nationalen Gesundheitsdienst getragen, wobei ein Kostenbeitrag zu Lasten des Patienten geht (Freiberufler e Aufzahlung für hotelartiges Service) 7= Aufenthalte von Patienten aus Ländern, die mit dem Nationalen Gesundheitsdienst konventioniert sind, werden von diesem getragen. 8 = Aufenthalt ausländischer Patienten mit Mittellosigkeitsbescheinigung zu Lasten des NGD 9 = sonstige A = Innenministerium

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
26. PROVENIE Herkunft des Patienten	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = Aufnahme bei Geburt 2 = Erste Hilfe 3 = Patient auf Vorschlag eines Arztes in die Pflegeeinrichtung eingewiesen 4 = vorher geplante Aufnahme durch dieselbe Pflegeeinrichtung 5 = Verlegung eines Patienten aus einer öffentlichen Pflegeeinrichtung 6 = Verlegung eines Patienten aus einer akkreditierten privaten Pflegeeinrichtung 7 = Verlegung eines Patienten aus einer nicht akkreditierten privaten Pflegeeinrichtung 8 = Verlegung eines Patienten aus einer anderen Versorgungsart (akut, Rehabilitation, Langzeitpflege) oder aus einem anderen Aufenthaltsbetrieb (Day-Hospital oder ordentliche Aufnahme) in dieselbe Pflegeeinrichtung 9 = Strafanstalt 0 = Patient aus einer teilstationären Einrichtung des Territoriums (beispielsweise: sozialpflegerische Wohnheime, Hospiz, psychiatrische Anstalten, Reha-Anstalten nach Art. 26 Gesetz 833/1978) S = Patient, der eine Pflegeeinrichtung ohne Einlieferungsvorschlag seitens eines Arztes und ohne von der Ersten Hilfe zu kommen aufsucht O = Herkunft OBI A = Sonstiges
27. TIPO_RIC Art des Aufenthalts	AN (1)	OBB	Obligatorisch 1 = geplant, keine Notaufnahme 2 = Notaufnahme 3 = med. Zwangsbehandlung (TSO) 4 = freiw. med. Behandlung (TSV) 5 = geplant + vorhergeg. Aufenth. 6 = gesundes Neugeborenes Wenn das Geburtsdatum = Aufenthaltsdatum, dann kann in das Feld nur 6 oder 2 eingegeben werden Wenn TIPO_RIC = 2 dann PROVENIE = 1 Wenn REGRIC = 2 dann TIPO_RIC <> 2
28. T_RIC_R Art d. Rehabilitationsaufenthalts	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = Postakut 2 = Erhaltung 3 = Bewertung

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
29. MOTIV_DH Grund für die Aufnahme in die Tagesklinik	AN (1)	OBB	Wenn REGRIC=1 MOTIV_DH="Leerzeichen" Wenn REGRIC=2 Obligatorisch 1 = Aufenthalt im Day-Hospital diagnostisch (einschließlich Follow Up); 2 = Aufenthalt im Day-Hospital chirurgisch (day surgery); 3 = Aufenthalt im Day-Hospital therapeutisch; 4 = Aufenthalt im Day-Hospital rehabilitativ. Wenn REGRIC=2 e MOTIV_DH=2 Überprüfung auf Code des Chir. Primäreingriffs (oder Verfahrens, Geburt) bei Entlassung aus dem Krankenhaus (CINTCP_O)
30. GGPERM Genehmigte Abwesenheitstage	N (2)		Anzahl der Tage geringer als Aufenthaltsdauer
31. DIAG_REP Primärdiagnose	AN (5)	OBB V	Obligatorisch Die Kodierung der Primärdiagnose erfordert, daß die ersten drei Zeichen ungleich "Leerzeichen" sind und die letzten beiden = "Leerzeichen"; oder die ersten vier Zeichen sind ungleich "Leerzeichen" und das letzte Zeichen = "Leerzeichen", oder alle 5 Zeichen ungleich "Leerzeichen", erstes Zeichen ungleich E und M; bei formal richtiger Kodierung werden folgende Kontrollen durchgeführt: – Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen – Nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der Codes mit mehr als drei Stellen im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet
32. C_DIAG1 Erste Sekundärdiagnose	AN (5)		Die Kodierung der ersten Sekundärdiagnose erfordert, daß die ersten drei Zeichen ungleich "Leerzeichen" sind und die letzten beiden = "Leerzeichen"; oder die ersten vier Zeichen sind ungleich "Leerzeichen" und das letzte Zeichen = "Leerzeichen", oder alle 5 Zeichen ungleich "Leerzeichen", erstes Zeichen ungleich E und M; bei formal richtiger Kodierung werden folgende Kontrollen durchgeführt: – Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen – Nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der Codes mit mehr als drei Stellen im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Unterschiede zur Primärdiagnose Links ausgerichtet

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
33. C_DIAG2 Zweite Sekundärdiagnose	AN (5)		Die Kodierung der zweiten Sekundärdiagnose erfordert, daß die ersten drei Zeichen ungleich "Leerzeichen" sind und die letzten beiden = "Leerzeichen"; oder die ersten vier Zeichen sind ungleich "Leerzeichen" und das letzte Zeichen = "Leerzeichen", oder alle 5 Zeichen ungleich "Leerzeichen", erstes Zeichen ungleich E und M; bei formal richtiger Kodierung werden folgende Kontrollen durchgeführt: – Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen – Nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der Codes mit mehr als drei Stellen im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Vorhandensein vorhergehender Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung Unterschiede zur Primärdiagnose und zu den vorhergehenden Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung. Links ausgerichtet
34. C_DIAG3 Dritte Sekundärdiagnose	AN (5)		Die Kodierung der dritten Sekundärdiagnose erfordert, daß die ersten drei Zeichen ungleich "Leerzeichen" sind und die letzten beiden = "Leerzeichen"; oder die ersten vier Zeichen sind ungleich "Leerzeichen" und das letzte Zeichen = "Leerzeichen", oder alle 5 Zeichen ungleich "Leerzeichen", erstes Zeichen ungleich E und M; bei formal richtiger Kodierung werden folgende Kontrollen durchgeführt: – Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der Codes mit mehr als drei Stellen im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Vorhandensein vorhergehender Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung Unterschiede zur Primärdiagnose und zu den vorhergehenden Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung. Links ausgerichtet

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
35. C_DIAG4 Vierte Sekundärdiagnose	AN (5)		Die Kodierung der vierten Sekundärdiagnose erfordert, daß die ersten drei Zeichen ungleich "Leerzeichen" sind und die letzten beiden = "Leerzeichen"; oder die ersten vier Zeichen sind ungleich "Leerzeichen" und das letzte Zeichen = "Leerzeichen", oder alle 5 Zeichen ungleich "Leerzeichen", erstes Zeichen ungleich E und M; bei formal richtiger Kodierung werden folgende Kontrollen durchgeführt: – Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der Codes mit mehr als drei Stellen im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Vorhandensein vorhergehender Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung Unterschiede zur Primärdiagnose und zu den vorhergehenden Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung. Links ausgerichtet
36. C_DIAG5 Fünfte Sekundärdiagnose	AN (5)		Die Kodierung der fünften Sekundärdiagnose erfordert, daß die ersten drei Zeichen ungleich "Leerzeichen" sind und die letzten beiden = "Leerzeichen"; oder die ersten vier Zeichen sind ungleich "Leerzeichen" und das letzte Zeichen = "Leerzeichen", oder alle 5 Zeichen ungleich "Leerzeichen", erstes Zeichen ungleich E und M; bei formal richtiger Kodierung werden folgende Kontrollen durchgeführt: – Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der Codes mit mehr als drei Stellen im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Diagnosen Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Vorhandensein vorhergehender Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung Unterschiede zur Primärdiagnose und zu den vorhergehenden Sekundärdiagnosen bei Abgang aus der Abteilung. Links ausgerichtet
37. DINTCP_R Datum des primären chirur. Eingriffs /Behandlungsverfahrens	Datum (8)		Wenn CINTCP_R ungleich "Leerzeichen" → DINTCP_R ungleich "Leerzeichen" Wenn vorhanden Datum gültig im Format TTMMJJJJ Eingriffsdatum höher als Aufnahmedatum in die Versorgungseinheit Eingriffsdatum liegt vor Entlassungsdatum. Wenn Aufenthalt mit vorhergehenden Krankenhausleistungen (TIPO_RIC=5) kann das Datum vor der Aufnahme liegen.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
38. CINTCP_R Chirurgischer Primäreingriff / prim. Behandlungsverfahren	AN (5)		Wenn DINTCP_R ungleich „Leerzeichen“ → CINTCP_R ungleich „Leerzeichen“ Ein Eingriff/ Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten verschlüsselt werden: 1) Die ersten drei Zeichen ungleich „Leerzeichen“ und das vierte = „Leerzeichen“ 2) Alle Zeichen ungleich „Leerzeichen“ Überprüfung auf Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Eingriffscodes Überprüfung auf nicht Vorhandensein der ersten drei Zeichen der vierstelligen Codes im Verzeichnis der dreistellig verschlüsselten Eingriffscodes Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet
39. DINTC1_R Datum des ersten sekundären Eingriffs / Verfahrens	Datum (8)		Wenn CINTC1_R ungleich „Leerzeichen“ → DINTC1_R ungleich „Leerzeichen“ Wenn vorhanden Datum gültig im Format TTMMJJJJ Eingriffsdatum höher als Aufnahmedatum in die Versorgungseinheit Eingriffsdatum vor dem Datum d. Verlassens/Entlassungsdatum d. Versorgungseinheit Wenn Aufenthalt mit vorhergehendem Aufenthalt (TIPO_RIC=5) kann das Datum vor der Aufnahme liegen.
40. CINTC1_R Erster Sekundäreingriff	AN (5)		Wenn DINTC1_R ungleich „Leerzeichen“ → CINTC1_R ungleich „Leerzeichen“ Ein Eingriff/ Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten verschlüsselt werden: 1) Die ersten drei Zeichen ungleich „Leerzeichen“ und das vierte = „Leerzeichen“ 2) Alle Zeichen ungleich „Leerzeichen“ Überprüfung auf Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Eingriffscodes Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet
41. DINTC2_R Datum des zweiten Sekundäreingriffs / Verfahrens	Datum (8)		Wenn CINTC2_R ungleich „Leerzeichen“ → DINTC2_R ungleich „Leerzeichen“ Wenn vorhanden Datum gültig im Format TTMMJJJJ Eingriffsdatum höher als Aufnahmedatum in die Versorgungseinheit Eingriffsdatum vor dem Datum d. Verlassens/Entlassungsdatum d. Versorgungseinheit Wenn Aufenthalt mit vorhergehendem Aufenthalt (TIPO_RIC=5) kann das Datum vor der Aufnahme liegen.
42. CINTC2_R Zweiter Sekundäreingriff	AN (5)		Wenn DINTC2_R ungleich „Leerzeichen“ → CINTC2_R ungleich „Leerzeichen“ Ein Eingriff/ Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten verschlüsselt werden: 1) Die ersten drei Zeichen ungleich „Leerzeichen“ und das vierte = „Leerzeichen“ 2) Alle Zeichen ungleich „Leerzeichen“ Überprüfung auf Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Eingriffscodes Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
43. DINTC3_R Datum des dritten Sekundäreingriffs / Verfahrens	Datum (8)		Wenn CINTC3_R ungleich „Leerzeichen“ → DINTC3_R ungleich „Leerzeichen“ Wenn vorhanden Datum gültig im Format TTMMJJJJ Eingriffsdatum höher als Aufnahme datum in die Versorgungseinheit Eingriffsdatum vor dem Datum d. Verlassens/Entlassungsdatum d. Versorgungseinheit Wenn Aufenthalt mit vorhergehendem Aufenthalt (TIPO_RIC=5) kann das Datum vor der Aufnahme liegen.
44. CINTC3_R Dritter Sekundäreingriff	AN (5)		Wenn DINTC3_R ungleich „Leerzeichen“ → CINTC3_R ungleich „Leerzeichen“ Ein Eingriff/ Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten verschlüsselt werden: 1) Die ersten drei Zeichen ungleich „Leerzeichen“ und das vierte = „Leerzeichen“ 2) Alle Zeichen ungleich „Leerzeichen“ Überprüfung auf Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Eingriffs codes Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet
45. DINTC4_R Datum des vierten Sekundäreingriffs / Verfahrens	Datum (8)		Wenn CINTC4_R ungleich „Leerzeichen“ → DINTC4_R ungleich „Leerzeichen“ Wenn vorhanden Datum gültig im Format TTMMJJJJ Eingriffsdatum höher als Aufnahme datum in die Versorgungseinheit Eingriffsdatum vor dem Datum d. Verlassens/Entlassungsdatum d. Versorgungseinheit Wenn Aufenthalt mit vorhergehendem Aufenthalt (TIPO_RIC=5) kann das Datum vor der Aufnahme liegen.
46. CINTC4_R Vierter Sekundäreingriff der Abteilung	AN (5)		Wenn DINTC4_R ungleich „Leerzeichen“ → CINTC4_R ungleich „Leerzeichen“ Ein Eingriff/ Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten verschlüsselt werden: 1) Die ersten drei Zeichen ungleich „Leerzeichen“ und das vierte = „Leerzeichen“ 2) Alle Zeichen ungleich „Leerzeichen“ Überprüfung auf Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Eingriffs codes Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet
47. DINTC5_R Datum des fünften Sekundäreingriffs / Verfahrens	Datum (8)		Wenn CINTC5_R ungleich „Leerzeichen“ → DINTC5_R ungleich „Leerzeichen“ Wenn vorhanden Datum gültig im Format TTMMJJJJ Eingriffsdatum höher als Aufnahme datum in die Versorgungseinheit Eingriffsdatum vor dem Datum d. Verlassens/Entlassungsdatum d. Versorgungseinheit Wenn Aufenthalt mit vorhergehendem Aufenthalt (TIPO_RIC=5) kann das Datum vor der Aufnahme liegen.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
48. CINTC5_R Quinto altro intervento di reparto	AN (5)		Wenn DINTC5_R ungleich „Leerzeichen“ → CINTC5_R ungleich „Leerzeichen“ Ein Eingriff/ Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten verschlüsselt werden: 1) Die ersten drei Zeichen ungleich „Leerzeichen“ und das vierte = „Leerzeichen“ 2) Alle Zeichen ungleich „Leerzeichen“ Überprüfung auf Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Eingriffs-codes Übereinstimmung mit Geschlecht u. Alter des Patienten Links ausgerichtet
49. COD_MEN Einschränkung	AN (7)	OBB V	Obligatorisch Code der Einschränkung
50. DATA_INS Datum des Eintritts der Einschränkung	Datum (8))	OBB V	Obligatorisch Gültiges Format TTMMJJJJ Datum des Eintritts der Einschränkung liegt vor dem Datum der Aufnahme in die Versorgungseinheit
51. I_A_NUT A. Essen bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls „0“ eingeben.
52. I_B_RASS B. Körperpflege bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls „0“ eingeben.
53. I_C_LAV C. Waschen bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls „0“ eingeben.
54. I_D_VE_S D. Ankleiden Oberkörper bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls „0“ eingeben.
55. I_E_VE_G E. Ankleiden Unterkörper bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls „0“ eingeben.
56. I_F_IGIE F. Intimhygiene bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls „0“ eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
57. I_G_VESC G. Blasenkontrolle bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
58. I_H_ALVO H. Darmkontrolle bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
59. I_I_LETT I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
60. I_J_WC J. Erreichen des W.C. bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
61. I_K_VASC K. Badewanne oder Dusche bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
62. I_CM Gehen bei Zugang	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
63. I_CR Rollstuhl bei Zugang	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
64. I_L_CAM L. Gehen, Rollstuhl bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
65. I_M_SCA M. Treppensteigen bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
66. I_CU Akustisches Begriffsvermögen bei Zugang	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
67. I_CV Visuelles Begriffsvermögen bei Zugang	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
68. I_N_COMP N. Begriffsvermögen bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
69. I_EV Verbale Ausdrucksfähigkeit bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
70. I_ENV Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Zugang	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
71. I_O_ESPR O. Ausdrucksfähigkeit bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
72. I_P_RAP P. Soziales Verhalten bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
73. I_Q_SOL Q. Problemlösungsfähigkeit bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
74. I_R_MEMO R. Gedächtnis bei Zugang	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
75. D_A_NUT A. Essen bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
76. D_B_RASS B. Körperpflege bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
77. D_C_LAV C. Waschen bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
78. D_D_VE_S D. Ankleiden Oberkörper bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
79. D_E_VE_G E. Ankleiden Unterkörper bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
80. D_F_IGIE F. Intimhygiene bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
81. D_G_VESC G. Blasenkontrolle bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
82. D_H_ALVO H. Darmkontrolle bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
83. D_I_LETT I. Bett-Stuhl-Rollstuhl bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
84. D_J_WC J. Erreichen des W.C. bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
85. D_K_VASC K. Badewanne oder Dusche bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
86. D_CM Gehen bei Entlassung	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Gleicher Wert bei Zugang Andernfalls "0" eingeben.
87. D_CR Rollstuhl bei Entlassung	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Gleicher Wert bei Zugang Andernfalls "0" eingeben.
88. D_L_CAM L. Gehen, Rollstuhl bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
89. D_M_SCA M. Treppensteigen bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
90. D_CU Akustisches Begriffsvermögen bei Entlassung	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
91. D_CV Visuelles Begriffsvermögen bei Entlassung	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
92. D_N_COMP N. Begriffsvermögen bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
93. D_EV Verbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.
94. D_ENV Nonverbale Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung	AN (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 0-1 Andernfalls "0" eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
95. D_O_ESPR O. Ausdrucksfähigkeit bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
96. D_P_RAP P. Soziales Verhalten bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
97. D_Q_SOL Q. Problemlösungsfähigkeit bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
98. D_R_MEMO R. Gedächtnis bei Entlassung	N (1)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 1-7 Andernfalls "0" eingeben.
99. P_ING_F FIM-Gesamtpunktezah bei Zugang	N (3)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 18-126 Wert =Summe der Werte der Variablen I_A_NUT, I_B_RASS, I_C_LAV, I_D_VE_S, I_E_VE_G, I_F_IGIE, I_G_VESC, I_H_ALVO, I_I_LETT, I_J_WC, I_K_VASC, I_L_CAM, I_M_SCA, I_N_COMP, I_O_ESPR, I_P_RAP, I_Q_SOL, I_R_MEMO Andernfalls "0" eingeben.
100. P_ING_M FIM-Punkte, motorisch, bei Zugang	N (2)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 13-91 Wert =Summe der Werte der Variablen: I_A_NUT, I_B_RASS, I_C_LAV, I_D_VE_S, I_E_VE_G, I_F_IGIE, I_G_VESC, I_H_ALVO, I_I_LETT, I_J_WC, I_K_VASC, I_L_CAM, I_M_SCA Andernfalls "0" eingeben.
101. P_ING_C FIM-Punkte, kognitiv, bei Zugang	N (2)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 5-35 Wert =Summe der Werte der Variablen: I_N_COMP, I_O_ESPR, I_P_RAP, I_Q_SOL, I_R_MEMO Andernfalls "0" eingeben.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
102. P_DIM_F FIM-Gesamtpunktezahl bei Entlassung	N (3)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 18-126 Wert = Summe der Werte der Variablen: D_A_NUT, D_B_RASS, D_C_LAV, D_D_VE_S, D_E_VE_G, D_F_IGIE, D_G_VESC, D_H_ALVO, D_I_LETT, D_J_WC, D_K_VASC, D_L_CAM, D_M_SCA, D_N_COMP, D_O_ESPR, D_P_RAP, D_Q_SOL, D_R_MEMO Andernfalls "0" eingeben.
103. P_DIM_M FIM-Punkte, motorisch, bei Entlassung	N (2)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 13-91 Wert = Summe der Werte der Variablen: D_A_NUT, D_B_RASS, D_C_LAV, D_D_VE_S, D_E_VE_G, D_F_IGIE, D_G_VESC, D_H_ALVO, D_I_LETT, D_J_WC, D_K_VASC, D_L_CAM, D_M_SCA Andernfalls "0" eingeben.
104. P_DIM_C FIM-Punkte, kognitiv, bei Entlassung	N (2)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich 5-35 Verifica valore = somma dei valori delle variabili: D_N_COMP, D_O_ESPR, D_P_RAP, D_Q_SOL, D_R_MEMO Andernfalls "0" eingeben.
105. GAP_FIM FIM-Punktedifferenz zwischen Zugang und Entlassung	N (3)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Zulässiger Wertebereich -126 → +126 Wert = Differenz der Werte der Variablen P_DIM_F e P_ING_F Andernfalls "0" eingeben.
106. GGANNODH Gesamtzahl der Kontakte in der Tagesklinik	N (3)	OBB	Wenn REGRIC=2 Obligatorisch Geringer als die Differenz in Tagen zwischen dem Aufnahmedatum und dem Entlassungsdatum Nicht ausfüllen wenn REGRIC = 1
107. IEST_1 Verfahren 1, extern erbracht.	AN (5)		ICD9-CM Codes Ein Eingriff / Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten kodiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die ersten drei Zeichen ungleich Leerstelle und das vierte = Leerstelle ▪ Alle Zeichen ungleich Leerstelle Überprüfung <ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Codes für die verschiedenen Eingriffe - Nicht-Vorhandensein der ersten drei Zeichen der vierstelligen Codes im Verzeichnis der dreistelligen Codes der Eingriffe Übereinstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten Links ausgerichtet.

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
108. SIEST_1 Art der Einrichtung, die Verfahren 1 erbringt.	AN (1)	OBB	Obligatorisch wenn IEST_1 nicht ein "<Leerzeichen" 1 = Einrichtung des Landes (Autonome Provinz BZ) 2 = Österreichische Einrichtung 3 = Sonstige Einrichtungen auf italienischem Gebiet 4 = Sonstige ausländische Einrichtungen 5 = Einrichtung der Autonomen Provinz TN
109. CIEST_1 Code der Einrichtung, die Verfahren 1 erbringt.	AN (8)	OBB	Obligatorisch wenn SIEST_1=1, 2, 5
110. IEST_2 Verfahren 2, extern erbracht.	AN (5)		ICD9-CM Codes Ein Eingriff / Verfahren kann nur auf die folgenden zwei Arten kodiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die ersten drei Zeichen ungleich Leerstelle und das vierte = Leerstelle ▪ Alle Zeichen ungleich Leerstelle Überprüfung - Vorhandensein der dreistelligen Codes im entsprechenden Verzeichnis der dreistelligen Codes für die verschiedenen Eingriffe - Nicht-Vorhandensein der ersten drei Zeichen der vierstelligen Codes im Verzeichnis der dreistelligen Codes der Eingriffe Übereinstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten Links ausgerichtet.
111. SIEST_2 Art der Einrichtung, die Verfahren 2 erbringt.	AN (1)	OBB	Obligatorisch wenn IEST_2 nicht ein "Leerzeichen" 1 = Einrichtung des Landes (Autonome Provinz BZ) 2 = Österreichische Einrichtung 3 = Sonstige Einrichtungen auf italienischem Gebiet 4 = Sonstige ausländische Einrichtungen 5 = Einrichtung der Autonomen Provinz TN
112. CIEST_2 Code der Einrichtung, die Verfahren 2 erbringt.	AN (8)	OBB	Obligatorisch wenn SIEST_2 = 1, 2, 5
113. MOD_DIM Art des Abgangs/der Entlassung	AN (2)	OBB V	Obligatorisch Zulässiger Werte-Range 1 = verstorben 2 = nach Hause 3 = Altersh., Pflegestätte od. Soziosanit. Einrichtung 4 = Aktiv. d. Hauskrankenpfl. 5 = freiwillig 6 = Verlegung in and. Einr. 8 = Abt.56.00,60.00,60.01,60.02,75.00 in derselben Einricht., 9 = Abt.56.00,60.00,60.01,60.02, 75.00 in einer anderen Einr. 10 = Entlassung in ext. Reha-Einrichtung., 11 = Entl. u. Aktivierung d. integrierten Hauspfl., 12 = in andere Betriebsart (Day-Hospital, ordentlich)

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
114. D_DIMOSP Datum der Entlassung oder des Ablebens	Datum (12)	OBB V	Obligatorisch Es gilt das Format TTMMJJJJHHMM Entlassungsdatum liegt vor dem Systemdatum Entlassungsdatum ist höher als das Aufnahmedatum Entlassungsdatum ist höher als das Öffnungsdatum der Versorgungseinheit Entlassungsdatum liegt vor dem eventuellen Datum des Schließens der Versorgungseinheit Überprüfung auf Konflikte mit anderen Aufenthalten desselben Patienten: Entlassungsdatum liegt vor dem Aufnahmedatum späterer Aufenthalte. Zwischen Entlassungsdatum und Geburtsdatum darf nicht mehr als 125 Jahre liegen Wenn REGRIC=2 Jahr des Aufnahmedatums = Jahr des Entlassungsdatums
115. R_AUTOPT Obduktionsbefund	AN (1)	OBB	Wenn MOD_DIM = 1 Obligatorisch 1 = ja 2 = nein
116. TIP_PROP Typ des einweisenden Arztes	AN (1)	OBB V	1 = Basisarzt 2 = Krankenhausarzt 3 = Ambulatoriumsfacharzt 4 = Arzt außerhalb der Provinz Wenn TIP_PROP=1 → PROVENIE= 2 Wenn TIP_PROP=1 Überprüfung des Codes des Basisarztes Wenn TIP_PROP=3 Überprüfung des Codes des Facharztes
117. MED_PROP Code des einweisenden Arztes	AN (4)	OBB	Wenn TIP_PROP = 1 oder 3 Obligatorisch Überprüfung des Codes d. Provinz für den Basisarztes u. den konv. Facharzt
118. GG_DEROGA Aufenthaltstage mit abweichender Regelung	N (3)		Übereinstimmungsprüfung mit Aufenthaltsabteilung = "56.00" oder „60.00“ oder „60.01“ (Tage mit abweichender Regelung + Tage über Maximum + Tage mit Tarifreduktion <= Dauer des Aufenthalts, einschließlich der Genehmigten Abwesenheitstage)
119. D_PRENOT Datum der Vormerkung für den Krankenhausaufenthalt	Data (8)	OBB	Wenn REGRIC = 1 und TIPO_RIC = 1 oder 5 oder wenn REGRIC=2 Obligatorisch Datum der Vormerkung für den Aufenthalt liegt vor oder ist gleich dem Aufnahmedatum Datum der Vormerkung muss höher sein als das Aufnahmedatum Aufenthaltsdatum - Vormerkungsdatum < 2 Jahre (731 Tage)
120. TP_ESENZ	AN (1)	OBB V	NICHT AUSFÜLLEN
121. CD_ESENZ Code der Befreiung	AN (2)	OBB V	NICHT AUSFÜLLEN
122. I_TICKET Betrag der Kostenbeteiligung (Ticket) für den Krankenhausaufenthalt	N (8)	OBB	NICHT AUSFÜLLEN

Leitlinien für die Verwaltung des K.E.B.-F.I.M. Informationsverfahrens

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	TYP	
123. CLASSE Klasse	AN (1)	OBB V	Wenn ONER_DEG = 2 → KLASSE = 1 Obligatorisch 1 = ja 2 = nein
124. GGCLASSE Anzahl der Tage als Klassenpatient	N (3)	OBB	Obbligatorietà se CLASSE = 1 (giornate in classe <= durata della degenza, inclusi i giorni di permesso)
125. INCODO Code des Arztes, der bei Zugang die Dateneingabe nach der FIM-Skala vornimmt.	AN (4)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Übereinstimmungsprüfung mit Bezugstabelle Andernfalls nicht ausfüllen.
126. DICODO Code des Arztes, der bei Entlassung die Dateneingabe nach der FIM-Skala vornimmt.	AN (4)	OBB V	Wenn REGRIC = 1 und D_RICO-DNASCITA > 14 Jahre Obligatorisch Übereinstimmungsprüfung mit Bezugstabelle Andernfalls nicht ausfüllen.

AZIENDA SANITARIA DI OSPEDALE
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA: SDO-FIM
CODICE NOSOGRAFICO
SCHEDA FIM
Cognome e nome del paziente.....
Codice del compilatore della scala FIM in ingresso in uscita

**Functional Independence Measure
FIM**

L I V E L L I	7. Autosufficienza completa	SENZA ASSISTENZA	
	6. Autosufficienza con adattamenti	A	S
	NON AUTOSUFFICIENZA PARZIALE	C	O
	5. Supervisione - Predisposizione/adattamenti	N	T
	4. Assistenza minima (paziente =>75%)	E	N
	3. Assistenza moderata (paziente =>50%)	Z	A
	NON AUTOSUFFICIENZA COMPLETA		
	2. Assistenza intensa (paziente =>25%)		
	1. Assistenza totale (paziente =>0%)		
	INGRESSO	DIMISSIONE	FOLLOW-UP
Cura della persona			
A. Nutrirsi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Rassettersi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Lavarsi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestirsi, dalla vita in su	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestirsi, dalla vita in giù	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Igiene perineale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Controllo sfinterico			
G. Vescica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Alvo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilità			
<i>Trasferimenti</i>			
I. Letto-sedia-carrozzina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. W.C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Vasca o doccia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Locomozione			
L. <u>C</u> ammino, <u>c</u> arrozzina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c		
	m		
	cr		
M. Scale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comunicazione			
N. Comprensione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	u		
	v		
O. Espressione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	v		
	nv		
Capacità relazionali/cognitive			
P. Rapporto con gli altri	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Soluzione di problemi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUNTEGGIO TOTALE FIM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Attenzione: non lasciare caselle bianche
 Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente

Functional Independence Measure - Versione Italiana - COPYRIGHT 1992
 The Research Foundation of the State University of New York, UDS-code 3/2/1990
 Tutti i diritti riservati. Distribuzione esclusiva SO.GE.COM Editrice srl Milano

 Firma del responsabile del reparto

 Firma del medico curante