



Epidemiologische Beobachtungsstelle

Leitlinien und Informationsinhalte des Neuen Krankenhaus- Entlassungsbogens (N – K.E.B.)

Herausgegeben von der Epidemiologischen Beobachtungsstelle

Anlage zum Beschluss der L.R. zur Genehmigung der Leitlinien für die Verwaltung des
Neuen Krankenhausentlassungsbogens (N. - K.E.B.) und Anpassung Informationsfluss
K.E.B.-F.I.M..

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle

Verfügbare Kopien:
Abteilung Gesundheitswesen – Epidemiologische Beobachtungsstelle
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße, 1 – 39100 BOZEN
Tel. 0471 – 41.80.40
Fax 0471 – 41.80.48
E-Mail: epb@provinz.bz.it

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



INHALTSVERZEICHNIS

1. EINFÜHRUNG	4
2. ERHEBUNGSZWECK.....	5
3. KEB-PFLICHTIGE KRANKENANSTALTEN	5
4. ALLGEMEINE MERKMALE DES KEB-DATENFLUSSES DES LANDES.....	6
4.1. AUFGABENVERTEILUNG BEIM AUSFÜLLEN DES KEB	6
4.2. AUSFÜLLEN DES KEB	7
4.3 AUSFÜLLEN DES KEB BEI VERLEGUNGEN ZWISCHEN VERSORGUNGSEINHEITEN	8
4.4. DIE SCHLIEßUNG DES ENTLASSUNGSBOGENS	9
4.4.1. Übergang von einer Versorgungsart zu einer anderen (Aufenthalt im Day-Hospital-Betrieb – Aufenthalt im ordentlichen Krankenhausbetrieb – Rehabilitation – Langzeitversorgung)	9
4.4.2. Zeitweilige Verlegungen in andere Einrichtungen zur Inanspruchnahme sonst nicht verfügbarer Versorgungsleistungen:.....	10
4.5. AUSFÜLLEN DES KEB BEI AUFNAHME IM DAY-HOSPITAL-BETRIEB	11
4.6. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN VOR u. NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT	11
5. AUFLISTUNG DER VOM KRANKENHAUSENTLASSUNGSBOGEN ERFASTEN INFORMATIONEN; DIE AN DAS LAND ZU SIND	13
6. GESUNDE NEUGEBORENE	18
7. CODIERUNG DER DIAGNOSEN UND CHIRURGISCHEN EINGRIFFE/BEHANDLUNGSVERFAHREN	18
8. DATENÜBERMITTLUNG.....	19
8.1. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS LAND Folgende Einrichtungen sind zur Übermittlung des KEB an die Provinz verpflichtet:	19
8.2. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS MINISTERIUM.....	20
9. DRG-ZUWEISUNG UND BESTIMMUNG DER AUFNAHMETARIFE	21



1. EINFÜHRUNG

Mit Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 28. Dezember 1991 wurde im ganzen Staatsgebiet offiziell das Informations-Verfahren „Krankenhausentlassungsbogen“ (KEB) eingeführt. Der Bogen ist ein wesentlicher Teil der Krankenakte und ein ordentliches Mittel zur Erhebung von Informationen zu den einzelnen Patienten, die aus öffentlichen und privaten Krankenhäusern auf italienischem Staatsgebiet entlassen werden.

Mit dem MD vom 26. Juli 1993 wurde der Informationsfluss des KEB aktiviert. Die von den einzelnen Pflegeeinrichtungen anhand der Bögen gesammelten Informationen werden an die entsprechenden Regionen oder autonomen Provinzen weitergeleitet und von diesen wiederum dem Gesundheitsministerium übermittelt.

Das Ministerialdekret Nr. 380 vom 27.10.2000 (veröffentlicht im Amtsblatt vom 19.12.2000, Nr. 295, allgemeine Serie) „Bestimmungen zur Aktualisierung des Datenflusses, der jene Personen betrifft, die aus öffentlichen und privaten Krankenanstalten entlassen werden“ sieht eine Aktualisierung der Regelung des Informationsflusses betreffend die Entlassungen aus öffentlichen und privaten Pflegeeinrichtungen vor und führt mit ICD-9-CM ein Klassifizierungssystem für Diagnosen und Eingriffe ein. Es legt außerdem klare Regelungen über die Modalität der Verwaltung der Archive in Bezug auf die Bestimmungen der Behandlung von personenbezogenen Daten gemäß GvD Nr. 196 vom 30. Juni 2003 i.g.F. fest und schreibt die getrennte Verwaltung der meldeamtlichen und gesundheitlichen Informationen vor.

Das Dekret des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialpolitik vom 18.08.2008, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 56 vom 09.03.2009 „Aktualisierung der Klassifizierungssysteme für die Codierung der klinischen Informationen aus dem Krankenhausentlassungsbogen und die Vergütung der Gesundheitsleistungen im Krankenhaus“ legt die Anwendung der Klassifizierung ICD-9-CM, italienische Version 2007, ab den Entlassungen vom 1. Januar 2009 fest, wobei betreffend die Vergütungen Version 24 des Klassifizierungssystems DRG (Diagnosis Related Groups) eingesetzt wird.

Das Informationsverfahren KEB trat im Landesgebiet am 1. Jänner 1994 offiziell in Kraft. Das Verfahren beruht auf Modalitäten, die in den „Leitlinien des Landes“ enthalten sind, die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 6171 vom 5.10.1993 verabschiedet wurden. In Bezug auf verschiedene Änderungs-, Klärungs- und Präzisierungswünsche, die sich nach der ersten Anwendungsphase ergeben haben, gab das Assessorat für Gesundheitswesen verschiedene Rundschreiben und Beschlüsse heraus.

Ab 1. April 2004 ist der neue KEB des Landes in Kraft getreten. Die Anwendungsleitlinien wurden mit Beschluss der L.R. vom 17.11.2003 Nr. 4053. Der Beschluss wurde vom Gesundheitsassessorat mit verschiedenen Rundschreiben und Verordnungen aktualisiert, die nach den entsprechenden Änderungserfordernissen nach der Einführungszeit und zur Anpassung an die nationale Gesetzgebung im Laufe der Zeit erlassen wurden.

Aufgrund der Wichtigkeit dieses Datenflusses als Informationsbasis des neuen Finanzierungssystems sind die Sorgfalt, die Vollständigkeit und die Genauigkeit mit welcher der Erhebungsbogen ausgefüllt wird und die Codes zugeordnet werden, von besonderer Bedeutung.



2. ERHEBUNGSZWECK

Das den KEB begründende Ministerialdekret definiert das Verfahren als „ordentliches Instrument zur Erhebung von meldeamtlich-gesundheitlichen Informationen für jeden Patienten, der aus einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus entlassen wird, das sich auf nationalem Gebiet befindet [...]. Es gilt weiterhin, dass der Krankenhausentlassungsbogen laut Artikel 1, Par. 2 des Dekrets des Gesundheitsministeriums vom 28. Dezember 1991, einen wesentlichen Teil der Krankenakte bildet und dieselbe medizinische und rechtliche Wirkung hat, inklusive der Pflicht zur Verwahrung der Unterlagen in Papierform oder gleichwertiger Unterlagen in digitaler Form, und dass sämtliche in den Krankenhausentlassungsbögen enthaltenen Informationen in den entsprechenden Krankenakten gültig und umfassend analytisch dokumentiert sein müssen.“

Das Ministerialdekret Nr. 380 bestätigt das Informationsverfahren als einzigen Datenfluss für die Kranken- und Pflegeanstalten, wobei der Stellenwert der Informationsqualität und der Kontrollverfahren betont wird. Der KEB „stellt eine zusammenfassende und wirklichkeitsgetreue Wiedergabe der Krankengeschichte dar und ermöglicht die systematische und ökonomische Darstellung der wichtigsten Informationen in überprüfbarer Qualität“.

Abschließend ergänzt das letzte Dekret des Gesundheitsministeriums Nr. XXXX vom __.__.2015, welches durch die vorliegenden Landesleitlinien für die Verwaltung des Informationsflusses aufgenommen wurde, die Informationen des Krankenhausentlassungsbogens, um den Inhalt des KEB den Anforderungen für die Kontrolle, Bewertung und Planung der Gesundheitsprogrammierung anzupassen.

3. KEB-PFLICHTIGE KRANKENANSTALTEN

Der KEB muss für jeden Patienten ausgefüllt werden, der aus einem öffentlichen oder akkreditierten oder nicht akkreditierten privaten Krankenhaus entlassen wird.

Es wird für jeden Typ von Pflegeeingriff (akute / postakute Rehabilitation / postakute Neurorehabilitation / postakute Langzeitpflege und postakute Eingriffe in Spinalzentren) sowie für jeden Aufenthaltstyp (stationär / Aufenthalt im Day-Hospital-Betrieb / Day Surgery) ausgefüllt.

Unter Krankenanstalten ist die Gesamtheit aller Versorgungseinheiten zu verstehen, die dem hierfür festgelegten Code entsprechen, und zwar gemäß dem Dekret des Gesundheitsministeriums vom 23.12.96 (Amtsblatt Nr. 22 vom 28.1.1997) sowie gemäß den nachfolgenden Abänderungen und Erweiterungen betreffend die Erhebungsmodelle für die administrativen und wirtschaftlichen Aktivitäten der Sanitätseinheiten und der Krankenhausbetriebe.

Es wird darauf hingewiesen, dass für die Einheiten der funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation und der Neurorehabilitation (jeweils Abteilungen mit Fachrichtungs-Codes 56 und 75) das Verfahren, KEB- F.I.M. genannt, wesentliche Unterschiede im Vergleich zu jenem für die Akutabteilungen darstellt und im Vergleich zum Datensatz des KEB weitere Daten erhebt. Die allgemeinen Merkmale des Datenflusses, der Informationsinhalt und die Modalitäten für das Ausfüllen sind in eigenen Leitlinien definiert.

Zusammenfassend unterliegen somit folgende Krankenanstalten der Pflicht, den KEB auszufüllen:



- Öffentliche Einrichtungen, die stationäre Krankenhausversorgung für akute und postakute Eingriffe anbieten:
- Private Einrichtungen, die im Rahmen von Abkommen mit dem Gesundheitsbetrieb stationäre Krankenhausversorgung für akute und postakute Eingriffe anbieten.
- Private Einrichtungen, die ohne Abkommen mit dem Gesundheitsbetrieb stationäre Krankenhausversorgung für akute und postakute Eingriffe anbieten.

4. ALLGEMEINE MERKMALE DES KEB-DATENFLUSSES DES LANDES

4.1. AUFGABENVERTEILUNG BEIM AUSFÜLLEN DES KEB

Die zufriedenstellende Verwaltung des Informationsverfahrens erfordert die Festlegung genauer Aufgaben und Zuständigkeiten für das mit der Erhebung betraute Personal.

Der für die Entlassung des Patienten zuständige Arzt ist für das Ausfüllen des KEB verantwortlich. Bei besagtem Arzt handelt es sich in der Regel um den Leiter der Versorgungseinheit, welche den Patienten entlässt.

Die Codierung der Gesundheitsdaten im KEB erfolgt durch den für die Entlassung zuständigen Arzt oder vom Sanitätsdirektor der Krankenanstalt bestimmtes Gesundheitspersonal. Das mit der Codierung der im KEB enthaltenen Daten betraute Personal muss entsprechend ausgebildet sein. Die Sanitätsdirektion des Sanitätsbetriebs haftet für die Prüfung der korrekten Erstellung der KEB sowie für die Kontrolle der Vollständigkeit und Übereinstimmung der darin enthaltenen Informationen.

Sie muss im Rahmen ihrer Koordinations- und Überwachungstätigkeit:

- die erhobenen Daten prüfen;
- die Qualität der Erstellung des Bogens und der Codierung der darin enthaltenen Informationen sichern;
- sicherstellen, dass der Informationsfluss den Leitlinien des Landes entspricht;
- für die Ausbildung des mit der Codierung betrauten Personals sorgen;
- die Nutzung der Daten fördern und Ärzte kontinuierlich über das Informationspotential der nosologischen Daten aufklären;
- die periodische Überarbeitung der Leitlinien des Landes fördern.

Jedes Abteilungsblatt muss die Unterschrift des Leiters der Versorgungseinheit und jenes Arztes der Versorgungseinheit, der den Patienten betreut hat, tragen.

Jeder Leiter einer Versorgungseinheit oder leitende Arzt bei privaten Krankenanstalten (Beschluss der Landesregierung Nr. 7963 vom 17.12.1990, Art. 27) haftet für die Erstellung des KEB.

Der Leiter der Versorgungseinheit oder dessen Vertreter muss den Kontakt mit der Sanitätsdirektion aufrecht erhalten und die Nutzung der Daten fördern.



4.2. AUSFÜLLEN DES KEB

Der KEB ist für jeden Patienten auszufüllen, der aus einer öffentlichen oder aus einer privaten Krankenanstalt entlassen wird und darf für jeden Krankenhausaufenthalt nur einmal ausgestellt werden.

Bei Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus sind eine Krankengeschichte und ein KEB unter ein und derselben Identifikationsnummer zu eröffnen. Die Identifikationsnummer darf während der gesamten Aufenthaltsdauer, unabhängig von eventuellen Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt, nicht geändert werden.

Für jede Verlegung von einer Versorgungseinheit in eine andere ist ein „**Abteilungsblatt**“ auszufüllen, in das Informationen über den klinischen Zustand des Patienten und die Therapie (chirurgische Eingriffe und/oder Verfahren) für die Dauer des Aufenthalts in der betreffenden Versorgungseinheit eingetragen werden.

Das Abteilungsblatt dient also dazu, die von der einzelnen Versorgungseinheit erbrachten Leistungen zu dokumentieren und liefert nützliche Informationen über den Verbrauch an Ressourcen. Jedes Abteilungsblatt ist mit einer fortlaufenden Nummer für den jeweiligen Aufenthalt gekennzeichnet und mit Hilfe der nosographischen Nummer zu identifizieren. Wird der Patient zwischen Versorgungseinheiten ein und derselben Einrichtung verlegt, besteht somit der KEB aus mehreren Abteilungsblättern.

Daraus folgt, dass in den Fällen, in denen ein Patient ein oder mehrere Male zwischen Abteilungen ein und derselben Einrichtung verlegt wird, die gesamte klinische Dokumentation gemeinsam mit dem Patienten – für die gesamte Dauer des „Krankenhausaufenthalts“ - entsprechend weiterzuleiten ist.

In den Fällen, in denen die aufnehmende Abteilung und die Abteilung, aus welcher der Patient entlassen wird, ein und dieselbe ist, **und keinerlei Verlegung stattgefunden hat**, besteht der **Entlassungsbogen** aus **einem Teil, der die meldeamtlichen Daten enthält und einem mit den klinischen Daten** (folglich aus nur einem Abteilungsblatt).

Was die Dokumentation in Papierform oder in digitaler Form für das mit der Erstellung des KEB betraute Personal betrifft, kann der Sanitätsbetrieb ein Modell auswählen, das ihm, bezogen auf die verschiedenen organisatorischen Anforderungen, am geeignetsten erscheint. Unabhängig von der lokal gewählten Variante müssen alle Daten, die sich auf den Aufenthalt beziehen, insbesondere die Informationen mit klinischem Inhalt, für den Arzt, der den Patienten entlässt, ersichtlich sein.

Die im KEB enthaltenen klinischen Informationen, für welche bei der Entlassung die Auswahl und Codierung durch den leitenden Arzt gefordert wird, sind:

- Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus, also die Diagnose, aus der sich die wichtigsten Behandlungsnotwendigkeiten und damit der größte Ressourcenverbrauch für Diagnose und/oder Behandlung im Laufe des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus ergeben haben.
- Es sind jene Sekundärdiagnosen anzugeben, die nach dem Urteil des Arztes das größte Gewicht beim Ressourcenverbrauch für die medizinische Versorgung und aufgrund der Komplexität der Behandlung hatten.



- Der eventuelle chirurgische Eingriff/das Primärverfahren, der oder das die Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglicht, das heißt, der Eingriff, der für die Primärdiagnose bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ausschlaggebend war.
- Andere chirurgische Eingriffe/Verfahren sekundärer Art, die der Entlassung aus dem Krankenhaus vorangegangen sind, wobei jene Eingriffe/Verfahren anzugeben sind, die für den gesamten Krankenhausaufenthalt die größte Relevanz haben.

4.3 AUSFÜLLEN DES KEB BEI VERLEGUNGEN ZWISCHEN VERSORGUNGSEINHEITEN

Werden im Laufe des Krankenhausaufenthalts **Verlegungen des Patienten zwischen Abteilungen/Versorgungseinheiten derselben Einrichtung** vorgenommen, so setzt sich der Entlassungsbogen aus dem Teil mit den meldeamtlichen Angaben, den Teilen mit den klinischen Aufnahme- und Entlassungsdaten (erstes Blatt, Vorder- und Rückseite des Faksimile) und **aus mehreren Abteilungsblättern zusammen**, die jeweils für eine Abteilung gelten, in die der Patient vorübergehend aufgenommen worden war.

Die einzelnen Verlegungen zwischen Versorgungseinheiten erfordern daher keine Entlassung und anschließende Wiederaufnahme des Patienten in eine neue Abteilung; ebenso erfordert die Änderung der Kostenträger nicht notwendigerweise die Erstellung eines neuen Abteilungsblattes.

Die Versorgungseinheit, die für die Verlegung des Patienten sorgt, muss das Abteilungsblatt für den eigenen Zuständigkeitsbereich ausfüllen, wobei sowohl die Abteilungsdaten als auch die klinischen Daten des Patienten einzutragen sind. Die einzelnen Abteilungsblätter sind Teil des Entlassungsbogens der Krankenanstalten.

Bei Verlegung zwischen Abteilungen derselben Einrichtung ist im Feld „Entlassungsart“ die Art „Verlegung in eine andere Abteilung“ einzutragen, während im Falle des Abgangs aus der Abteilung bei gleichzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus die Destination des Patienten gemäß den für diese Variable vorgesehenen Arten anzugeben ist.

Bei den klinischen Informationen muss, zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten vom Krankenhaus, der Arzt der Versorgungseinheit, der den Patienten aus dem Krankenhaus entlässt, folgende Angaben machen, wobei die Codierungsregeln der Diagnosen in den Leitlinien für die Auswahl und Codierung der Diagnosen, der chirurgischen Eingriffe und der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, wie von der Landesregierung beschlossen, eingehalten werden müssen,

- Angaben zur Versorgungseinheit, die den Patienten entlässt:

- Primärdiagnose der Abteilung, bzw. die für die Aufnahme in die betreffende Abteilung ausschlaggebende Diagnose.
- Sekundär Diagnosen der Abteilung, bzw. andere für das klinische Fortschreiten relevante pathologische Merkmale, die für die Abteilungstherapie von Bedeutung sind.
- Eventueller chirurgischer Eingriff/Behandlung in der Abteilung, sowie der Eingriff, der unmittelbar mit der Haupt- oder Primärdiagnose der Abteilung in Zusammenhang steht.



- Andere chirurgische Eingriffe/Behandlungen in der Abteilung, sowie die wichtigeren chirurgischen Eingriffe, denen der Patient im Laufe seines Aufenthalts in der Abteilung unterzogen wurde.
- Angaben zur Entlassung aus dem Krankenhaus, wobei alle klinischen Informationen aus den verschiedenen Abteilungsblättern zu beachten sind:
- Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus, also die Diagnose, aus der sich die wichtigsten Behandlungsnotwendigkeiten und damit der größte Ressourcenverbrauch für Diagnose und/oder Behandlung im Laufe des gesamten Aufenthalts im Krankenhaus ergeben haben.
- Es sind jene Sekundär Diagnosen anzugeben, die nach dem Urteil des Arztes das größte Gewicht beim Ressourcenverbrauch für die medizinische Versorgung und aufgrund der Komplexität der Behandlung hatten.
- Der eventuelle chirurgische Eingriff/das Primärverfahren, der oder das die Entlassung aus dem Krankenhaus ermöglicht, das heißt der Eingriff, der für die Primärdiagnose bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ausschlaggebend war.
- Andere chirurgische Eingriffe/Verfahren sekundärer Art, die der Entlassung aus dem Krankenhaus vorangegangen sind, wobei jene Eingriffe/Verfahren anzugeben sind, die für den gesamten Krankenhausaufenthalt die größte Relevanz haben.

4.4. DIE SCHLIEßUNG DES ENTLASSUNGSBOGENS

Der Krankenhausentlassungsbogen wird geschlossen, wann immer der Krankenhausaufenthalt des Patienten endet.

Die Arten der Entlassung/Verlegung des Patienten werden in der entsprechenden Variablen „Art der Entlassung“ im Datensatz des KEB angegeben.

Es gibt einige Sondersituationen in der Verwaltung des KEB, nämlich bei Patienten, deren realer Pflegeaufenthalt nicht beendet ist, und die stattdessen aus gesundheitlichen Gründen länger in der Krankenanstalt versorgt werden müssen, wenngleich ein abweichender Aufnahmetyp oder eine andere Betreuungsmethode vorgesehen sind.

4.4.1. Übergang von einer Versorgungsart zu einer anderen (Aufenthalt im Day-Hospital-Betrieb – Aufenthalt im ordentlichen Krankenhausbetrieb – Rehabilitation – Langzeitversorgung)

Bei Übergang vom ordentlichen Krankenhausbetrieb zum Day-Hospital-Betrieb, oder umgekehrt, und von der Akutaufnahme zur Rehabilitation oder Langzeitpflege, oder umgekehrt, muss der Aufenthalt geschlossen und eine neue Krankengeschichte sowie ein neuer KEB eröffnet werden.

Nach den Leitlinien des Landes für die Organisation der Betreuung im Day-Hospital, sowohl bei medizinischer als auch bei chirurgischer Versorgung (Beschluss der L.R. Nr. 5188 vom 30.12.2002 in geltender Fassung), sowie gemäß den Beschlüssen zur Aktualisierung des Landestarifverzeichnisses, ist bei Übergang von der Behandlung im Day-Surgery-Betrieb in den ordentlichen Krankenhausbetrieb, wobei der Wechsel aufgrund der durchgeführten Feststellung der mangelnden



Eignung für den tagesklinischen chirurgischen Aufenthalt zu erfolgen hat, der Entlassungsbogen zu schließen, und der Zugang als Aufnahme im medizinischen Day-Hospital-Betrieb zu betrachten. Sollte die Behandlung in Tagesklinik auf Wunsch des Patienten unterbrochen werden, der aber als geeignet für diese Art von Versorgung eingestuft ist, so gelten die in der Folge erbrachten Leistungen als ambulante fachärztliche Betreuung. Dies bringt mit sich, dass der Patient einen Kostenbeitrag leisten muss. Der KEB für die Tagesklinik ist folglich aufzuheben.

In jenen Fällen hingegen, in denen der Patient wegen aufgetretener Komplikationen von der Tagesklinik in den ordentlichen Krankenhausbetrieb kommt, ist der KEB für Tagesklinik zu schließen und ein neuer KEB für den ordentlichen Krankenhausbetrieb zu eröffnen.

4.4.2. Zeitweilige Verlegungen in andere Einrichtungen zur Inanspruchnahme sonst nicht verfügbarer Versorgungsleistungen:

Die Verlegung eines Patienten von einer Einrichtung in eine andere erfordert die Schließung des KEB jener Krankenanstalt, von der die Verlegung ausgeht, und die Eröffnung eines neuen KEB seitens der aufnehmenden Krankenanstalt.

Ausgenommen sind vorübergehende Verlegungen in andere Einrichtungen, die fachärztliche Leistungen im ambulanten Betrieb erbringen (wie nuklearmedizinische Leistungen, Magnetresonanztomographien, Computertomographie, fachärztliche Beratung). Dies gilt ebenfalls für bestimmte Leistungen im Rahmen der Aufnahme in den ordentlichen Krankenhausbetrieb (wie es bei einigen invasiven kardiologischen Verfahren der Fall ist), die im ursprünglichen Aufnahmekrankenhaus nicht verfügbar sind. Solche Leistungen sind im Verlaufe eines Kalendertages zu erbringen und dürfen nicht die Übernachtung des Patienten in der durchführenden Krankenanstalt bedingen.

Bei Erbringung von Leistungen im Rahmen des Krankenhausaufenthalts außerhalb des vertragsgebundenen Bereichs, ist der KEB vor Verlegung des Patienten in eine andere Einrichtung zu schließen und wieder zu eröffnen, sobald der Patient wieder in die Einrichtung aufgenommen wird. Bei Codierung nach Entlassung aus dem Krankenhaus, gibt die Einrichtung, in welcher der Patient eingeliefert wurde, auch jene Eingriffe/Behandlungsverfahren an, die in externen Einrichtungen durchgeführt wurden. In diesen Fällen muss in eines der Felder, die sich auf die Sekundärdiagnose beziehen, auch der Code V63.8 „Nicht-Verfügbarkeit sonstiger medizinischer Dienstleistungen“, gemäß den Codierungsregeln des Landes, eingetragen werden. Außer dem Code V63.8, der unter Sekundärdiagnose einzutragen ist, müssen auch die Variablen betreffend Datum und Uhrzeit der Verlegungen, Typ und Code der „Externen, leistungserbringende Einrichtung“ und der Code der Abteilung, in welche der Patient zeitweilig verlegt wurde, angegeben werden.

Bei Komplikationen im Laufe des Eingriffs, welche eine Rück-Verlegung des Patienten an die entsendende Einrichtung verhindern, wird der KEB bei der Verlegung geschlossen. Die Einrichtung, welche den Eingriff vorgenommen hat und die Nachbetreuung vornimmt, eröffnet einen neuen KEB und gibt die Codes für die durchgeführten Eingriffe/Verfahren an. In diesem spezifischen Fall darf also der durchgeführte Eingriff nicht in den KEB der Herkunftseinrichtung eingegeben werden, da die Entlassung mit der Verlegung des Patienten, die vor der Durchführung des Eingriffes stattfindet, übereinstimmt.



4.5. AUSFÜLLEN DES KEB BEI AUFNAHME IM DAY-HOSPITAL-BETRIEB

Eine Aufnahme im Day-Hospital-Betrieb hat folgende Merkmale:

- Programmierter Aufenthalt, bestehend aus ein oder mehreren Zugängen.
- Beschränkt sich auf einen Teil des Tages, also nicht volle 24 Stunden ab der Aufnahme, und sieht im Normalfall keine Übernachtung des Patienten vor.
- Umfasst Leistungen fachärztlicher und/oder multidisziplinärer Art, die aufgrund ihrer Komplexität oder invasiver Techniken oder wegen des Risikos für den Patienten nicht im ambulanten Betrieb erbracht werden können.

Bei Aufnahme des Patienten im Day-Hospital-Betrieb müssen die Krankenakte und der entsprechende KEB die Krankengeschichte und sämtliche Unterlagen zum Behandlungszyklus des Patienten enthalten. Jeder Zugang des Patienten wird als Tagesaufenthalt berechnet, wobei das Entlassungsdatum dem Tag des letzten Kontaktes mit der Pflegeeinrichtung, an welcher der Behandlungszyklus stattfindet, entspricht.

In der Dokumentation für einen Patienten, der im Day-Hospital-Betrieb aufgenommen wurde, sind das Datum des Behandlungsbeginns und das Datum der Entlassung anzugeben (Abschluss des Behandlungszyklus und letzter Kontakt). Außerdem sind der Grund für den Aufenthalt und die Anzahl der Aufnahmen im Laufe des gesamten Behandlungszyklus anzuführen.

Die Krankenakten und die entsprechenden KEB für die Tagesaufenthalte müssen am 31. Dezember jeden Jahres geschlossen werden. Führt der geplante Behandlungszyklus im darauffolgenden Jahr fort, werden eine neue Akte und ein neuer KEB für Behandlungszyklen im Day-Hospital-Betrieb für das Folgejahr angelegt.

Bei Aufnahme im Day-Hospital-Betrieb müssen folgende Variablen eingetragen werden:

- **Grund für die Aufnahme im Day-Hospital-Betrieb:** Hier ist anzugeben, ob es sich um eine Aufnahme aus diagnostischen Erfordernissen (einschließlich Follow-Up), aus chirurgischen Erfordernissen (Day Surgery), um einen therapeutischen Aufenthalt oder um einen Aufenthalt zur Rehabilitation handelt.
- **Anzahl der Aufenthaltstage im Day-Hospital-Betrieb:** Die Gesamtzahl der Aufnahmen, bei denen der Patient im Laufe ein und desselben Behandlungszyklus Kontakt mit der Einrichtung hatte.

Im Falle einer Verlegung des Patienten von der Aufnahme im Day-Hospital-Betrieb zu einem anderen Aufnahmemodus oder umgekehrt muss der Patient entlassen werden, woraufhin eine neue Krankenakte und ein neuer KEB zu erstellen sind.

4.6. MEDIZINISCHE LEISTUNGEN VOR u. NACH DEM KRANKENHAUSAUFENTHALT

Gemäß dem in Art. 1 Absatz 18 des Gesetzes Nr. 662/96 „Maßnahmen zur Rationalisierung der öffentlichen Finanzen“ formulierten Grundsatz, festgelegt in Art. 1 Absatz 5 des Ministerialdekrets vom 30.6.1997 und schließlich neuerlich bestätigt im gesetzesvertretenden Dekret Nr. 124 vom 29.4.1998, sind medizinische Leistungen, die unmittelbar und direkt zum programmierten Aufenthalt gehören und die im Voraus von der Aufenthaltseinrichtung für den Patienten erbracht werden,



nach dem Gesamttarif für den betreffenden Krankenhausaufenthalt zu vergüten und unterliegen nicht der Beitragspflicht durch den Staatsbürger.

Die Autonome Provinz Bozen hat die genannten gesetzlichen Bestimmungen durch den Beschluss der L.R. Nr. 6337 vom 1.12.1997 und durch das Rundschreiben „Leitlinien für die Durchführung des Beschlusses der L.R. Nr. 6337 vom 1.12.1997, Punkt 8, rezipiert und die betreffenden Verfügungen durch die Beschlüsse der L.R. Nr. 1385 vom 19.4.1999, Nr. 2797 vom 27.8.2001 und Nr. 4560 vom 17.12.2001 aktualisiert.

Werden medizinische Leistungen, die direkt mit dem Aufenthalt zusammenhängen¹, und demzufolge den obigen Bestimmungen unterliegen, vor dem Krankenhausaufenthalt erbracht, so ist im KEB die Aufnahme-Art „Programmierter Aufenthalt mit Vor-Aufnahme“ anzugeben, wobei die Behandlungsverfahren angegeben werden können, die vor dem Aufenthalt durchgeführt wurden. Die entsprechenden Befunde sind der Krankengeschichte beizufügen. Die genannten medizinischen Leistungen werden im Gesamttarif für den Krankenhausaufenthalt berechnet und werden demzufolge nicht dem Patienten in Rechnung gestellt².

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der Provinz (Beschluss der L.R. Nr. 2797 vom 27.8.2001; Beschluss der L.R. Nr. 4560 vom 17.12.2001) gelten medizinische Leistungen, die nach dem Aufenthalt im ordentlichen Krankenhausbetrieb in Anspruch genommen werden (erste fachärztliche ambulante Untersuchung nach dem Aufenthalt, erste ambulante Versorgung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung), als integrierender Bestandteil des Krankenhausaufenthalts und fließen in den für die Aufenthaltsart spezifischen DRG-Gesamttarif ein und sind für den Patienten unentgeltlich.

Instrumentelle Leistungen (z.B. TAC, Magnetresonanzen, EEG, Szintigrafien, usw.), die nicht zeitgerecht während des Krankenhausaufenthalts durchführbar sind, aber in dasselbe DRG fallen, werden als sogenannte „Warteschlangen“-Nachuntersuchungen durchgeführt.

Diese Leistungen, die für eine Diagnostik Erstellung notwendig sind, müssen innerhalb von 15 Tagen ab Entlassung durchgeführt werden und müssen im Entlassungsschreiben angeführt werden (Art der Untersuchung und Vormerkdatum). Diese Untersuchungen unterliegen nicht dem Ticket (mit eigenem internen Formular oder anderer organisatorischer Modalität der Einrichtung anzufordern).

¹ Leistungen, die vor dem Krankenhausaufenthalt erbracht werden (und die Gegenstand der im Beschluss der L.R. Nr. 6337, im Rundschreiben des Landes vom 14.07.1997 u. im Beschluss der L.R. Nr. 1385 enthaltenen Bestimmungen sind) müssen in engem u. direktem Zusammenhang mit dem programmierten Krankenhausaufenthalt stehen. Diese Leistungen sind überdies im Voraus von derselben Einrichtung, die den Patienten aufnimmt (vom Krankenhaus Brixen in den Bereichen Dermatologie u. Augenheilkunde für die Patienten des eigenen Wohnsitzgebiets, die in der Folge vom Krankenhaus Bruneck aufgenommen werden. Vom Krankenhaus Bruneck in den Bereichen HNO u. Urologie für die Patienten des eigenen Wohnsitzgebiets, die in der Folge vom Krankenhaus Brixen aufgenommen werden. Von einem Krankenhaus der Provinz für die Patienten des eigenen Wohnsitzbereichs, die dann von einem anderen Krankenhaus, das zum selben Sanitätsbetrieb gehört, aufgenommen werden – Meran, Brixen, Bruneck.), zu erbringen, und zwar ordentlich innerhalb der letzten 30 Tage vor dem Krankenhausaufenthalt. Leistungen, die dazu dienen, die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts zu begründen oder festzustellen, unterliegen weiterhin der Beitragspflicht seitens des Staatsbürgers.

² Rundschreiben der Provinz vom 14.7.97 „4a“: Wird der Aufenthalt aufgrund einer motivierten Entscheidung des Arztes (klinische Gründe oder interne organisatorische Gründe) nicht durchgeführt, so muss der Patient nicht für die Leistung bezahlen“. „4.b“. Kommt es ausschließlich auf Wunsch des Patienten nicht zu dem geplanten Aufenthalt, so muss dieser für die erbrachten Leistungen bezahlen.



5. AUFLISTUNG DER VOM KRANKENHAUSENTLASSUNGSBOGEN ERFASS- TEN INFORMATIONEN; DIE AN DAS LAND ZU SIND

Der Sanitätsbetrieb und die privaten Krankenanstalten müssen nach den festgelegten Modalitäten folgende Informationen übermitteln, da eine Mitteilungspflicht gegenüber der Landes besteht. In Bezug auf die Angabe der einzelnen Variablen müssen sich der Sanitätsbetrieb und die privaten Krankenanstalten an die Bestimmungen der Technischen Leitlinien halten.

Informationsverzeichnis für die Zusendung von Datensatz A an das Land (meldeamtliche Informa- tionen)

1. Sanitätsbetrieb/Krankenhaus
2. Nummer des Krankenhausentlassungsbogens – nosographische Nummer
3. Nummer des Abteilungsblatts
4. Nummer des Krankenhausentlassungsbogens – nosographische Nummer der Wöchnerin
5. Familienname
6. Vorname
7. Erwerbener Nachname
8. Geschlecht
9. Geburtsdatum
10. Geburtsort
11. Familienstand
12. Wohnsitz
13. Staatsbürgerschaft
14. Art des Betreuten-ID-Codes
15. Persönlicher ID-Code des Betreuten
16. Persönlicher Sanitätskode
17. Wohnsitzregion
18. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit
19. Versorgungsregion
20. Gesundheitsbezirk/zuständiger Sanitätsbetrieb
21. Wohnsitz im Ausland
22. Ausländische Krankenkasse
23. Anschrift der ausländischen Krankenkasse
24. PLZ der ausländischen Krankenkasse
25. Identifikationsnummer des EKVK
26. Code der für die EKVK zuständigen Einrichtung
27. Kurzbezeichnung der Institution, welche die EKVK ausgestellt hat



- 28. Staat, der die EKVK ausgestellt hat
- 29. In der EKVK vorgesehene Betreuungsart
- 30. Ablaufdatum der EKVK
- 31. Bildungsgrad
- 32. Benutzer-ID des Patienten in der Datenbank zur Gültigkeitsprüfung vorhanden

Informationsverzeichnis für die Zusendung von Datensatz B an das Land (klinische Informationen)

- 33. Art des Aufenthaltes
- 34. Datum und Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus
- 35. Aufnehmende Versorgungseinheit
- 36. Versorgungseinheit für den tatsächlichen „physischen“ Aufenthalt zur post-akuten Langzeitpflege
- 37. Kostenträger für den Aufenthalt
- 38. Herkunft des Patienten
- 39. Art des Aufnahme
- 40. Grund für die Aufnahme im Day-Hospital-Betrieb
- 41. Datum und Uhrzeit der Aufnahme in die Versorgungseinheit (Abteilung)
- 42. Genehmigte Abwesenheitstage
- 43. Verletzungen und Vergiftungen
- 44. Primärdiagnose der Abteilung
- 45. Erste Sekundärdiagnose der Abteilung
- 46. Zweite Sekundärdiagnose der Abteilung
- 47. Dritte Sekundärdiagnose der Abteilung
- 48. Vierte Sekundärdiagnose der Abteilung
- 49. Fünfte Sekundärdiagnose der Abteilung
- 50. Datum des Primäreingriffs (des Behandlungsverfahrens, der Geburt) in der Abteilung
- 51. Chirurgischer Primäreingriff (Behandlungsverfahrens, Geburt) in der Abteilung
- 52. Art der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den Primäreingriff/Behandlungsverfahren der Abteilung durchführt.
- 53. Code der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den Primäreingriff/das Behandlungsverfahren der Abteilung durchführt.
- 54. Datum des chirurgischen Sekundäreingriffs (Verfahrens, Geburt) 1 der Abteilung
- 55. Sekundärer chirurgischer Eingriff (Verfahren, Geburt) 1 der Abteilung
- 56. Art der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 1 der Abteilung vornimmt.
- 57. Code der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 1 der Abteilung vornimmt.
- 58. Datum des chirurgischen Sekundäreingriffs (Verfahrens, Geburt) 2 der Abteilung
- 59. Sekundärer chirurgischer Eingriff (Verfahren, Geburt) 2 der Abteilung



60. Art der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 2 der Abteilung vornimmt.
61. Code der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 2 der Abteilung vornimmt.
62. Datum des chirurgischen Sekundäreingriffs (Verfahrens, Geburt) 3 der Abteilung
63. Sekundärer chirurgischer Eingriff (Verfahren, Geburt) 3 der Abteilung
64. Art der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 3 der Abteilung vornimmt.
65. Code der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 3 der Abteilung vornimmt.
66. Datum des chirurgischen Sekundäreingriffs (Verfahrens, Geburt) 4 der Abteilung
67. Sekundärer chirurgischer Eingriff (Verfahren, Geburt) 4 der Abteilung
68. Art der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 4 der Abteilung vornimmt.
69. Code der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 4 der Abteilung vornimmt.
70. Datum des Chirurgischen Sekundäreingriffs (Verfahrens, Geburt) 5 der Abteilung
71. Sekundärer chirurgischer Eingriff (Verfahren, Geburt) 5 der Abteilung
72. Art der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 5 der Abteilung vornimmt.
73. Code der externen, leistungserbringenden Einrichtung, die den sekundären chirurgischen Eingriff/das Behandlungsverfahren 5 der Abteilung vornimmt.
74. Anzahl der Aufnahmen im Day-Hospital-Betrieb
75. Entlassende Versorgungseinheit
76. Art des Abgangs/ der Entlassung
77. Datum und Uhrzeit des Abgangs aus der Versorgungseinheit (Abteilung)
78. Datum und Uhrzeit der Entlassung oder des Ablebens
79. Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus
80. Sekundärdiagnose (von 1 bis 5) bei Entlassung aus dem Krankenhaus
81. Datum des chirurgischen Primäreingriffs (Behandlungsverfahren, Geburt) bei Entlassung aus dem Krankenhaus
82. Uhrzeit des chirurgischen Primäreingriffs
83. Chirurgischer Primäreingriff (Behandlungsverfahren, Geburt) bei Entlassung aus dem Krankenhaus
84. Datum und Uhrzeit des sekundären chirurgischer Eingriff (Behandlungsverfahren, Geburt) – 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
85. Sekundärer chirurgischer Eingriff (Behandlungsverfahren, Geburt) – 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
86. Obduktionsbefund
87. Typologie des einweisenden Arztes



88. Code des einweisenden Arztes
89. Aufenthaltstage mit abweichender Regelung
90. Gewicht bei der Geburt
91. Datum der Vormerkung für den Krankenhausaufenthalt
92. Befreiungsart
93. Code der Befreiung
94. Betrag der Kostenbeteiligung für den Krankenhausaufenthalt
95. Klasse
96. Anzahl der Tage als Klassenpatient
97. Prioritätsklasse
98. ASA-Klasse
99. Entlassungsmanagement
100. Grad des poststationären Unterstützungsbedarfs
101. Äußere Ursache
102. Anästhesiologische Untersuchung
103. Externe Zielversorgungseinheit, welche den Primäreingriff in der Abteilung vorgenommen hat
104. Datum und Uhrzeit der Verlegung in die externe Zielversorgungseinheit, welche den Primäreingriff in der Abteilung vorgenommen hat
105. Datum und Uhrzeit der Rückverlegung aus der externen Zielversorgungseinheit, welche den Primäreingriff in der Abteilung vorgenommen hat
106. Externe Zielversorgungseinheit, welche den Sekundäreingriff – von 1 bis 5 - der Abteilung vorgenommen hat
107. Datum und Uhrzeit der Verlegung in die externe Einrichtung, welche den Sekundäreingriff – von 1 bis 5 - der Abteilung vorgenommen hat
108. Datum und Uhrzeit der Rückverlegung aus der externen Einrichtung, welche den Sekundäreingriff – von 1 bis 5 - der Abteilung vorgenommen hat
109. Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus, bereits vor der Aufnahme gegenwärtig
110. Seitenlage der Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus
111. Sekundärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus (von 1 bis 5), bereits vor der Aufnahme gegenwärtig
112. Seitenlage der Sekundärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus (von 1 bis 5)
113. ID Chirurg 1 Primäreingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus
114. ID Chirurg 2 Primäreingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus
115. ID Chirurg 3 Primäreingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus
116. ID Anästhesiearzt Primäreingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus
117. Checklist OP Primäreingriff bei Entlassung aus dem Krankenhaus
118. Seitenlage des Primäreingriffs bei Entlassung aus dem Krankenhaus
119. ID Chirurg 1 Sekundäreingriff – von 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
120. ID Chirurg 2 Sekundäreingriff – von 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus



- 121. ID Chirurg 3 Sekundäreingriff – von 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- 122. ID Anästhesiearzt Sekundäreingriff – von 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- 123. Checklist OP Sekundäreingriff – von 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- 124. Seitenlage Sekundäreingriff – von 1 bis 10 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- 125. Schmerzmessung
- 126. Synthetische Klassifikation des Tumor-Stadiums der Primärdiagnose bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- 127. Synthetische Klassifikation des Tumor-Stadiums der Sekundärdiagnose – von 1 bis 5 - bei Entlassung aus dem Krankenhaus
- 128. Systolischer arterieller Druck
- 129. Serumkreatininspiegel
- 130. Ejektionsfraktion



6. GESUNDE NEUGEBORENE

Gemäß dem Beschluss der Landesregierung Nr. 6337 vom 01.12.1997, der in Anwendung der Ministerialverordnung vom 30. Juni 1997 „Anpassung der Tarife für die Krankenhausversorgung“ vom 14. Dezember 1994 erging, wird die Pflicht zum Ausfüllen des Entlassungsbogens der Krankenhäuser auch auf in der Säuglingsstation versorgte gesunde Neugeborene ausgedehnt.

Die Abteilung für die Aufnahme und Versorgung gesunder Neugeborener ist die Säuglingsstation (Code „31.00“), unabhängig davon, ob diese funktional an eine Abteilung für Pädiatrie oder Geburtshilfe angeschlossen ist.

Die sichere Identifizierung des Neugeborenen ist Voraussetzung für die Gültigkeit des Entlassungsbogens, auch im Sinne des Ausgleichs innerhalb und außerhalb der Provinz.

Für jedes Neugeborene ist ein KEB zu erstellen.

Die Angabe des Geburtsdatums des Neugeborenen ist verpflichtend.

Die Wohnsitzgemeinde des Neugeborenen ist jene der Mutter.

Aufgrund der Verordnung vom 26. Juli 1993 muss bei Krankenhausaufenthalten wegen Geburt das Ergebnis der Geburt nach dem entsprechenden Code V27._ im Sinne des Abschnitts „Persone che ricorrono ai servizi sanitari in circostanze connesse alla riproduzione e allo sviluppo“ (Nutzung der Gesundheitsdienste im Zusammenhang mit Fortpflanzung und Wachstum) angegeben werden. Der genannte Abschnitt ist Teil der zusätzlichen Klassifizierung jener Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen können (Codes V). Diese zusätzliche Klassifizierung ist in der Anlage zur Klassifizierung ICD-9 CM, Version 2007, enthalten.

7. CODIERUNG DER DIAGNOSEN UND CHIRURGISCHEN EINGRIFFE/BEHANDLUNGSVERFAHREN

Die Codierung der Diagnosen und der Eingriffe erfolgt nach der internationalen Klassifizierung der Krankheiten – klinischen Veränderung (italienische Version der Ausgabe 2007 von „International Classification of Disease – 9th revision – Clinical Modification“, derzeit verwendete Version).

Die Auswahl der Codes muss aufgrund der Codierungsregeln und der Diagnosen der Eingriffe erfolgen gemäß den derzeit geltenden Leitlinien für die Auswahl und Codierung der Diagnosen, chirurgischen Eingriffe und der diagnostischen und therapeutischen Verfahren vorgenommen werden. Diese werden von der Landesregierung erlassen³. Bei der Ausarbeitung der Leitlinien wurden die bereits auf nationaler Ebene gesammelten Erfahrungen berücksichtigt.

³ Zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Leitlinien entspricht die aktuelle Version der fünften Ausgabe der Leitlinien für die Wahl und Codierung der klinischen Variablen des KEB des Landes, wie sie mit Beschluss der Landesregierung Nr. 561 vom 04.04.2011 genehmigt wurde.



8. DATENÜBERMITTLUNG

8.1. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS LAND

Folgende Einrichtungen sind zur Übermittlung des KEB an die Provinz verpflichtet:

- öffentliche Krankenanstalten für akute und postakute Aufnahmen;
- private Krankenanstalten, die in Abkommen mit dem Sanitätsbetrieb akute und postakute Aufnahmen vornehmen;
- private Krankenanstalten, die ohne Abkommen mit dem Sanitätsbetrieb, aber in Aufenthaltsregime mit indirekter Vergütung für den Patienten, akute und postakute Aufnahmen vornehmen.

Sämtliche Daten für jeden Krankenhausaufenthalt müssen zur Kontrolle nach dem in den Technischen Vorschriften beschriebenen Datensatzformat an die Südtiroler Informatik AG übermittelt werden. Besagte Daten müssen in zwei getrennten Archiven gehalten werden:

- das erste enthält die meldeamtlichen Daten (Datensatz A),
- das zweite die klinischen Daten (Datensatz B).

Die Verbindung der zwei Archive wird durch Schlüsselvariablen gewährleistet, und zwar durch den nosographischen Code, den Code der Einrichtung, die Nummer des Erhebungsbogens der Abteilung und den individuellen Gesundheitscode.

Bevor sie in die Landesdatenbank geladen werden, werden die Daten gemäß der Technischen Vorschriften auf Logik und Form geprüft. Daten, die laut Kontrolle nicht korrekt sind, werden nicht in die Landesdatenbank eingelesen, solange sie nicht vom Sanitätsbetrieb korrigiert werden.

Es gelten die letzten vom Gesundheitsbezirk und allen privaten Krankenanstalten übermittelten Daten.

Auf der Grundlage des Dekretes des Gesundheitsministers N. 261 vom 07.12.2016 und unter Berücksichtigung der Bearbeitungszeiten des Assessorates, werden für die Kontrollen und allfälligen Gegenvorbringungen folgende Fristen festgelegt:

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| - Januar | 10. März des laufenden Jahres; |
| - Februar | 10. April des laufenden Jahres |
| - März | 10. Mai des laufenden Jahres |
| - April | 10. Juni des laufenden Jahres |
| - Mai | 10. Juli des laufenden Jahres |
| - Juni | 10. August des laufenden Jahres |
| - Juli | 10. September des laufenden Jahres |
| - August | 10. Oktober des laufenden Jahres |
| - September | 10. November des laufenden Jahres |
| - Oktober | 10. Dezember des laufenden Jahres |
| - November | 10. Januar des folgenden Jahres |
| - Dezember | 10. Februar des folgenden Jahres |

Die Schließung der Krankenakte und des zugehörigen KEB muss umgehend und zwingend innerhalb der festgelegten Zusendungstermine erfolgen.



Wenn ein Aufenthalt nach dem zulässigen Termin eintrifft:

- wird eine Mitteilung durch einen Fehlercode gegeben;
- der Aufenthalt wird nicht mehr in die KEB-Landesdatenbank aufgenommen;
- und er wird für die Berechnung der Mobilität nicht berücksichtigt.

Es gelten weiterhin die Bestimmungen für die Übermittlung eventueller Korrekturen auch nach dem Fälligkeitstermin.

Die Rechenzentren müssen in jedem Fall auch nach der Fälligkeit sämtliche Daten übermitteln, damit eventuelle Abweichungen zwischen den Archiven des Landes und der Sanitätsbetriebe überprüft und überwacht werden können.

Die Datenübermittlung an das Land erfolgt über eine Webservice-Anwendung, die unter folgender URL-Adresse erreichbar ist:

<https://www.sis.bz.it/apps/newsdoupload> .

Diese Anwendung, zugänglich für alle Benutzer des Gesundheitsnetzwerkes des Landes, sieht zwei Arten von Benutzertyp vor:

- Benutzerprofil Sanitätsbetrieb-EDV, welcher im Stande ist die Daten aufzuladen, die Fehler-Logfiles aufzurufen, den Datenimport in die Landesdatenbank der KEB zu beantragen (bezogen nur auf die formell korrekten Daten), oder deren Löschung wenn fehlerhaft kodiert.;
- Benutzerprofil Privatklinik, welcher im Stande ist die Daten aufzuladen, die Fehler-Logfiles aufzurufen, oder die Löschung der Daten - wenn fehlerhaft kodiert - zu beantragen.

Zu beachten: die privaten Krankenanstalten müssen – zum Zwecke des Imports in die Landesdatenbank - ihre KEB-Daten an die EDV-Zentren des jeweiligen Einzugsgebietes übermitteln. Die Modalitäten der Datenübermittlung sind eigens vereinbart zwischen Betriebs-EDV und der Privatklinik. Die Betriebs-EDV-Zentren werden dann diese Daten so wie ihre eigenen KEB handhaben und entsprechend der Landesdatenbank übermitteln (Aufladen, Kontrolle eventueller Fehler, Löschung der Daten oder endgültiger Daten-import).

Diese sind die einzigen zugelassenen Modalitäten der Datenübermittlung an das Land (durch SI-AG). Keine weiteren Modalitäten der Datensendung (E-Mail, FTP, andere ...) werden in betracht gezogen.

8.2. ÜBERMITTLUNG DER DATEN AN DAS MINISTERIUM

Das Land übermittelt die Daten nach dem Datensatzformat des nationalen KEB nach den Bestimmungen in Anhang 3 der vom Assessorat für Gesundheit verfassten Technischen Vorschriften und den Methoden und zeitlichen Vorgaben des Neuen Gesundheitsinformationssystems NSIS an die Planungsabteilung (Dipartimento della programmazione) des Gesundheitsministeriums.



9. DRG-ZUWEISUNG UND BESTIMMUNG DER AUFNAHMETARIFE

Jeder Entlassungsbogen enthält alle Informationen, die notwendig sind, damit das Zuordnungsprogramm (DRG-Grouper) automatisch die einheitliche Diagnosengruppierung (DRG) durchführen kann. Das Klassifizierungssystem DRG eignet sich besonders als Grundlage für die Vergütung von Krankenhausleistungen zugunsten akuter Fälle und zur Spezifizierung der Aufnahmeleistungen, denen die festgelegten spezifischen Tarife zuzuweisen sind. Das System legt einheitliche Aufenthaltsgruppen auf der Grundlage des Ressourcenverbrauchs und der Behandlungskosten fest.

Jedem Krankenhausaufenthalt ist immer nur eine Krankenhaus-DRG zugeordnet.

Die Zuordnung der Krankenhaus-DRG und die Zuordnung des entsprechenden Tarifs erfolgen auf Ebene der Provinz.

Durch die Zuordnung der entsprechenden DRG für jede Aufnahme wird der anzuwendende Tarif festgelegt.

Die Tarife für medizinische Leistungen, die bestimmten DRGs zugeordnet sind, werden nach der organisatorischen und funktionalen Komplexität der leistungserbringenden Einrichtungen unterschieden.

Die Tarife werden durch entsprechende Beschlüsse der Landesregierung⁴ festgelegt und sehen unterschiedliche Methoden für die Zuweisung von Tarifen je nach Aufnahmeart und Aufenthaltsdauer vor.

⁴ Zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Leitlinien ist die aktuelle Version des Landestarifverzeichnisses der Krankenhausaufenthaltsleistungen für akute Fälle jene, die mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1093 vom 04.07.2011 und Nr. 228 vom 13.02.2012 genehmigt wurde.