

LEITLINIEN zum Informationssystem für die Überwachung der Hauspflege

*Ministerialdekret vom 17. Dezember 2008 „Einrichtung des
Informationssystems für die Überwachung der Hauspflege“*

Epidemiologische Beobachtungsstelle

Veröffentlicht auf: www.provinz.bz.it/eb

INDEX

1. VORWORT	1
2. RECHTSGRUNDLAGEN.....	2
3. DEFINITION	3
4. ANWENDUNGSBEREICH.....	4
5. GEGENSTAND DER ERHEBUNG	9
6. ERHEBUNGSEINHEIT	10
7. AUFGABEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN	10
8. DATENSCHUTZ	10
9. ÜBERMITTLUNG DER INFORMATIONENFLÜSSE.....	11
10. DEFINITION, INHALT UND KODIERUNG DER VARIABLEN DES INFORMATIONENFLUSSES FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER HAUSPFLEGE	12
A. DATENSATZ 1: AUFNAHME DES PATIENTEN	12
A1. Meldeamtliche Variablen	12
A2. Aufnahme des Patienten	17
B. DATENSATZ 2: EREIGNISSE DER LEISTUNGSERBRINGUNG, UNTERBRECHUNG, NEUBEWERTUNG UND DES ABSCHLUSSES.....	30
B1. Meldeamtliche Variablen	30
B2. Ereignisse der Leistungserbringung, Unterbrechung, Neubewertung und des Abschlusses.....	31
11. FUNKTIONALE BESCHREIBUNG DES DATENSATZES	48
A. DATENSATZ 1: AUFNAHME DES PATIENTEN	49
A1. Meldeamtliche Variablen	49
A2. Aufnahme des Patienten	54
B. DATENSATZ 2: EREIGNISSE DER LEISTUNGSERBRINGUNG, UNTERBRECHUNG, NEUBEWERTUNG UND DES ABSCHLUSSES.....	68
B1. Meldeamtliche Variablen	68
B2. Ereignisse der Leistungserbringung, Unterbrechung, Neubewertung und des Abschlusses.....	70
12. XML- UND XSD-DATENSATZSTRUKTUREN	86
12.1. XML-DATENSATZSTRUKTUR.....	86
12.2. XSD-DATENSATZSTRUKTUR	96
ANHANG A (ISO 3166-11-Länderkodierliste)	102
ANHANG B (Datenerhebungsblätter)	107

1. VORWORT¹

Im Rahmen des von der Staat-Regionen-Konferenz am 10. Dezember 2003 genehmigten Projektes „Mattoni del SSN“ wurde die Projektreihe „Mattone 13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari“ mit dem Ziel eingeleitet, eine gemeinsame Informationsgrundlage für die in der Grundversorgung und Hauspflege erbrachten Leistungen festzulegen.

Die „Mattone“-Arbeiten wurden mit der Genehmigung eines auf nationaler Ebene einheitlichen Klassifizierungssystems und eines Modells für die Erhebung der Grundversorgungs- und Hauspflegeleistungen und deren Informationsflüsse seitens der „Cabina di regia“ für das Neue Gesundheitssystem (NSIS) abgeschlossen.

Das neue Informationssystem übernimmt einige der Hauptfunktionen des NSIS:

- Überwachung der Tätigkeiten der Dienste mit Analyse der Leistungsvolumen und epidemiologischen Bewertungen der Patiententypen und Behandlungsmuster;
- Unterstützung der Verwaltungstätigkeiten der Dienste zur Bewertung des Effizienzgrades und der Ressourcenauslastung;
- Unterstützung beim Aufbau der Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren auf regionaler und nationaler Ebene;
- Unterstützung der Forschung und ständigen Qualitätssteigerung.

Mit dem Erlass des Ministerialdekrets vom 17. Dezember 2008 „Einrichtung des Informationssystems für die Überwachung der Hauspflege“, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 6 vom 9. Januar 2009, wurde im Rahmen des NSIS eine Datenbank zur Erhebung der mittels Direktabgabe erbrachten Hauspflegeleistungen eingerichtet; das Dekret regelt außerdem den Informationsfluss, der diese Datenbank speist.

Mit dem Abschluss der Arbeiten des Ministerialprojektes „Mattoni“ hat die Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes ein Projekt für die Implementierung des Informationsflusses über die Hauspflege auf Landesebene unter Miteinbeziehung aller Verantwortlichen der Dienste für Basismedizin, der Krankenpflegedienste der Sprengel und des Sanitätsbetriebs eingeleitet.

In diesem Rahmen wurden der Stand der Aktivierung und die Vollständigkeit des Informationsflusses über die Hauspflege in Südtirol mit besonderem Fokus auf die kritischen Bereiche des Flusses im Landesgesundheitssystem ermittelt, die sich in drei Punkten zusammenfassen lassen:

- Fehlen eines territorialen Informationssystems;
- Fehlen eines gemeinsamen Datenerhebungsprotokolls;
- mangelnde Interaktion zwischen Krankenhaus – Territorium.

Das vorgenannte Dekret stellt somit eine wichtige Gelegenheit zur Überwindung dieser Elemente und zur Einleitung eines Informationsnetzwerks über die territoriale Versorgung auf Landesebene dar, um das Bild der für den Gesundheitsschutz der Südtiroler Bürger geleisteten Tätigkeiten akkurat zu vervollständigen. In Anbetracht dieser Fakten ist die Kenntnis der Daten über die auf regionaler Ebene erbrachten Hauspflegeleistungen für eine angemessene Planung grundlegend.

¹ Die einleitenden Teile beziehen sich auf die gesamtstaatliche Lage und wurden der Webseite des Gesundheitsministeriums entnommen.

Mit der Übermittlung der Daten an das NSIS wurde am 1. Januar 2009 begonnen. Bis zum 31. Dezember 2013 werden die übermittelten Informationen auf ihre Vollständigkeit und Qualität überprüft. Ab 1. Januar 2013 muss das System regulär in Betrieb genommen sein.

Die vorliegenden Leitlinien enthalten somit die von der Erhebung der im Rahmen der Hauspflege erbrachten Leistungen betroffenen Informationen, wie vom Ministerialdekret vom 17. Dezember 2008 vorgesehen und von den Leitlinien zur Vorbereitung und Übermittlung der Dateien an das NSIS vorgegeben.

2. RECHTSGRUNDLAGEN

Die integrierte gesundheitliche und sozio-sanitäre Hauspflege hat sich in den vergangenen 15 Jahren als Antwort auf die gesellschaftlichen Umwandlungen mit der sich daraus ergebenden Neudefinition der sozialen und gesundheitlichen Bedürfnisse entwickelt und behauptet. Die höhere Lebenserwartung, gebunden an die fortschreitende Alterung der Bevölkerung, die Fortschritte der Medizin und allgemeiner der Leistungen im Rahmen der öffentlichen Gesundheit und Hygiene, die Morbiditätsprävalenz aufgrund der chronischen und chronisch-degenerativen Krankheiten (mit steigender Auswirkung auf den Verlust der Selbstständigkeit der - älteren oder auch nicht älteren - Menschen, die steigenden Berufsmöglichkeiten und die aktive soziale Beteiligung der Frauen, die Behauptung der Einelternfamilien oder Ein-Personen-Haushalte (mit einhergehender Verminderung der von der Familie bereitstellbaren Unterstützungs-, Fürsorge- und Pflegefähigkeit) haben die Rolle des Territoriums in der gesundheitlichen Versorgung und insbesondere in der Hauspflege aufgewertet.

Die nationalen Ansätze haben Angaben zur Entwicklung, territorialen Verbreitung und Entfaltung der Dienste geliefert und den Fokus zunehmend auf den Ausbau der Integration zwischen den Aktionen und Maßnahmen gesundheitlicher Art (Zuständigkeitsbereich der Sanitätsbetriebe) und sozialer Art (Zuständigkeitsbereich der Gemeinden) gerichtet.

Die wichtigsten Rechtsgrundlagen auf nationaler Ebene sind:

- Ziel-Projekt „Tutela della salute degli anziani 1991-1993“, genehmigt am 30. Januar 1992 als Auszug aus dem Nationalen Gesundheitsplan (NGP) zusammen mit dem NGP 1994-1996, das den Begriff „Integrierte Hauspflege“ einführt und Angaben über deren Einleitung auf territorialer Ebene liefert;
- Lgs.D. Nr. 502 vom 30.12.1992 „Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421“, das die „sozio-sanitären Leistungen und den Bereich der sozio-sanitären Integration“ definiert;
- Nationaler Gesundheitsplan 1998-2000, der sein Augenmerk auf die Notwendigkeit einer territorialen Verwaltung der Hauspflege und auf die Entwicklung von alternativen Versorgungsformen zum Krankenhausaufenthalt richtet, wie die Integrierte Hauspflege (IHP) und die Integration zwischen gesundheitlicher Versorgung und sozialer Versorgung;
- D.P.C.M. vom 14. Februar 2001 „Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria“, das die Integration der Hauspflege mit der Sozialbetreuung und Unterstützung der Familie vorsieht;
- D.P.C.M. vom 29. November 2001 „Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza“, das die Leistungen im Bereich der sozio-sanitären Integration auflistet, die nach den Kriterien der Angemessenheit, der sozialen Fragilität und Zugänglichkeit erbracht werden;
- Nationaler Gesundheitsplan 2006 – 2008, der die Programmabkommen „Sanitätsbetriebe-Gemeinden“ festlegt, die vom Legislativdekret Nr. 267 vom 18. August 2000 als Hauptinstrument zur Umsetzung der sozio-sanitären Integration zur effektiven Gewährleistung der Integrierten Hauspflege vorgesehen sind.

Die Tätigkeiten im Bereich der Integrierten Hauspflege (IHP) sind auch grundlegender Bestandteil der in den letzten Jahren getroffenen Abkommen, welche die Beziehungen mit den Allgemeinmediziner*innen und Kinderärzt*innen freier Wahl regeln.

3. DEFINITION

Das M.D. vom 17. Dezember 2008 findet Anwendung auf die gesundheitlichen und sozio-sanitären Maßnahmen, die von Bediensteten des Landesgesundheitsdienstes (LGD) im Rahmen der Hauspflege planmäßig durchgeführt werden.

Unter Hauspflege versteht sich die integrierte Gesamtheit der gesundheitlichen und sozio-sanitären Maßnahmen, Verfahren und Tätigkeiten, die den Patienten zu Hause erbracht werden. Sie kennzeichnet sich durch:

- die Aufnahme des Patienten;
- die multidimensionale Bewertung des Patienten;
- die Erarbeitung eines individuellen Pflegeplans/-programms/-projektes;
- die klinische Zuständigkeit des Allgemeinmediziner*in (AM), des Kinderarztes freier Wahl (KFW) oder des für die Schmerztherapie zuständigen Arztes, sofern diese zum Sprengel/Sanitätsbetrieb gehören;
- den/das individuelle/n Pflegeplan/-programm/-projekt.

Sind diese Kriterien erfüllt, müssen auch die folgenden Informationen übermittelt werden:

- die Fälle der „begleiteten Entlassung“, die auf die Gewährleistung der Versorgungskontinuität des Patienten nach dessen Krankenhausaufenthalt abzielen;
- die „Hauspalliativtherapien“, die sich durch die Aufnahme, multidimensionale Bewertung, Erarbeitung eines individuellen Behandlungsprojektes und die klinische Zuständigkeit des AM, des KFW oder des für die Schmerztherapie zuständigen Arztes kennzeichnen.

Ausgeschlossen aus der Erhebung sind:

- die „zu Hause des Patienten erbrachten Leistungen“, die weder die Aufnahme des Patienten noch seine multidimensionale Bewertung vorsehen (bspw.: gelegentliche Entnahmen zu Hause);
- die Hospitalisierung des Patienten zu Hause, die sich durch die Leistungserbringung durch ein Krankenteam zu Hause des Patienten kennzeichnet;
- die rein sozialen Formen der Betreuung zu Hause;
- die Hausbesuche der AM, KFW und Ärzte der Versorgungskontinuität auf Abruf, die nicht in die Hauspflegeprojekte/-programme fallen;
- die Behandlungen von psychiatrischen Patienten zu Hause durch die territorialen Psychiatrieteams des Departments für Geistige Gesundheit;
- von Hospizen zu Hause des Patienten erbrachte Leistungen.

Die Hauptziele der Hauspflege sind:

- a) die Personen, deren Krankheiten zu Hause behandelt werden können, zu Hause zu pflegen, um eine unangemessene Inanspruchnahme des Krankenhaus- oder stationären Aufenthaltes zu vermeiden;
- b) den aus den Gesundheitseinrichtungen entlassenen Personen durch die Weiterführung der Behandlungen zu Hause Versorgungskontinuität zu leisten;
- c) der Familie Unterstützung zu leisten;
- d) die Wiedererlangung der verbleibenden Selbstständigkeit und Beziehungsfähigkeit zu fördern;

- e) die Verbesserung der Lebensqualität auch im Endstadium zu fördern und dabei die unangemessene Inanspruchnahme des Krankenhausaufenthaltes zu vermeiden, die Versorgungskontinuität zu gewährleisten und die Wiedererlangung der Selbstständigkeit und Beziehungsfähigkeit in Unterstützung der Familie zu fördern.

4. ANWENDUNGSBEREICH

Die vom Ministerialdekret vom 17. Dezember 2008 „Einrichtung des Informationssystems für die Überwachung der Hauspflege“ geforderten Daten beziehen sich auf den Informationsfluss der Hauspflegeleistungen.

Der Informationsfluss umfasst die folgenden Daten:

- a. meldeamtliche Daten des Patienten;
- b. gesundheitliche Bewertung bzw. Neubewertung des Patienten und der jeweiligen Pflegebedürfnisse;
- c. Daten zur Leistungserbringung;
- d. Daten zur Unterbrechung der Aufnahme;
- e. Daten zur Entlassung des Patienten.

4.1. HAUSPFLEGEPATIENTEN UND KRITERIEN FÜR DIE AUFNAHME IN DIE IHP

Die IHP hat den Zweck, den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen von Pflegefällen aufgrund von Krankheiten, physischen und psychischen Beeinträchtigungen und Krankheiten im Endstadium Folge zu leisten, für die keine ärztliche Betreuung rund um die Uhr erforderlich ist.

Die Phasen der Erbringung des IHP-Dienstes sind in Abbildung 1 schematisch dargestellt:

1. **Meldung:** Meldung des Problems seitens des Allgemeinmediziners, des Krankenhausarztes, des Patienten/der Familienangehörigen, der Sozialdienste etc.
2. **Aufnahme:** Bewertung des Pflegebedarfs und Aufnahme des Patienten
3. **Erarbeitung des Pflegeplans:** Festlegung der Pflegeziele und Erarbeitung des individuellen Pflegeplans
4. **Leistungserbringung:** Erbringung der vom Pflegeplan vorgesehenen Leistungen
5. **Unterbrechung:** eventuelle Unterbrechung der Leistungserbringung wegen Krankenhausaufenthaltes oder vorübergehender Entfernung des Patienten
6. **Neubewertung:** Aktualisierung des Krankheits- und Pflegebildes und eventuelle Neuerarbeitung des Plans
7. **Abschluss des Dienstes:** Abschluss des IHP-Dienstes wegen Beendigung des Programms, Verlegung oder Todes

Abb. 1: Prozess der Aufnahme eines Patienten in die IHP

PHASEN	MITEINBEZOGENE SUBJEKTE / TÄTIGKEITEN	INSTRUMENTE
---------------	--	--------------------

Für die Aufnahme der Patienten in die IHP wird Folgendes ermittelt:

a. Krankheitsanforderungen:

♦ Für Erwachsene:

- Kranke im Endstadium
- fortschreitend invalidierende Krankheiten, die komplexe Maßnahmen erfordern
- akute zerebrale Ischämien
- schwere Frakturen bei Senioren
- schwere akute Psychosen
- Rehabilitation bei Vaskulopathien
- Rehabilitation bei Nervenschädigung
- vorübergehend invalidierende Krankheiten bei Senioren (Respirationsformen u. a.)
- begleitete Entlassung aus Krankenhauseinrichtungen.

♦ Für Minderjährige:

- schweres Asthma
- Mukoviszidose
- Chromosomenkrankheiten oder invalidierende genetische Krankheiten
- Down-Syndrom
- angeborene Kardiopathien mit Risiko der hämodynamischen Dekompensation
- Arthropathien mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung
- juvenile rheumatoide Arthritis
- hämatologisch-onkologische Krankheiten
- Enzephalopathien und Gehirnschädigungen schwerer Formen
- Tetraplegie
- Autismus und andere Psychosen
- Epilepsien
- erworbene Immuninsuffizienz
- Diabetes mellitus
- Neugeborene mit Risiko von neurosensorischen Defiziten
- Kinder in schwerer sozio-familiärer Notlage (bspw. Kinder von Drogenabhängigen, nicht verantwortungsvolle Familie, missbrauchtes Kind) oder Kinder, für die das Jugendgericht bereits Schutzmaßnahmen ergriffen hat.

b. Anforderungen der Pflegebedürftigkeit: Anzugeben sind der Grad der Pflegebedürftigkeit/Unselbstständigkeit und das verwendete Mittel für deren Bewertung, das auf internationaler wissenschaftlicher Ebene anerkannt sein muss.

c. Familiäre Anforderungen: Vorhandensein einer Familie oder - bei deren Unzulänglichkeit oder Nicht-Vorhandensein - eines solidalen Netzes (Nachbarschaft, Volontariat etc.) oder Möglichkeit der Sicherstellung von angemessenen „Betreuungs- und Krankenpflegemaßnahmen“, die der Person eine angemessene Pflege und Versorgungskontinuität gewährleisten können.

d. Strukturelle Anforderungen: Geeignete Wohnbedingungen oder Möglichkeit, diese mit Wohnbauhilfsmaßnahmen geeignet zu gestalten. Diese Bedingung sollte, wie auch die vorherige, anhand von Standard-Sozialbewertungsblättern erhoben werden, welche die familiäre Situation und soziale Eingliederung des Patienten, seine Pflege-, Wohn-, Wirtschaftslage etc. bewerten.

e. Wirtschaftlichkeit der Pflege: Die Gesamtkosten der Integrierten Hauspflege abzüglich der Selbstbeteiligung des Patienten dürfen nicht höher sein als die Kosten der Pflege in stationärer Unterbringung.

Für die Aufnahme in die IHP müssen alle vorgenannten Anforderungen erfüllt sein.

4.2. KRITERIEN FÜR DIE NICHTZULASSUNG ZUR IHP UND DAUER DES IHP-PROGRAMMS

Kriterien der Nichtzulassung zur IHP:

- Personen, deren Selbstständigkeit und Selbstversorgungsvermögen als ausreichend bewertet werden;
- schwere klinische Bedingungen, die einen höheren gesundheitlichen Aufwand mit strenger klinischer Überwachung vorsehen;
- Person, deren Familie wenig oder nicht kooperationsbereit ist.

Dauer des Pflegeprogramms:

- Die Dauer des Pflegeprogramms ist vor allem an die von der Bewertungseinheit (B.E.) festgesetzten Ziele gebunden;
- sie kann nicht länger als 3 Monate dauern und kann nach der Bewertung und Überprüfung durch dieselbe Bewertungseinheit verlängert werden.

4.3. VERFAHREN FÜR DIE EINLEITUNG DER IHP

a. ANTRAG AUF IPH-MASSNAHMEN - MELDUNG

Integrierte Hauspflegemaßnahmen können vom Betroffenen und/oder von dessen Familienangehörigen beantragt werden; die Möglichkeit eines IHP-Programms kann von den Sozialdiensten der Gemeinde, von den Allgemeinmediziner (oder Kinderärzten freier Wahl), von den Gesundheitssprengeln, vom Krankenpflegedienst des Sprengels oder von den Krankenhauseinrichtungen gemeldet werden, sofern der Betroffene (oder sein gesetzlicher Vertreter) sein Einverständnis erteilt hat.

Der Antrag muss die Personalien des potenziellen Patienten bzw. des eventuellen Antragsstellers (einschließlich der Begründung) enthalten und an den Allgemeinmediziner oder Kinderarzt freier Wahl des Patienten gestellt werden. Die Meldung kann auch telefonisch erfolgen.

Nach der Meldung wird im Sprengel des Patienten, für den die Meldung erfolgt ist, die Bewertungseinheit (B.E.) aktiviert; diese besteht aus dem Allgemeinmediziner (oder Kinderarzt freier Wahl) des Patienten und aus einem Krankenpfleger des Krankenpflegedienstes des Sprengels. In Abhängigkeit der Ressourcenverfügbarkeit und des jeweiligen Falles kann die Bewertungseinheit auch einen Sozialassistenten umfassen. Aufgabe der B.E. ist die Bewertung der Pflegebedürfnisse des Patienten, um die jeweils angemessensten Antworten liefern zu können.

**b. MODALITÄTEN DER ZULASSUNG ZUM DIENST - EINLEITUNG DER IHP -
ERARBEITUNG DES THERAPIEPLANS**

Sollte die B.E. eine Einleitung der IHP für nicht erforderlich halten, hat sie dies der Person, welche die Einleitung des Dienstes beantragt hat, dem betroffenen Patienten oder dessen Familienangehörigen unmittelbar und mit den entsprechenden Begründungen mitzuteilen.

Für die komplexen Fälle, für welche die B.E. die Erbringung von integrierten Hauspflegeleistungen für angemessen hält, überprüft der zuständige Verantwortliche des Dienstes für Basismedizin, ob die sozio-ökonomischen, Wohn- und familiären Bedingungen für die Zulassung des Patienten zum IHP-Dienst gegeben sind und kontrolliert gleichzeitig, dass die nötigen Ressourcen für eine korrekte Erbringung des Dienstes verfügbar sind.

Wird der Vorschlag der Einleitung des IHP-Dienstes genehmigt, verfasst die B.E. den individuellen Pflegeplan (IPP) - eventuell unter Inanspruchnahme anderer Fachkräfte - mit folgenden Angaben:

- vermutliche Dauer der IHP;
- Art der miteinbezogenen Bediensteten des Gesundheitswesens;
- von den Bediensteten des Sozialdienstes beantragte Maßnahmen;
- Zugangstermine des AM oder KFW zu Hause des Patienten im Zusammenhang mit den Spezifitäten des laufenden Krankheitsprozesses und den nötigen gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen unter Berücksichtigung der klinischen Variabilität jedes Falles;

- Zeitpunkte der allgemeinen Überprüfung während der Dienstbringung.

Das IHP-Programm muss also Folgendes erläutern:

- die sozialen Betreuungsbedürfnisse des Patienten;
- die miteinbezogenen Berufsbilder für die spezifischen Rehabilitationstherapieprogramme;
- die Bemerkungen zur familiären Unterstützung;
- den spezifischen Therapieplan;
- die eventuellen Sondertherapiebehandlungen;
- die eventuellen gesundheitlichen Hilfsmittel oder die nötigen elektromedizinischen Geräte.

Die B.E. kann während der Erbringung des Dienstes mit den Sozialdiensten der Gemeinde zusammenarbeiten.

4.4. NÖTIGE SONDERVERFAHREN FÜR DIE EINLEITUNG DER IHP

♦ Beantragung von Fachberatungen

Auf einem eigenen Formblatt beantragt der Verantwortliche des Dienstes für Basismedizin - auf Vorschlag des AM - die Beratung des Patienten durch den von der B.E. festgelegten Facharzt, der im Rahmen des Projektes mindestens für die folgenden Bereiche verfügbar ist:

- Geriatrie
- Physiatrie
- Kardiologie
- Chirurgie
- Algologie / Anästhesie
- Neurologie
- Onkologie
- Urologie
- Psychiatrie

♦ Beantragung von Medikamenten, Diätstoffen und Verarztungsmaterial

Die Abgabe von Medikamenten für IHP-Patienten ist vom Beschluss der Landesregierung Nr. 3583 vom 4.10.2004 in geltender Fassung vorgesehen. Die spezifischen Abgabemodalitäten wurden mit dem Rundschreiben der Gesundheitssprengel vom 02.02.2010, Prot. 65192 festgelegt.

♦ Abgabe der Produkte

Die Produkte werden über die Bezugskrankenhausapotheke gemäß den in jedem Sprengel festgelegten Modalitäten abgegeben.

Die Apotheke liefert dem Krankenpfleger die beantragten Produkte direkt und teilt sie in Abhängigkeit der Anforderungen auf.

Die Lieferung von Flüssigsauerstoff und Medikamenten, die der Verordnung über die psychotropen Substanzen und Arzneimittel für die Schmerztherapie unterliegen, erfolgt in Übereinstimmung mit den spezifischen Verfahren.

♦ Beantragung von gesundheitlichen Hilfsmitteln oder elektromedizinischen Geräten

Die Beantragung von gesundheitlichen Hilfsmitteln und elektromedizinischen Geräten, die für den IHP-Patient erforderlich sind, kann von den verschreibenden Ärzten, von anderen Fachärzten des SB, vom Facharzt der Entlassungsabteilung des Patienten auf einem eigenen Landesformblatt gemäß geltender Gesetzgebung erfolgen.

Die vom Leiter des Krankenpflegedienstes gesammelten Anträge werden dem Verantwortlichen des zuständigen Sprengelamtes zwecks Genehmigung übermittelt.

♦ Beantragung von Laboruntersuchungen und instrumentaldiagnostischen Leistungen

Die vom AM beantragten Laboruntersuchungen und instrumentaldiagnostischen Leistungen müssen vom zuständigen Sprengel an die Dienste des Sanitätsbetriebs unter Befolgung der von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Verfahren gesendet werden.

4.5. ENTLASSUNG AUS DER IHP

Der IHP-Dienst kann aus den folgenden Gründen jederzeit unterbrochen werden:

- auf Antrag des Patienten oder der Verwandten oder des AM bei gegebenem Einverständnis des Betroffenen;
- auf Entscheidung der B.E. aufgrund von nicht mehr gegebenen Aufnahme-/Zulassungsbedingungen;
- im Falle der Einweisung in eine Gesundheits- oder Sozialeinrichtung.

Die Unterbrechung oder Beendigung der Hauspflege muss dem Patient und der Familie mit einer Vorankündigungsfrist von mindestens sieben Tagen mitgeteilt werden.

4.6. INFORMATIONSTRUMENTE

Zu Hause des Patienten wird die Akte mit den IHP-Leistungen aufbewahrt. In der IHP-Akte werden alle Arten von allgemeinmedizinischen oder fachmedizinischen Maßnahmen bzw. Krankenpflege- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen vermerkt, damit jeder in den Pflegestand der Person einsehen kann.

Der Dienst für Basismedizin verwahrt und aktualisiert die Unterlagensammlung jedes Allgemeinmediziners / Kinderarztes freier Wahl, der die integrierte Hauspflege erbringt. In der Unterlagensammlung sind die Listen aller betreuten Patienten mit den entsprechenden Entwicklungen sowie eine Kopie des vereinbarten Hauspflegeprogramms enthalten.

5. GEGENSTAND DER ERHEBUNG

Gegenstand der Erhebung ist jede dem einzelnen Patient erbrachte Hauspflegeepisode; der Informationsfluss der Hauspflege sieht also die Übermittlung eines Datensatzes für jede Hauspflegeepisode oder Hauspflegeperiode vor.

Die Erhebung umfasst die Sozialbetreuung von gesundheitlicher Relevanz, die Krankenpflege und die integrierte Hauspflege von niedriger, mittlerer und hoher Intensität. Ausgeschlossen aus der Erhebung sind alle ausschließlich „sozialen Unterstützungsmaßnahmen“ zugunsten der Person.

Der Informationsfluss der Hauspflegeleistungen gliedert sich in zwei Informationsgruppen und sieht zwei Datensätze vor:

DATENSATZ 1 – enthält die Informationen zur Aufnahme (meldeamtliche Daten des Patienten, leistungserbringender SB, Antragsteller der Aufnahme, anfängliche Bewertung etc.);

DATENSATZ 2 – enthält die Informationen zur Leistungsunterbringung (Daten der Zugänge, Daten der Leistungen), Unterbrechung, Neubewertung (Selbstständigkeit und Pflegebedürfnisse) und zum Abschluss.

6. ERHEBUNGSEINHEIT

Die Erhebungseinheit des Informationsflusses für die Überwachung der Hauspflege besteht aus dem *Hauspflegepatient* nach Identifikationskode und aus den territorialen Gesundheitseinrichtungen der vier Bezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebs.

7. AUFGABEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN

Für eine gute Verwaltung des Informationsflusses der Überwachung der Hauspflege müssen die Aufgaben und Zuständigkeiten des Sanitätsbetriebs und der Provinz abgesteckt werden.

Der Provinz obliegen die Aufgaben:

- o die Leitlinien mit den Standard-Datensatzformaten für die Datenübermittlung vom Sanitätsbetrieb an die Provinz festzulegen und zu aktualisieren;
- o die Tabellen (Kodes der Gemeinden und ausländischen Staaten, Kodes der Krankheiten etc.) festzulegen und zu aktualisieren;
- o die Qualitätskontrollen an den vom Sanitätsbetrieb an die Provinz übermittelten Informationsflüssen durchzuführen.

Als Verwalter der Hauspflege-Datenbank sorgt die Provinz für die Sammlung der Daten, um die Informationspflicht gegenüber dem Gesundheitsministeriums zu erfüllen und die eigenen Koordinierungs- und Kontrollfunktionen auszuüben.

Der Sanitätsbetrieb ist verpflichtet:

- * sich an die auf Landesebene festgelegten Vorgaben und Standards zu halten;
- * die Daten bei den Gesundheitsbezirken zu erfassen und diese in einem einheitlichen Archiv zu organisieren;
- * die verlangten Informationsflüsse zu den von den Landesleitlinien vorgesehenen Fristen und Modalitäten zu übermitteln.

8. DATENSCHUTZ

Aufgrund der Art der zu erhebenden Daten gilt den Vorschriften über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung des Gesetzes 675/1996 in geltender Fassung besonderes Augenmerk. Die Daten, die die betroffenen Personen auch indirekt identifizieren können, werden unter Beachtung der im Art. 3, Absätze 4 und 5 des Lgs.D. Nr. 135 vom 11.05.1999 enthaltenen Grundsätze verarbeitet.

Die öffentlichen, in den Hauspflege-Datenfluss einbezogenen Einrichtungen benennen gemäß Art. 8 und 19 des Gesetzes Nr. 675 vom 31.12.1996 interne Verantwortliche und Beauftragte für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten und ergreifen die Mindestsicherheitsmaßnahmen, die vom Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 318 vom 28.07.1999 vorgesehen sind.

Der ID-Kode des Patienten (fortlaufender Kode, Kode generiert aus einem Algorithmus etc.) kann von den Regionen und den Autonomen Provinzen autonom generiert werden, sofern der ID-Schlüssel anonym ist (und somit keinen Aufschluss über die Identität des Patienten gibt) und zeitlich unveränderlich bleibt (sich immer auf dieselbe Person bezieht). In der Autonomen Provinz Bozen wird der Identifikationskode des Patienten auf Landesebene anonymisiert.

9. ÜBERMITTLUNG DES INFORMATIONSFLOSSES

Die Modalitäten der Speisung des NSIS sind durch eigene Ministerialdekrete in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Rahmenabkommens vom 22. Februar 2001 zwischen dem Gesundheitsministerium, den Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen für die Entwicklung des Neuen Nationalen Gesundheitsinformationssystems und durch das Staat-Regionen-Abkommen vom 23. März 2005 geregelt.

Die Übermittlungen an das System müssen gemäß den in den technischen Vorschriften, welche Bestandteil des Dekrets des Arbeitsministeriums, Gesundheitsministeriums und Ministeriums für Arbeit und Sozialpolitik vom 17. Dezember 2008 sind, und gemäß den in den technischen Spezifikationen (www.nsis.ministerosalute.it) angegebenen Modalitäten erfolgen.

Die Informationen müssen beim Eintreten der folgenden Ereignisse erhoben werden:

- _ Aufnahme
- _ Leistungserbringung
- _ Unterbrechung
- _ Neubewertung
- _ Abschluss.

Das M.D. sieht vor, dass die Informationen bei regulärem Systembetrieb monatlich übermittelt werden müssen, und zwar innerhalb des Monats nach dem Bezugszeitraum, in dem die Ereignisse stattgefunden haben. Die gesundheitliche Bewertung des Patienten muss spätestens zum Zeitpunkt der Aufnahme erfolgen; sie muss bei jeder wesentlichen Änderung der Pflegebedürfnisse des Patienten und vorschriftsmäßig alle 90 Tage zwecks Bestätigung der Bewertung wiederholt werden.

Eventuelle Variationen bezüglich der Übertragungsmodalitäten und -zeiten werden auf der Homepage des Ministeriums (www.nsis.ministerosalute.it) veröffentlicht, auch in Umsetzung der Bestimmungen des Artikels 54 des Legislativdekrets Nr. 82 vom 7. März 2005 in geltender Fassung betreffend den Kodex der digitalen Verwaltung.

10. DEFINITION, INHALT UND KODIERUNG DER VARIABLEN DES INFORMATIONSFLOSSES

In der Folge werden die Merkmale jedes Archivs auf der Grundlage des Datensatzes und der Dateneingabevorschriften angegeben, die dem Ministerialdekret vom 31. Dezember 2008 beigelegt sind und an alle von der Datenerhebung betroffenen Subjekte übermittelt werden.

Legende

OBB = Pflichtfeld

OBBV = An eine Bedingung gebundenes Pflichtfeld

FAC = Fakultatives Feld

Anmerkung

Die Daten-Felder (**data**) können im Format **AAAA** oder **MM** (bei einer Ziffer unter 10 wird eine Null hinzugefügt) oder im Format **AAAAMMGG** (bei einer Ziffer unter 10 wird eine Null hinzugefügt) ausgefüllt werden; bei fehlenden Daten muss ein **Leerzeichen** eingegeben werden.

Die Felder mit **alphanumerischem Datensatz (AN)** müssen immer **links ausgerichtet** sein und **rechts mit Leerzeichen** gefüllt werden.

Die Felder mit **numerischem Datensatz (N)** müssen immer **rechts ausgerichtet** sein und **mit 0** gefüllt werden.

Gekürzter Datensatz für Patienten im Endstadium (Datensatz 1):

Für Patienten im onkologischen oder nicht-onkologischen Endstadium kann ein gekürzter Datensatz für die Beurteilung übermittelt werden.

Insbesondere wenn eines der beiden Felder "Pflegetbedürfnisse im onkologischen Endstadium" oder "Pflegetbedürfnisse im nicht-onkologischen Endstadium" den Wert 1 beinhaltet, können folgende Felder nicht ausgefüllt werden:

"Selbstständigkeit", "Mobilitätsgrad", "Verhaltensstörungen", "soziale Unterstützung", "Infektionsgefahr", "neurologische/orthopädische Behandlung/Erhaltungsrehabilitation", "ständige Aufsicht", "Unterstützung bei den ALD/ IALD", "Unterstützung für die Pflegenden".

Falls man entscheidet diese Felder nicht auszufüllen, wird das System keine Unregelmäßigkeit/Abweichung feststellen.

A. DATENSATZ 1: AUFNAHME DES PATIENTEN

10.1. ART DER ÜBERMITTLUNG (Tipo)

Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten seitens des Sanitätsbetriebs an das Gesundheitsassessorat verwendet wird.

Die zu verwendenden Codes sind:

- | |
|---|
| <p>I (Eingabe) = Kode für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten;</p> <p>V (Änderung) = Kode für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen;</p> <p>C (Löschung) = Kode für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.</p> |
|---|

Pflichtfeld.

A1. Meldeamtliche Variablen

10.2. ART DES IDENTIFIKATIONSKODES DES PATIENTEN (TIPO ID)

Gibt an, worauf sich der im Feld COD_ID (Identifikationscode des Patienten) enthaltene Code bezieht:

1 = Steuernummer
 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer)
 3 = AA (anonym)
 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer)
 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer)
 6 = ASC (sonstiger konventionierter Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp)
 9 = CTA (vorübergehend betreute Bürger)
 A = HIC (Renter und Arbeiterfamilien, die in einem anderen Land als das Familienoberhaupt ansässig sind)

Pflichtfeld.

10.3. IDENTIFIKATIONSKODE DES PATIENTEN (COD ID)

Der Identifikationscode des Patienten wird anhand der nachstehend beschriebenen Modalitäten auf Landesebene mittels Standard-Anonymisierungsverfahren anonymisiert und anschließend in anonymer Form an das Gesundheitsministerium gesendet.

Die Steuernummer des Finanzministeriums muss bei Verfügbarkeit für alle in Italien ansässigen Patienten angegeben werden.
 Für die nicht den Einreise- und Aufenthaltsvorschriften entsprechenden Ausländer muss der Regionalkode STP (vorübergehend anwesender Ausländer) mit 16 Zeichen (gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000) angegeben werden.
 Für die Neugeborenen ist ein Verfahren vorzusehen, das die Steuernummer gemäß den Regeln des Finanzministeriums erstellt. Für die **anonymen Fälle AA** sind alle Zeichen des Feldes mit 'X' auszufüllen. Für die nicht ansässigen Ausländer ist das Feld mit der persönlichen TEAM-Nummer auszufüllen: Sie entspricht der Steuernummer auf der Vorderseite des Europäischen Krankenversicherungsausweises und ist nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben.
 Für die bedürftigen ausländischen EU-Bürger (vorübergehend betreute Bürger - CTA) ist das Feld mit dem CTA-Kode mit 16 Zeichen auszufüllen (CTA+00+fortlaufende Nummer).

Pflichtfeld.

10.4. GEBURTSDATUM (DATA_NAS)

Gibt das Geburtsdatum des Patienten an, dem die Leistung erbracht wurde.

Das Geburtsdatum besteht aus 8 Zeichen und muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Geburtsjahr;

- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Geburtsmonat an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Geburtstag an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Im Falle von Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität beanspruchen, muss das Feld mit **AAAA0101** ausgefüllt werden.

Pflichtfeld.

10.5. GESCHLECHT (GENERE)

Gibt das Geschlecht des Patienten an. Die zu verwendenden Codes sind:

1 = männlich
2 = weiblich
9 = nicht bekannt / nicht angegeben

Pflichtfeld.

10.6. STAATSBÜRGERSCHAFT (CITTAD)

Gibt die Staatsbürgerschaft des Patienten am Endes des Bezugszeitraums der Erhebung an.

Das Land der Staatsbürgerschaft muss nicht mit dem Land des Wohnsitzes übereinstimmen (viele in einer italienischen Region Ansässige können ausländische Staatsbürger sein). Besitzt der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, wird die vom Patient gewählte Staatsbürgerschaft angegeben. Die zu verwendenden Codes sind:

1 = italienischer Staatsbürger
2 = Bürger eines anderen Staates
9 = Staatenloser

Pflichtfeld.

10.7. FAMILIENSTAND (STATO_C)

Gibt den Familienstand des Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung an.

Die zu verwendenden Codes sind:

1 = ledig
2 = verheiratet
3 = getrennt
4 = geschieden
5 = verwitwet
9 = nicht erklärt

Pflichtfeld.

10.8. REGION (REG_RES)

Gibt die Wohnsitzregion des Patienten an.

3-Ziffernkodex des Gesundheitsministeriums (M.D. 17.09.1986) A.P. Bozen → **Kode 041**

Pflichtfeld.

10.9. SANITÄTSBETRIEB (ASL_RES)

Gibt den Kode des lokalen Sanitätsbetriebs an, der die Gemeinde oder die Fraktion umfasst, in welcher der Patient ansässig ist.

Der Kode besteht aus **dem Kode der Region plus dem Kode des Sanitätsbetriebs. Dieses Feld ist für die im Ausland ansässigen Patienten nicht auszufüllen.**
Die zu verwendenden Codes sind in den Modellen FLS11 angegeben.

Für die in Südtirol ansässigen Patienten besteht der Kode aus dem Kode der Region (041) und aus dem Kode des Gesundheitsbezirks (101 102 103 104).

Pflichtfeld bei CITTAD = 1.

10.10. GEMEINDE (GEM_RES)

Gibt die Gemeinde an, in deren Einwohnermeldeamt der Patient eingetragen ist.

Es wird der vom ISTAT festgelegte Kode verwendet, dessen ersten 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden Zeichen die fortlaufende Nummer der Gemeinde innerhalb jeder Provinz darstellen. Für einen im Ausland ansässigen Patient muss das Feld mit 99999 ausgefüllt werden.

Pflichtfeld.

10.11. AUSLÄNDISCHER WOHNSTZSTAAT (STATO_RES)

Gibt den ausländischen Staat an, der für den Patient zuständig ist, dem die Leistung erbracht wurde.

Wie im Europäischen Krankenversicherungsausweis vorgesehen muss der Kode der Spalte Alpha 2 der ISO 3166-11-Länderkodierliste angegeben werden.
Dieses Feld ist für die in Italien ansässigen Patienten nicht auszufüllen.

Pflichtfeld bei leerem Feld ASL_RES.

10.12. FAMILIE (NucleoFamiliare)

Gibt die Zahl der in Gemeinschaft lebenden Familienmitglieder an, ausgeschlossen der Patient und die eventuell bei ihm lebende Hilfskraft (zu den Familienmitgliedern zählen beispielsweise: in Gemeinschaft lebender Ehepartner/Partner, Sohn/Tochter, Bruder/Schwester, Enkelkind, Schwiegersohn/Schwiegertochter, Schwager/Schwägerin).

Pflichtfeld.

10.13. NICHT ZUR FAMILIE GEHÖRIGE HILFSKRAFT (AssistenteNonFamiliare)

Person, die kein Familienmitglied ist (bspw. Pflegekraft, Haushaltshilfe), aber beim Patient lebt (24 h). Die zulässigen Werte sind:

1. anwesend
2. anwesend, aber ohne Funktion als Pflegehilfe
3. nicht anwesend

Pflichtfeld.

10.14. LEISTUNGSERBRINGENDE REGION (REG_RES)

Gibt die Region an, zu welcher der Dienst gehört, der den Patient aufgenommen hat.

3-Ziffernkodex des Gesundheitsministeriums (M.D. 17.09.1986) A.P. Bozen → **Kode 041**

Pflichtfeld.

10.15. KODE DES LEISTUNGSERBRINGENDEN GESUNDHEITSBEZIRKS (ASL_EROG)

Kode des Gesundheitsbezirks, der den Dienst erbringt.

Kode bestehend aus dem Kode der Region plus dem Kode des Gesundheitsbezirks (Bsp. Gesundheitsbezirk Bozen der Autonomen Provinz Bozen → **Kode 041101**)

Pflichtfeld.

A2. Aufnahme des Patienten

10.16. AUFNAHMEDATUM (Data)

Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an bzw. das Datum, zu dem ein IPP abgefasst wird. Das Aufnahmedatum stimmt mit dem Datum des ersten Zuganges eines Bediensteten (bspw. Arzt, Krankenpfleger etc.) zu Hause des Patienten überein.

Das Aufnahmedatum besteht aus 8 Zeichen und muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Aufnahmejahr;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Aufnahmemonat an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Aufnahmetag an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Pflichtfeld.

10.17. ANTRAGSTELLER (Soggettorichiedente)

Gibt die Person an, welche die Aufnahme beantragt hat. Dieses Feld ist mit 6. „Krankenhaus“ auszufüllen, falls das Krankenhaus die Einleitung der Hauspflege beantragt hat.

7. „Krankenhaus wegen begleiteter Entlassung“ bedeutet, dass sich das Krankenhaus um die Einleitung der Hauspflege kümmert, auch mit Beteiligung des Ärzte-/Krankenpflegepersonals der Abteilung und der Bediensteten der territorialen Einrichtungen, die für die Aufnahme nach der Entlassung verantwortlich sind. Das Feld ist also mit „Krankenhaus wegen begleiteter Entlassung“ dann auszufüllen, wenn bei der Entlassung des Patienten die Hauspflege bereits aktiv ist.

Die zulässigen Werte sind:

- | | |
|-----|--|
| 1. | Patient |
| 2. | Familie |
| 3. | Schule |
| 4. | Allgemeinmediziner / Bereitschaftsdienst / Kinderarzt |
| 5. | Facharzt |
| 6. | Krankenhaus |
| 7. | Krankenhaus wegen begleiteter Entlassung |
| 8. | Krankenpflegedienst des Sprengels |
| 9. | Sozialdienste |
| 10. | Rehabilitationsdienst |
| 11. | Dienst für Neuropsychiatrie für Kinder |
| 12. | Zentrum für Geistige Gesundheit oder andere private psychiatrische Dienste und Einrichtungen |
| 13. | Familienberatungsstelle |
| 14. | Gerichtsbehörde und Polizeikräfte |
| 15. | Hospiz / Zentrum für Palliativmedizin |
| 16. | Dienst für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit |
| 17. | administrative Einleitung der Aufnahme des Patienten |
| 18. | Sonstiges |

Pflichtfeld.

10.18. **BEWERTUNGSDATUM (Data)**

Gibt das Datum der anfänglichen Bewertung des Patienten an. Dieses Datum kann ein Zeitpunkt vor oder nach dem ersten Zugang sein oder mit dem ersten Zugang übereinstimmen. Die Bewertung kann nach dem ersten Zugang stattfinden, wenn die Sammlung weiterer Elemente für die Erarbeitung des IPP erforderlich ist. Die Vertiefungen können sowohl die physische als auch soziale Sphäre des Patienten betreffen.

Das Datum, an dem die anfängliche Bewertung des Patienten stattgefunden hat, bestehend aus 8 Zeichen, muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Bewertungsjahr;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Bewertungsmonat an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Bewertungstag an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Pflichtfeld.

10.19. **GRUNDERKRANKUNG (Prevalente)**

Gibt den Code der Krankheit an, die zur Einleitung der Hauspflege geführt hat und den Großteil des Pflegeaufwandes beansprucht.
Die zulässigen Werte sind:

- ICD9-Kode (erste 3 Ziffern)
- 000 = nicht erhoben

Pflichtfeld.

10.20. **KOMORBIDITÄT (Concomitante)**

Gibt den Code der eventuell gleichzeitig vorliegenden Krankheit/en an, welche die Aufnahme beeinflussen kann/können. Die zulässigen Werte sind:

- ICD9-Kode (erste 3 Ziffern)
- 000 = nicht erhoben

Pflichtfeld.

10.21. **SELBSTSTÄNDIGKEIT (Autonomia)**

Gibt den Selbstständigkeitsgrad in den alltäglichen Tätigkeiten an (essen, Körperpflege, sich kleiden, Toilette benutzen). Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. Der Patient gilt als:

- „selbstständig“, wenn er imstande ist, ohne die Hilfe anderer Personen alle angeführten Tätigkeiten zu verüben (essen, sich waschen, kontinent sein, die Toilette benutzen), außer eventuell „baden“;
- „vollkommen unselbstständig“, wenn er in allen angeführten Tätigkeiten die Hilfe anderer Personen benötigt;
- „teilweise unselbstständig“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

- 1 = selbstständig
- 2 = teilweise unselbstständig
- 3 = vollkommen unselbstständig

Pflichtfeld.

10.22. MOBILITÄTSGRAD (GradoMobilita)

Gibt den Selbstständigkeitsgrad des Patienten in Bezug auf die Mobilität an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen.

- „Bewegt sich allein fort“;
- „bewegt sich mit Hilfsmitteln fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen für die Fortbewegung Hilfsmittel verwendet werden (einschließlich des Rollstuhls, falls der Patient keiner Hilfe für die Verlagerung bedarf). In Bezug auf die Selbstständigkeit bei der Überwindung der architektonischen Schranken muss die Bewertung auf den üblichen Lebenskontext bezogen werden (beispielsweise: ein Patient „bewegt sich allein fort“, auch wenn er beim Treppensteigen Hilfe braucht, aber seine Wohnung frei von internen und externen architektonischen Schranken ist);
- „bewegt sich mit Hilfe anderer fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient zur Fortbewegung der Hilfe anderer bedarf. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl kann die Hilfe anderer Personen in der Verlagerung in den/aus dem Rollstuhl bestehen, sofern der Patient fähig ist, sich dann im Rollstuhl selbstständig fortzubewegen;
- „bewegt sich nicht fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient an das Bett / den Rollstuhl oder Sessel gebunden ist. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl ist der Patient nicht imstande, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen.

Die zulässigen Werte sind:

1. bewegt sich allein fort
2. bewegt sich mit Hilfsmitteln fort
3. bewegt sich mit Hilfe anderer fort
4. bewegt sich nicht fort

Pflichtfeld.

10.23. KOGNITIVE STÖRUNGEN (Cognitivi)

Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen kognitiven Störungen an (Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit).

Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen.

- „Nicht vorhanden/leicht“, wenn keine Störungen vorhanden sind oder wenn diese die sozialen Tätigkeiten unbedeutend beeinflussen oder keine deutliche Funktionsbeeinträchtigung darstellen;
- „schwer“, wenn die Störungen die Beziehungsfähigkeit des Patienten mit anderen stark beeinträchtigen (bspw.: der Patient vergisst gelegentlich den Namen des Familienmitgliedes, von dem sein Überleben abhängt; er erinnert sich nicht an kürzliche Ereignisse oder die eigenen Erfahrungen; die Erinnerungen der eigenen Vergangenheit sind lückenhaft; die Jahreszeiten und das Wetter werden allgemein nicht mehr wahrgenommen);
- „mäßig“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

1 = nicht vorhanden/leicht
2 = mäßig
3 = schwer

Pflichtfeld.

10.24. VERHALTENSSTÖRUNGEN (Comportamentali)

Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen Verhaltensstörungen an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen.

Bezieht sich auf Störungen, welche die Pflege beeinflussen können, beispielsweise: Delirium, Agiertheit, Angst, Enthemmung, aberrante motorische Tätigkeit. Die Störungen gelten als:

- „nicht vorhanden/leicht“, wenn sie nicht vorhanden sind, oder wenn sie den Patient nicht störend beeinflussen oder die Pflege beeinträchtigen;
- „schwer“, wenn sie für den Patient sehr störend sind und eine Medikamentenverabreichung erfordern;
- „mäßig“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

1 = nicht vorhanden/leicht
2 = mäßig
3 = schwer

Pflichtfeld.

10.25. SOZIALE UNTERSTÜTZUNG (Supporto Sociale)

Gibt an, ob eine Unterstützung durch die Familie und informelle Netze vorhanden ist.

Die Unterstützung durch die Familie und durch das informelle Netz (Nachbarschaft, Volontariat, Private ...) gilt als:

- „vorhanden“, wenn sie ausreicht, um den Pflegebedürfnissen des Patienten Folge zu leisten oder wenn der Patient minimale Pflegebedürfnisse aufweist;
- „nicht vorhanden“, wenn die Pflegebedürfnisse vollständig vom formellen Netz gedeckt werden müssen (akkreditierte öffentliche oder private Sozialdienste);
- „teilweise und/oder vorübergehend vorhanden“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

1 = vorhanden
2 = teilweise und/oder vorübergehend vorhanden
3 = nicht vorhanden

Pflichtfeld.

10.26. INFEKTIONSGEFAHR (Rischio Infettivo)

Gibt an, ob bei der Hauspflege eine Infektionsgefahr besteht, das heißt, ob der Patient spezifischer Maßnahmen zur Vorbeugung einer Ansteckungsgefahr bedarf (es müssen spezifische Pflegemaßnahmen ergriffen werden, um zu vermeiden, dass der Patient andere Personen ansteckt, oder um zu vermeiden, dass er im Falle von Immunsuppression angesteckt wird).

Die zulässigen Werte sind:

1 = ja
2 = nein

Pflichtfeld.

**10.27. BRONCHIALTOILETTE/QUINCKE-LAGERUNG
(BroncorespirazioneDrenaggioPosturale)**

Gibt an, ob eine Bronchialtoilette oder Quincke-Lagerung erforderlich ist.
Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.28. SAUERSTOFFTHERAPIE (OssigenoTerapia)

Gibt an, ob eine Sauerstofftherapie erforderlich ist.
Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.29. VENTILATIONSTHERAPIE (Ventiloterapia)

Gibt an, ob eine Ventilationstherapie erforderlich ist.
Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.30. TRACHEOTOMIE (Tracheostomia)

Gibt an, ob eine Tracheotomie erforderlich ist.
Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.31. ORALE ERNÄHRUNG (Assistita)

Gibt an, ob eine orale Ernährung erforderlich ist.
Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.32. ENTERALE ERNÄHRUNG (Enterale)

Gibt an, ob eine enterale Ernährung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.33. PARENTERALE ERNÄHRUNG (Parenterale)

Gibt an, ob eine parenterale Ernährung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.34. STOMAPFLEGE (GestioneStomia)

Gibt an, ob eine Stomapflege erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.35. DARM-BLASENENTLEERUNG (ElimiUrinarialIntestinale)

Gibt an, ob eine Maßnahme zwecks Darm-Blasenentleerung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.36. SCHLAF-WACH-RHYTHMUSSTÖRUNGEN (AlterRitmoSonnoVeglia)

Gibt an, ob eine Maßnahme wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen erforderlich ist. Ausgeschlossen sind die Fälle, in denen das Problem den Pflegeplan nicht beeinflusst, und die Fälle, in denen das Problem durch Medikamente unter Kontrolle gehalten werden kann.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.37. THERAPEUTISCHE ERZIEHUNGSMASSNAHMEN (IntEduTerapeutica)

Gibt an, ob formelle therapeutische Erziehungsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.38. BEHANDLUNG VON HAUTULZERATIONEN 1. UND 2. GRADES (CuraUlcereCutanee12Grado)

Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades erforderlich ist:

- 1. Grad: anhaltende Rötung, die auch bei Fingerdruck nicht verschwindet;
- 2. Grad: Dauerläsion, welche die Epidermis, das Derma oder beide miteinbezieht.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.39. BEHANDLUNG VON HAUTULZERATIONEN 3. UND 4. GRADES (CuraUlcereCutanee34Grado)

Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades erforderlich ist:

- 3. Grad: Beeinträchtigung des Muskelbündels ohne Durchquerung;
- 4. Grad: Beeinträchtigung des Muskels und eventuell des Knochens.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.40. REGELMÄSSIGE VENÖSE BLUTENTNAHMEN (PrelieviVenosiNonOcc)

Gibt an, ob regelmäßige venöse Blutentnahmen erforderlich sind (bspw.: Überwachung der oralen Antikoagulation). Ausgeschlossen sind die gelegentlichen venösen Blutentnahmen, auch wenn sie wiederholt stattfinden.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.41. ELEKTROKARDIOGRAMM (ECG)

Gibt an, ob eine Elektrokardiographie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.42. TELEMETRIE (Telemetria)

Gibt an, ob eine Telemetrie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

**10.43. SUBKUTANE/INTRAMUSKULÄRE/
INFUSIONSTHERAPIE (TerSottocutIntraMuscInfus)**

Gibt an, ob eine ständige oder zyklische intramuskuläre, subkutane oder Infusionstherapie mittels peripherem Venenkatheter erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.44. PFLEGE DES ZENTRALEN VENENKATHETERS(GestioneCatetere)

Gibt an, ob ein zentralvenöser Zugang erforderlich ist (bspw.: ZVK, Porth-a-cath-Sytem, epidurale Katheterisierung).

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.45. TRANSFUSIONEN (Trasfusioni)

Gibt an, ob Transfusionen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.46. SCHMERZKONTROLLE (ControlloDolore)

Gibt an, ob Schmerzkontrollmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

**10.47. PFLEGBEDÜRFNISSE IM ENDSTADIUM DER
KARZINOMKRANKHEIT (AssistStatoTerminaleOnc)**

Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im Endstadium der Karzinomkrankheit erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen eingeleitet wurde.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

**10.48. PFLEGBEDÜRFNISSE IM NICHT-ONKOLOGISCHEN ENDSTADIUM
(AssistStatoTerminaleNonOnc)**

Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im nicht-onkologischen Endstadium erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen eingeleitet wurde.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.49. NEUROLOGISCHE REHABILITATION (Neurologico)

Gibt an, ob neurologische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.50. ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION (Ortopedico)

Gibt an, ob orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.51. ERHALTUNGSREHABILITATION (DiMantenimento)

Gibt an, ob Erhaltungsrehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.52. STÄNDIGE AUFSICHT (SuperVisioneContinua)

Gibt an, ob eine ständige Aufsicht erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.53. UNTERSTÜTZUNG BEI DEN IADL (AssistenzaIADL)

Gibt an, ob eine Unterstützung bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (Reinigung der Wohnung, Zubereitung von Essen, Kleiderwäsche, Medikamenteneinnahme...).

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.54. UNTERSTÜTZUNG BEI DEN ADL (AssistenzaADL)

Gibt an, ob eine Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (baden, Toilette benutzen, sich waschen, sich kleiden, essen, sich fortbewegen).

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

10.55. UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE PFLEGENDEN (SupportoCareGiver)

Gibt an, ob für die Familie oder die familiäre Pflegehilfe eine psychologische, instruktive oder entlastende Unterstützung erforderlich ist. Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld.

B. DATENSATZ 2: EREIGNISSE DER LEISTUNGSERBRINGUNG, UNTERBRECHUNG, NEUBEWERTUNG UND DES ABSCHLUSSES

Gekürzter Datensatz für Patienten im Endstadium (Datensatz 2):

Für Patienten im onkologischen oder nicht-onkologischen Endstadium kann ein gekürzter Datensatz für die Beurteilung übermittelt werden.

10.56. ART DER ÜBERMITTLUNG (Tipo)

Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten seitens des Sanitätsbetriebs an das Gesundheitsassessorat verwendet wird.

Die zu verwendenden Codes sind:

- I = Kode für die Übermittlung von **neuen** Daten oder für die **erneute Übermittlung** von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten;
- V = Kode für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem **überschrieben** werden sollen;
- C = Kode für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem **gelöscht** werden sollen.

Pflichtfeld.

B1. Meldeamtliche Variablen

10.57. ART DES IDENTIFIKATIONSKODES DES PATIENTEN (TIPO ID)

Gibt an, worauf sich der im Feld COD_ID (Identifikationskode des Patienten) enthaltene Kode bezieht:

- 1 = Steuernummer
- 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer)
- 3 = AA (anonym)
- 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer)
- 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer)
- 6 = ASC (sonstiger konventionierter Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp)
- 9 = CTA (vorübergehend betreute Bürger)
- A = HIC (Renter und Arbeiterfamilien, die in einem anderen Land als das Familienoberhaupt ansässig sind)

Pflichtfeld.

10.58. IDENTIFIKATIONSKODE DES PATIENTEN (COD_ID)

Der Identifikationskode des Patienten wird anhand der nachstehend beschriebenen Modalitäten auf Landesebene mittels Standard-Anonymisierungsverfahren anonymisiert und anschließend in anonymer Form an das Gesundheitsministerium gesendet.

Die Steuernummer des Finanzministeriums muss bei Verfügbarkeit für alle in Italien ansässigen Patienten angegeben werden.

Für die nicht den Einreise- und Aufenthaltsvorschriften entsprechenden Ausländer muss der Regionalkode STP (vorübergehend anwesender Ausländer) mit 16 Zeichen (gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000) angegeben werden.

Für die Neugeborenen ist ein Verfahren vorzusehen, das die Steuernummer gemäß den Regeln des Finanzministeriums erstellt.

Für die **anonymen Fälle AA** sind alle Zeichen des Feldes mit 'X' auszufüllen.

Für die nicht ansässigen Ausländer ist das Feld mit der persönlichen TEAM-Nummer auszufüllen: Sie entspricht der Steuernummer auf der Vorderseite des Europäischen Krankenversicherungsausweises und ist nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben.

Für die bedürftigen ausländischen EU-Bürger (vorübergehend betreute Bürger - CTA) ist das Feld mit dem CTA-Kode mit 16 Zeichen auszufüllen (CTA+00+fortlaufende Nummer).

Pflichtfeld.

10.59. REGION (REG_EROG)

Gibt die Region an, zu welcher der Dienst gehört, der den Patient aufgenommen hat.

3-Ziffernkode des Gesundheitsministeriums (M.D. 17.09.1986) A.P. Bozen → **Kode 041**

Pflichtfeld.

10.60. KODE DES LEISTUNGSERBRINGENDEN GESUNDHEITSBEZIRKS (ASL_EROG)

Kode des Gesundheitsbezirks, der den Dienst erbringt.

Kode bestehend aus dem Kode der Region plus dem Kode des Gesundheitsbezirks (Bsp. Gesundheitsbezirk Bozen der Autonomen Provinz Bozen → **Kode 041101**)

Pflichtfeld.

B2. Ereignisse der Leistungserbringung, Unterbrechung, Neubewertung und des Abschlusses

10.61. AUFNAHMEDATUM (data)

Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an bzw. das Datum, zu dem ein IPP abgefasst wird.

Das Aufnahmedatum kann mit dem Datum des ersten Zuganges eines Bediensteten (bspw. Arzt, Krankenpfleger etc.) zu Hause des Patienten übereinstimmen.

Das Aufnahmedatum besteht aus 8 Zeichen und muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Aufnahmejahr;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Aufnahmemonat an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Aufnahmetag an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Pflichtfeld.

10.62. NEUBEWERTUNGSDATUM (Data)

Gibt das Datum der Neubewertung des Patienten an. Diese muss innerhalb 90 Tagen ab der letzten Bewertung und bei jeder Änderung der Bedürfnisse des Patienten vorgenommen werden. Dieses Datum kann weder vor dem Bewertungsdatum noch vor dem Aufnahmedatum liegen.

Das Datum, an dem die Neubewertung des Patienten stattgefunden hat, bestehend aus 8 Zeichen, muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Neubewertungsjahr;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Neubewertungsmonat an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Neubewertungstag an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Pflichtfeld.

10.63. NEUBEWERTUNGSGRUND (motivo)

Gibt den Grund für die Neubewertung des Patienten an. Die zulässigen Werte sind:

- 1 = Ablauf der vorgesehenen Periode (90 Tage)
2 = Änderung der Bedingungen des Patienten

Pflichtfeld.

10.64. BESTÄTIGUNG DER VORHERGEHENDEN BEWERTUNG (ConfermaPrecedente)

Lässt die vorhergehenden Bedingungen des Patienten bestätigen.
Die zulässigen Werte sind:

- 1 = ja (in diesem Fall sind die Felder, die auf das Ereignis „Neubewertung“ folgen, nicht zu übermitteln)
2 = nein

Pflichtfeld.

10.65. GRUNDERKRANKUNG (Prevalente)

Gibt den Code der Krankheit an, die zur Einleitung der Hauspflege geführt hat und den Großteil des Pflegeaufwandes beansprucht. Die zulässigen Werte sind:

- ICD9-Kode (erste 3 Ziffern)
- 000 = nicht erhoben

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.66. KOMORBIDITÄT (Concomitante)

Gibt den Code der eventuell gleichzeitig vorliegenden Krankheit/en an, welche die Aufnahme beeinflussen kann/können. Die zulässigen Werte sind:

- ICD9-Kode (erste 3 Ziffern)
- 000 = nicht erhoben

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.67. SELBSTSTÄNDIGKEIT (Autonomia)

Gibt den Selbstständigkeitsgrad in den alltäglichen Tätigkeiten an (essen, Körperpflege, sich kleiden, Toilette benutzen).

Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen.

Der Patient gilt als:

- „selbstständig“, wenn er imstande ist, ohne die Hilfe anderer Personen alle angeführten Tätigkeiten zu verüben (essen, sich waschen, kontinent sein, die Toilette benutzen), außer eventuell „baden“;
- „vollkommen unselbstständig“, wenn er in allen angeführten Tätigkeiten die Hilfe anderer Personen benötigt;
- „teilweise unselbstständig“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

- 1 = selbstständig
- 2 = teilweise unselbstständig
- 3 = vollkommen unselbstständig

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.68. MOBILITÄTSGRAD (GradoMobilita)

Gibt den Selbstständigkeitsgrad des Patienten in Bezug auf die Mobilität an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen:

- „Bewegt sich allein fort“;
- „bewegt sich mit Hilfsmitteln fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen für die Fortbewegung Hilfsmittel verwendet werden (einschließlich des Rollstuhls, falls der Patient keiner Hilfe für die Verlagerung bedarf). In Bezug auf die Selbstständigkeit bei der Überwindung der architektonischen Schranken muss die Bewertung auf den üblichen Lebenskontext bezogen werden (beispielsweise: ein Patient „bewegt sich allein fort“, auch wenn er beim

Treppensteigen Hilfe braucht, aber seine Wohnung frei von internen und externen architektonischen Schranken ist);

- „bewegt sich mit Hilfe anderer fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient zur Fortbewegung der Hilfe anderer bedarf. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl kann die Hilfe anderer Personen in der Verlagerung in den/aus dem Rollstuhl bestehen, sofern der Patient fähig ist, sich dann im Rollstuhl selbstständig fortzubewegen;
- „bewegt sich nicht fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient an das Bett / den Rollstuhl oder Sessel gebunden ist. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl ist der Patient nicht imstande, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. bewegt sich allein fort 2. bewegt sich mit Hilfsmitteln fort 3. bewegt sich mit Hilfe anderer fort 4. bewegt sich nicht fort |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.69. KOGNITIVE STÖRUNGEN (Cognitivi)

Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen kognitiven Störungen an (Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit). Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen.

- „Nicht vorhanden/leicht“, wenn keine Störungen vorhanden sind oder wenn diese die sozialen Tätigkeiten unbedeutend beeinflussen oder keine deutliche Funktionsbeeinträchtigung darstellen;
- „schwer“, wenn die Störungen die Beziehungsfähigkeit des Patienten mit anderen stark beeinträchtigen (bspw.: der Patient vergisst gelegentlich den Namen des Familienmitgliedes, von dem sein Überleben abhängt; er erinnert sich nicht an kürzliche Ereignisse oder die eigenen Erfahrungen; die Erinnerungen der eigenen Vergangenheit sind lückenhaft; die Jahreszeiten und das Wetter werden allgemein nicht mehr wahrgenommen);
- „mäßig“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| <p>1 = nicht vorhanden/leicht</p> <p>2 = mäßig</p> <p>3 = schwer</p> |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.70. VERHALTENSSTÖRUNGEN (DisturbiComportamentali)

Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen Verhaltensstörungen an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen.

Bezieht sich auf Störungen, welche die Pflege beeinflussen können, beispielsweise: Delirium, Agiertheit, Angst, Enthemmung, aberrante motorische Tätigkeit. Die Störungen gelten als:

- „nicht vorhanden/leicht“, wenn sie nicht vorhanden sind, oder wenn sie den Patient nicht störend beeinflussen oder die Pflege beeinträchtigen;
- „schwer“, wenn sie für den Patient sehr störend sind und eine Medikamentenverabreichung erfordern;
- „mäßig“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|---|
| 1 = nicht vorhanden/leicht
2 = mäßig
3 = schwer |
|---|

10.71. SOZIALE UNTERSTÜTZUNG (Supporto Sociale)

Gibt an, ob eine Unterstützung durch die Familie und informelle Netze vorhanden ist.

Die Unterstützung durch die Familie und durch das informelle Netz (Nachbarschaft, Volontariat, Private ...) gilt als:

- „vorhanden“, wenn sie ausreicht, um den Pflegebedürfnissen des Patienten Folge zu leisten oder wenn der Patient minimale Pflegebedürfnisse aufweist;
- „nicht vorhanden“, wenn die Pflegebedürfnisse vollständig vom formellen Netz gedeckt werden müssen (akkreditierte öffentliche oder private Sozialdienste);
- „teilweise und/oder vorübergehend vorhanden“ in den anderen Fällen.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = vorhanden
2 = teilweise und/oder vorübergehend vorhanden
3 = nicht vorhanden |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.72. INFEKTIONSGEFAHR (Rischio Infettivo)

Gibt an, ob bei der Hauspflege eine Infektionsgefahr besteht, das heißt, ob der Patient spezifischer Maßnahmen zur Vorbeugung einer Ansteckungsgefahr bedarf (es müssen spezifische Pflegemaßnahmen ergriffen werden, um zu vermeiden, dass der Patient andere Personen ansteckt, oder um zu vermeiden, dass er im Falle von Immunsuppression angesteckt wird).

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--------------------|
| 1 = ja
2 = nein |
|--------------------|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.73. BRONCHIALTOILETTE/QUINCKE-LAGERUNG (Broncorespirazione Drenaggio Posturale)

Gibt an, ob eine Bronchialtoilette oder Quincke-Lagerung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.74. SAUERSTOFFTHERAPIE (Ossigeno Terapia)

Gibt an, ob eine Sauerstofftherapie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.75. VENTILATIONSTHERAPIE (Ventiloterapia)

Gibt an, ob eine Ventilationstherapie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.76. TRACHEOTOMIE (Tracheostomia)

Gibt an, ob eine Tracheotomie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.77. ORALE ERNÄHRUNG (Assistita)

Gibt an, ob eine orale Ernährung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.78. ENTERALE ERNÄHRUNG (Enterale)

Gibt an, ob eine enterale Ernährung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.79. PARENTERALE ERNÄHRUNG (Parenterale)

Gibt an, ob eine parenterale Ernährung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.80. STOMAPFLEGE (GestioneStomia)

Gibt an, ob eine Stomapflege erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.81. DARM-BLASENENTLEERUNG (ElimiUrinaryIntestinale)

Gibt an, ob eine Maßnahme zwecks Darm-Blasenentleerung erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.82. SCHLAF-WACH-RHYTHMUSSTÖRUNGEN (AlterRitmoSonnoVeglia)

Gibt an, ob eine Maßnahme wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen erforderlich ist. Ausgeschlossen sind die Fälle, in denen das Problem den Pflegeplan nicht beeinflusst, und die Fälle, in denen das Problem durch Medikamente unter Kontrolle gehalten werden kann.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.83. THERAPEUTISCHE ERZIEHUNGSMASSNAHMEN (IntEduTerapeutica)

Gibt an, ob formelle therapeutische Erziehungsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

**10.84. BEHANDLUNG VON HAUTULZERATIONEN 1. UND 2. GRADES
(CuraUlcereCutanee12Grado)**

Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades erforderlich ist:

- 1. Grad: anhaltende Rötung, die auch bei Fingerdruck nicht verschwindet;
- 2. Grad: Dauerläsion, welche die Epidermis, das Derma oder beide miteinbezieht.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

**10.85. BEHANDLUNG VON HAUTULZERATIONEN 3. UND 4. GRADES
(CuraUlcereCutanee34Grado)**

Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades erforderlich ist:

- 3. Grad: Beeinträchtigung des Muskelbündels ohne Durchquerung;
- 4. Grad: Beeinträchtigung des Muskels und eventuell des Knochens.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.86. REGELMÄSSIGE VENÖSE BLUTENTNAHMEN (PrelieviVenosiNonOcc)

Gibt an, ob regelmäßige venöse Blutentnahmen erforderlich sind (bspw.: Überwachung der oralen Antikoagulation). Ausgeschlossen sind die gelegentlichen venösen Blutentnahmen, auch wenn sie wiederholt stattfinden.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.87. ELEKTROKARDIOGRAMM (ECG)

Gibt an, ob eine Elektrokardiographie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.88. TELEMETRIE (Telemetria)

Gibt an, ob eine Telemetrie erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.89. SUBKUTANE/INTRAMUSKULÄRE/

INFUSIONSTHERAPIE (TerSottocutIntraMusclInfus)

Gibt an, ob eine ständige oder zyklische intramuskuläre, subkutane oder Infusionstherapie mittels peripherem Venenkatheter erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.90. PFLEGE DES ZENTRALEN VENENKATHETERS(GestioneCatetere)

Gibt an, ob ein zentralvenöser Zugang erforderlich ist (bspw.: ZVK, Porth-a-cath-System, epidurale Katheterisierung).

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.91. TRANSFUSIONEN (Trasfusioni)

Gibt an, ob Transfusionen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.92. SCHMERZKONTROLLE (ControlloDolore)

Gibt an, ob Schmerzkontrollmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.93. PFLEGBEDÜRFNISSE IM ENDSTADIUM DER KARZINOMKRANKHEIT (AssistStatoTerminaleOnc)

Gibt an, ob Pflegemaßnahmen aufgrund des Endstadiums der Karzinomkrankheit erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen eingeleitet wurde. Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.94. PFLEGBEDÜRFNISSE IM NICHT-ONKOLOGISCHEN ENDSTADIUM

(AssistStatoTerminaleNonOnc)

Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im nicht-onkologischen Endstadium erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen eingeleitet wurde.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.95. NEUROLOGISCHE REHABILITATION (Neurologico)

Gibt an, ob neurologische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.96. ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION (Ortopedico)

Gibt an, ob orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.97. ERHALTUNGSREHABILITATION (DiMantenimento)

Gibt an, ob Erhaltungsrehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.98. STÄNDIGE AUFSICHT (SuperVisioneContinua)

Gibt an, ob eine ständige Aufsicht erforderlich ist.

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|--|
| 1 = erforderlich
2 = nicht erforderlich |
|--|

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.99. UNTERSTÜTZUNG BEI DEN IADL (AssistenzIADL)

Gibt an, ob eine Unterstützung bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (Reinigung der Wohnung, Zubereitung von Essen, Kleiderwäsche, Medikamenteneinnahme...).

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.100. UNTERSTÜTZUNG BEI DEN ADL (AssistenzADL)

Gibt an, ob eine Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (baden, Toilette benutzen, sich waschen, sich kleiden, essen, sich fortbewegen).

Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.101. UNTERSTÜTZUNG FÜR DIE PFLEGENDEN (SupportoCareGiver)

Gibt an, ob für die Familie oder die familiäre Pflegehilfe eine psychologische, instruktive oder entlastende Unterstützung erforderlich ist. Die zulässigen Werte sind:

- | |
|------------------------|
| 1 = erforderlich |
| 2 = nicht erforderlich |

Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten.

10.102. ANZAHL DER ZUGÄNGE (NumeroAccessi)

Gibt die Anzahl der Zugänge durch dieselbe Art von Bediensteten im Laufe desselben Tages an. Nur im Falle von Mehrfachzugängen auszufüllen.

Fakultatives Feld.

10.103. ZUGANGSDATUM (DataAccesso)

Gibt das Datum an, an dem der Zugang zu Hause des Patienten erfolgt ist. Die *Post-mortem*-Zugänge sind in diesem Fluss nicht zu übermitteln.

SCHLÜSSEL

Format: JJJJ-MM-TT

Sollten die Informationen des Feldes „Anzahl der Zugänge“ nicht verfügbar sein, ist die Beschreibung des Feldes „Zugangsdatum“ zu verstehen als „bezogen auf den Tag, an dem mindestens ein Zugang seitens eines Bediensteten stattgefunden hat“.

Pflichtfeld.

10.104. ART DES BEDIENSTETEN (TipoOperatore)

Gibt die Art des Bediensteten an, der den Zugang getätigt hat. Die zulässigen Werte sind:

- 1 = Allgemeinmediziner AM
- 2 = Kinderarzt freier Wahl KFW
- 3 = Krankenpfleger
- 4 = Facharzt
- 5 = Facharzt für Palliativbehandlungen
- 6 = Arzt für Versorgungskontinuität
- 7 = Psychologe
- 8 = Physiotherapeut
- 9 = Logopäde
- 10 = sozio-sanitärer Mitarbeiter
- 11 = Diätberater
- 12 = Sozialassistent des NGD
- 13 = Beschäftigungstherapeut
- 14 = Hebamme
- 15 = Sanitätsassistent
- 99 = Sonstiges

Pflichtfeld.

10.105. ART DER LEISTUNG (TipoPrestazione)

Gibt die Informationen über die Leistungen an. Die zulässigen Werte sind:

- 1 = Hausvisite (einschließlich der klinischen/funktionalen/sozialen Bewertung und Überwachung)
- 2 = Blutentnahme
- 3 = instrumentaldiagnostische Leistungen
- 4 = Weitergabe der Kompetenzen/Erziehung der Pflegenden/Gespräche/Nursering/Schulung
- 5 = psychologische Unterstützung Team-Patient-Familie
- 6 = verschiedenartige Injektionstherapien
- 7 = subkutane und intravenöse Infusionstherapie
- 8 = Bluttransfusion
- 9 = Parazentese, Thorakozentese und andere invasive Eingriffe, Pflege von Spinalkathetern oder Schmerz-Neuromodulationssysteme
- 10 = Handling der mechanischen Ventilation - Tracheotomie - Auswechslung der Kanüle - Bronchialtoilette - Sauerstofftherapie
- 11 = enterale Ernährung (SNG PEG)
- 12 = parenterale Ernährung - ZVK

- 13 = Blasenkatheterpflege einschließlich Harnderivationen
- 14 = Darmkanalpflege einschließlich Enterostomien
- 15 = Körperpflege und Mobilisierung
- 16 = einfache Wundbehandlungen (Hautverletzungen durch Prellung, Gefäß-, neoplastische, post-chirurgische, post-aktinische, Mundhöhlenverletzungen)
- 17 = komplexe Wundbehandlungen (Hautverletzungen durch Prellung, Gefäß-, neoplastische, post-chirurgische, post-aktinische Verletzungen etc.)
- 18 = einfache Verbände, Bandagen, elastische Tape-Verbände
- 19 = motorisches Training - Atmungstraining
- 20 = Sprachtraining
- 21 = Training bei neuropsychologischen Störungen

Fakultatives Feld.

10.106. ANZAHL DER LEISTUNGEN (NumeroPrestazioni)

Gibt die Menge der Leistungen derselben Art an, die am selben Tag erbracht wurden.

Fakultatives Feld.

10.107. DATUM DES BEGINNS DER UNTERBRECHUNG (DataInizio)

Gibt das Datum an, an dem der Hauspflegedienst für den Patient unterbrochen wird.

Das Datum, an dem die Unterbrechung der Hauspflege des Patienten beginnt, bestehend aus 8 Zeichen, muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Jahr des Beginns der Unterbrechung;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Monat des Beginns der Unterbrechung an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Tag des Beginns der Unterbrechung an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Pflichtfeld.

10.108. DATUM DES ENDES DER UNTERBRECHUNG (DataInizio)

Gibt das Datum an, an dem die Unterbrechung des Hauspflegedienstes für den Patient endet.

Das Datum, an dem die Unterbrechung der Hauspflege des Patienten endet, bestehend aus 8 Zeichen, muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Jahr des Endes der Unterbrechung;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Monat des Endes der Unterbrechung an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Tag des Endes der Unterbrechung an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Fakultatives Feld.

10.109. GRUND DER UNTERBRECHUNG (Motivazione)

Gibt den Grund der Unterbrechung der Hauspflege an. Die zulässigen Werte sind:

- 1 = vorübergehender Krankenhausaufenthalt
- 2 = vorübergehende Entfernung
- 3 = vorübergehender Aufenthalt in stationärer Einrichtung
- 4.= administrative Unterbrechung (falls für 1 Monat keine Leistungen erbracht werden)
- 9 = Sonstiges

Pflichtfeld.

10.110. DATUM DES ABSCHLUSSES DER HP (DataAD)

Gibt das Datum an, an dem die Hauspflege abgeschlossen wird.

Das Datum, an dem die Hauspflege abgeschlossen wird, bestehend aus 8 Zeichen, muss im Format JJJJ-MM-TT ausgefüllt werden:

- Die ersten vier Zeichen stehen für das Jahr des Abschlusses der Hauspflege;
- die darauffolgenden beiden Zeichen geben den Monat des Abschlusses der Hauspflege an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 2=02);
- die letzten beiden Zeichen geben den Tag des Abschlusses der Hauspflege an; den Zahlen unter 10 wird eine Null vorangestellt (Bsp.: 8=08).

Pflichtfeld.

10.111. GRUND DES ABSCHLUSSES (Motivazione)

Gibt den Grund an, aus dem die Hauspflege abgeschlossen wird. Die zulässigen Werte sind:

- 1 = Beendung des Pflegeprogramms
- 2 = Einweisung ins Krankenhaus
- 3 = Tod zu Hause
- 4 = Tod im Krankenhaus
- 5 = Verlegung in stationäre Einrichtung
- 6 = Verlegung in Hospiz
- 7 = Tod im Hospiz
- 8 = Umstellung auf andere Arten von Hauspflege
- 9 = Wohnsitzwechsel
- 10 = Arztwechsel
- 11 = Entscheidung des Patienten
- 12 = administrativer Abschluss (falls keine Unterbrechung vorliegt und für 6 Monate keine Leistungen erbracht werden)
- 98 = administrativer Abschluss mit Neuaufnahme im darauffolgenden Jahr, falls keine Unterbrechung vorliegt
- 99 = Sonstiges

Pflichtfeld.

11. FUNKTIONALE BESCHREIBUNG DES DATENSATZES

MODALITÄTEN DER ÜBERMITTLUNG DER VON DEN DIENSTEN FÜR BASISMEDIZIN ERHOBENEN DATEN

Die Übermittlung der Daten erfolgt mittels Datei im XML-Format.

„XML“ steht für „eXtensible Markup Language“, eine vom World Wide Web Consortium (W3C) aufgebaute und verwaltete Metasprache auf Text-Basis.

Die Funktionsspezifikationen legen das XML-Schema (XSD) fest, auf das Bezug zu nehmen ist. Das XSD spezifiziert die Struktur des XML-Dokuments anhand einer Reihe von „Regeln“, insbesondere die Elemente des XML-Dokuments, deren hierarchischen Beziehungen, die Reihenfolge im XML-Dokument und die Art der optionalen Elemente und Attribute.

In der Folge werden die Merkmale jedes Archivs auf der Grundlage des Datensatzes und der Dateneingabevorschriften angegeben, die dem Ministerialdekret vom 17.12.08 beigelegt sind und an alle von der Datenerhebung betroffenen Subjekte übermittelt werden.

Außerdem werden die Merkmale spezifiziert, welche die Informationen enthalten müssen, um den Fluss auf nationaler Ebene eindeutig und einheitlich zu gestalten, wie in den Technischen Bezugsvorschriften beschrieben.

So muss ein „Datenfeld“ beispielsweise dem Format JJJJ-MM-TT entsprechen.

Die Legende beschreibt die in der Erklärung der XML-Datensatzstruktur verwendeten Abkürzungen und Akronyme.

Feldtyp	Pflichtregeln
A: Alphabetisches Feld AN: Alphanumerisches Feld N: Numerisches Feld D: Datenfeld (JJJJ-MM-TT)	OBBV: Immer Pflichtfeld FAC: Immer fakultatives Feld OBB: Pflichtfeld, falls die angeführten Bedingungen eintreten

A. DATENSATZ 1: AUFNAHME DES PATIENTEN

A1. Meldeamtliche Variablen

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
1	Art der Übermittlung	Tipo	Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten verwendet wird.	A	1	1	1	Zulässige Werte: I. Eingabe V. Änderung C. Löschung I = Kode für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten. V = Kode für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen. C = Kode für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.	OBBV
2	Art des Identifikationskodes des Patienten	Tipo_Id	Gibt die Art des im Feld COD_ID (Identifikationskode des Patienten) enthaltenen Kodes an.	AN	1	2	2	1 = Steuernummer 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer) 3 = AA (anonym) 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer) 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer) ASC (sonstiger konventionierter Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp) 9 = CTA (vorübergehend betreute Bürger) IC (Renter und Arbeiterfamilien, die in einem anderen Land sind)	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
3	Eindeutiger Identifikationskode	Identificativo Univoco	Die Steuernummer des Finanzministeriums muss bei Verfügbarkeit für alle in Italien ansässigen Patienten angegeben werden. Für die nicht den Einreise- und Aufenthaltsvorschriften entsprechenden Ausländer muss der Regionalkode STP (vorübergehend anwesender Ausländer) mit 16 Zeichen (gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000) angegeben werden. Für die Neugeborenen ist ein Verfahren vorzusehen, das die Steuernummer gemäß den Regeln des Finanzministeriums erstellt. Für die anonymen Fälle AA sind alle Zeichen des Feldes mit 'X' auszufüllen. Für die nicht ansässigen Ausländer ist das Feld mit der persönlichen TEAM-Nummer auszufüllen: Sie entspricht der Steuernummer auf der Vorderseite des Europäischen Krankenversicherungsausweises und ist nur im Fall eines nicht ansässigen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben. Für die bedürftigen ausländischen EU-Bürger (vorübergehend betreute Bürger - CTA) ist das Feld mit dem CTA-Kode mit 16 Zeichen auszufüllen (CTA+00+fortlaufende Nummer).	AN	16	3	18		OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
4	Geburtsdatum	DATA_NAS	Gibt das Geburtsdatum des Patienten an.	N	8	19	26	Der zu verwendende Code besteht aus 4 Zeichen im Format: JJJJMMTT	OBBV
5	Geschlecht	GENERE	Gibt das Geschlecht des Patienten an.	N	1	27	27	Zulässige Werte: 1 = männlich 2 = weiblich 9 = nicht bekannt / nicht angegeben	OBBV
6	Staatsbürgerschaft	CITTAD	Gibt die Staatsbürgerschaft des Patienten an.	A	2	28	29	Die zulässigen Werte sind jene der ISO Alpha 2-Kodes. Im Falle von Staatenlosen den Code ZZ angeben; bei unbekannter Staatsbürgerschaft den Code XX angeben. Im Falle von Bürgern aus dem Kosovo KX angeben.	OBBV
7	Familienstand	STATO_C	Gibt den Familienstand des Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung an.	N	1	30	30	Zu verwenden sind folgende Kodes: 1. ledig 2. verheiratet 3. getrennt 4. geschieden 5. verwitwet 9. nicht erklärt	OBBV
8	Wohnsitzregion des Patienten	REG_RES	Gibt die Wohnsitzregion des Patienten an.	AN	3	31	33	3-Ziffernkode des Gesundheitsministeriums (M.D. 17.09.1986) A.P. Bozen = Kode 041	OBB

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
9	Wohnsitz-SB	ASL_RES	Gibt den lokalen Sanitätsbetrieb an, in dem der Patient ansässig ist.	AN	8	34	41	Der Kode besteht aus dem Kode der Region plus dem Kode des Sanitätsbetriebs. Dieses Feld ist für die im Ausland ansässigen Patienten nicht auszufüllen. Die zu verwendenden Kodes sind in den Modellen FLS11 angegeben. Für die in Südtirol ansässigen Patienten besteht der Kode aus dem Kode der Region (041) und aus dem Kode des Gesundheitsbezirks (101 102 103 104).	OBB
10	Wohnsitzgemeinde	GEM_RES	Gibt die Wohnsitzgemeinde des Patienten an.	AN	6	42	47	Es wird der vom ISTAT festgelegte Kode verwendet, dessen ersten 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden Zeichen die fortlaufende Nummer der Gemeinde innerhalb jeder Provinz darstellen. Für einen im Ausland ansässigen Patient muss das Feld mit 999999 ausgefüllt werden.	OBBV
11	Ausländischer Wohnsitzstaat	STATO_RE S	Gibt den ausländischen Wohnsitzstaat des Patienten an. Aus Gründen der Folgerichtigkeit darf dieses Feld nie mit IT ausgefüllt werden.	A	2	48	49	Die zu verwendenden Kodes entsprechen den ISO Alpha2-Kodes. Im Falle von Bürgern aus dem Kosovo KX angeben. Bei Ausfüllung des Feldes: Kode der Region=999, Kodes des SB=999 und Kode der Gemeinde = 999999.	OBB

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
12	In Gemeinschaft lebende Familienmitglieder	NucleoFamiliare	Gibt die Zahl der in Gemeinschaft lebenden Familienmitglieder an, ausgeschlossen der Patient und die eventuell bei ihm lebende Hilfskraft (zu den Familienmitgliedern zählen beispielsweise: in Gemeinschaft lebender Ehepartner/Partner, Sohn/Tochter, Bruder/Schwester, Enkelkind, Schwiegersohn/Schwiegertochter, Schwager/Schwägerin).	N	2	50	51		OBBV
13	Nicht zur Familie gehörige Hilfskraft	AssistentenonFamiliare	Person, die kein Familienmitglied ist (bspw. Pflegekraft, Haushaltshilfe), aber beim Patient lebt (24 h).	N	1	52	52	Zulässige Werte: 1. anwesend und mit Funktion als Pflegehilfe 2. anwesend, aber ohne Funktion als Pflegehilfe 3. nicht anwesend	OBBV
14	Kode der leistungsbringenden Region	REG_EROG	Gibt die Region an, zu welcher der Dienst gehört, der den Patient aufgenommen hat.	AN	3	53	55	3-Ziffernkode des Gesundheitsministeriums (M.D. 17.09.1986) A.P. Bozen = Kode 041	OBBV
15	Kode des Leistungserbringenden SB	ASL_EROG	Kode des Gesundheitsbezirks, der den Dienst erbringt.	AN	6	56	61	Kode bestehend aus dem Kode der Region plus dem Kode des Gesundheitsbezirks (Bsp. Gesundheitsbezirk Bozen der Autonomen Provinz Bozen = Kode 041101)	OBBV

A2. Aufnahme des Patienten

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
16	Aufnahmedatum	Data	Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an bzw. das Datum, zu dem ein IPP abgefasst wird. Das Aufnahmedatum kann mit dem Datum des ersten Zuganges eines Bediensteten (bspw. Arzt, Krankenpfleger etc.) zu Hause des Patienten übereinstimmen.	D	8	62	69	<u>SCHLÜSSELFELD</u> Format: JJJJMMTT	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
17	Antragsteller der Aufnahme	Soggettorichiedente	Gibt die Person an, welche die Aufnahme beantragt hat. Dieses Feld ist mit 6. „Krankenhaus“ auszufüllen, falls das Krankenhaus die Einleitung der Hauspflege beantragt hat. Mit 7. „Krankenhaus wegen begleiteter Entlassung“ auszufüllen, wenn sich das Krankenhaus um die Einleitung der Hauspflege kümmert, auch mit Beteiligung des Ärzte-/Krankenpflegepersonals der Abteilung und der Bediensteten der territorialen Einrichtungen, die für die Aufnahme nach der Entlassung verantwortlich sind.	N	2	70	71	Zulässige Werte: 1. Patient 2. Familie 3. Schule 4. Allgemeinmediziner / Bereitschaftsdienst / Kinderarzt 5. Facharzt 6. Krankenhaus 7. Krankenhaus wegen begleiteter Entlassung 8. Krankenpflegedienst des Sprengels 9. Sozialdienste 10. Rehabilitationsdienst 11. Dienst für Neuropsychiatrie für Kinder 12. Zentrum für Geistige Gesundheit oder andere private psychiatrische Dienste und Einrichtungen 13. Familienberatungsstelle 14. Gerichtsbehörde und Polizeikräfte 15. Hospiz / Zentrum für Palliativmedizin 16. Dienst für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit 17. administrative Einleitung der Aufnahme des Patienten 18. Sonstiges	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
18	Bewertungsdatum	Data	Gibt das Datum der anfänglichen Bewertung des Patienten an. Dieses Datum kann ein Zeitpunkt vor oder nach dem ersten Zugang sein oder mit dem ersten Zugang übereinstimmen. Die Bewertung kann nach dem ersten Zugang stattfinden, wenn die Sammlung weiterer Elemente für die Erarbeitung des IPP erforderlich ist. Die Vertiefungen können sowohl die physische als auch soziale Sphäre des Patienten betreffen.	D	10	72	81	Format: JJJJ-MM-TT	OBBV
19	Grunderkrankung	Prevalente	Gibt den Code der Krankheit an, die zur Einleitung der Hauspflege geführt hat und den Großteil des Pflegeaufwandes beansprucht.	AN	3	82	84	Zulässige Werte: - ICD9-Kode (erste 3 Ziffern) - 000=nicht erhoben	OBBV
20	Komorbidität	Concomitante	Gibt den Code der eventuell gleichzeitig vorliegenden Krankheit/en an, welche die Aufnahme beeinflussen kann/können.	AN	3	85	87	Zulässige Werte: - ICD9-Kode (erste 3 Ziffern) - 000=nicht erhoben	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
21	Selbstständigkeit	Autonomia	Gibt den Selbstständigkeitsgrad in den alltäglichen Tätigkeiten an (essen, Körperpflege, sich kleiden, Toilette benutzen). Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. Der Patient gilt als: - „selbstständig“, wenn er imstande ist, ohne die Hilfe anderer Personen alle angeführten Tätigkeiten zu verüben (essen, sich waschen, kontinent sein, die Toilette benutzen), außer eventuell „baden“; - „vollkommen unselbstständig“, wenn er in allen angeführten Tätigkeiten die Hilfe anderer Personen benötigt; - „teilweise unselbstständig“ in den anderen Fällen.	N	1	88	88	Zulässige Werte: 1. selbstständig 2. teilweise unselbstständig 3. vollkommen unselbstständig	OBBV
22	Mobilitätsgrad	GradoMobilita	Gibt den Selbstständigkeitsgrad des Patienten in Bezug auf die Mobilität an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der	N	1	89	89	Zulässige Werte: 1. bewegt sich allein fort / bewegt sich mit Hilfsmitteln fort 2. bewegt sich mit Hilfe anderer fort	OBBV (cfr. Anmerkung 1)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. - „Bewegt sich allein fort“; - „bewegt sich mit Hilfsmitteln fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen für die Fortbewegung Hilfsmittel verwendet werden (einschließlich des Rollstuhls, falls der Patient keiner Hilfe für die Verlagerung bedarf). In Bezug auf die Selbstständigkeit bei der Überwindung der architektonischen Schranken muss die Bewertung auf den üblichen Lebenskontext bezogen werden (beispielsweise: ein Patient „bewegt sich allein fort“, auch wenn er beim Treppensteigen Hilfe braucht, aber seine Wohnung frei von internen und externen architektonischen Schranken ist); - „bewegt sich mit Hilfe anderer fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient zur Fortbewegung der Hilfe anderer bedarf. Im Falle eines Patienten im					3. bewegt sich nicht fort	

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Rollstuhl kann die Hilfe anderer Personen in der Verlagerung in den/aus dem Rollstuhl bestehen, sofern der Patient fähig ist, sich dann im Rollstuhl selbstständig fortzubewegen; - „bewegt sich nicht fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient an das Bett / den Rollstuhl oder Sessel gebunden ist. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl ist der Patient nicht imstande, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen.						
23	Kognitive Störungen	Cognitivi	Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen kognitiven Störungen an (Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit). Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. - „Nicht vorhanden/leicht“, wenn keine Störungen vorhanden sind oder wenn diese die sozialen Tätigkeiten unbedeutend beeinflussen oder keine deutliche Funktionsbeeinträchtigung	N	1	90	90	Zulässige Werte: 1. nicht vorhanden/leicht 2. mäßig 3. schwer	OBBV (cfr. Anmerkung 1)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			darstellen; - „schwer“, wenn die Störungen die Beziehungsfähigkeit des Patienten mit anderen stark beeinträchtigen (bspw.: der Patient vergisst gelegentlich den Namen des Familienmitgliedes, von dem sein Überleben abhängt; er erinnert sich nicht an kürzliche Ereignisse oder die eigenen Erfahrungen; die Erinnerungen der eigenen Vergangenheit sind lückenhaft; die Jahreszeiten und das Wetter werden allgemein nicht mehr wahrgenommen); - „mäßig“ in den anderen Fällen.						

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
24	Verhaltensstörungen	Comportamentali	Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen Verhaltensstörungen an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. Bezieht sich auf Störungen, welche die Pflege beeinflussen können, beispielsweise: Delirium, Agiertheit, Angst, Enthemmung, aberrante motorische Tätigkeit. Die Störungen gelten als: - „nicht vorhanden/leicht“, wenn sie nicht vorhanden sind, oder wenn sie den Patient nicht störend beeinflussen oder die Pflege beeinträchtigen; - „schwer“, wenn sie für den Patient sehr störend sind und eine Medikamentenverabreichung erfordern; - „mäßig“ in den anderen Fällen.	N	1	91	91	Zulässige Werte: 1. nicht vorhanden/leicht 2. mäßig 3. schwer	OBBV (cfr. Anmerkung 1)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
25	Soziale Unterstützung	Supporto Sociale	Gibt ab, ob eine Unterstützung durch die Familie und informelle Netze vorhanden ist. Die Unterstützung durch die Familie und durch das informelle Netz (Nachbarschaft, Volontariat, Private ...) gilt als: - „vorhanden“, wenn sie ausreicht, um den Pflegebedürfnissen des Patienten Folge zu leisten oder wenn der Patient minimale Pflegebedürfnisse aufweist; - „nicht vorhanden“, wenn die Pflegebedürfnisse vollständig vom formellen Netz gedeckt werden müssen (akkreditierte öffentliche oder private Sozialdienste); - „teilweise und/oder vorübergehend vorhanden“ in den anderen Fällen.	N	1	92	92	Zulässige Werte: 1. vorhanden 2. teilweise und/oder vorübergehend vorhanden 3. nicht vorhanden	OBBV (cfr. Anmerkung 1)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
26	Infektionsgefahr	RischiolInfettivo	Gibt an, ob bei der Hauspflege eine Infektionsgefahr besteht, das heißt, ob der Patient spezifischer Maßnahmen zur Vorbeugung einer Ansteckungsgefahr bedarf (es müssen spezifische Pflegemaßnahmen ergriffen werden, um zu vermeiden, dass der Patient andere Personen ansteckt, oder um zu vermeiden, dass er im Falle von Immunsuppression angesteckt wird).	N	1	93	93	Zulässige Werte: 1. ja 2. nein	OBBV (cfr. Anmerkung 1)
27	Bronchialtoilette / Quincke-Lagerung	Broncorespirazione DrenaggioPosturale	Gibt an, ob eine oder Bronchialtoilette Quincke-Lagerung erforderlich ist.	N	1	94	94	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
28	Sauerstofftherapie	OssigenoTerapia	Gibt an, ob eine Sauerstofftherapie erforderlich ist.	N	1	95	95	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
29	Ventilationstherapie	Ventiloterapia	Gibt an, ob eine Ventilationstherapie erforderlich ist.	N	1	96	96	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
30	Tracheotomie	Tracheostomia	Gibt an, ob eine Tracheotomie erforderlich ist.	N	1	97	97	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
31	Orale Ernährung	Assistita	Gibt an, ob eine orale Ernährung erforderlich ist.	N	1	98	98	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
32	Enterale Ernährung	Enterale	Gibt an, ob eine enterale Ernährung erforderlich ist.	N	1	99	99	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
33	Parenterale Ernährung	Parenterale	Gibt an, ob eine parenterale Ernährung erforderlich ist.	N	1	100	100	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
34	Stomapflege	GestioneStomia	Gibt an, ob eine Stomapflege erforderlich ist.	N	1	101	101	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
35	Maßnahmen zur Förderung der Darm-Blasenentleerung	ElimiUrinaryIntestinale	Gibt an, ob eine Maßnahme zwecks Darm- und/oder Blasenentleerung erforderlich ist.	N	1	102	102	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
36	Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen	AlterRitmoSonnoVegliata	Gibt an, ob Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen erforderlich sind. Ausgeschlossen sind die Fälle, in denen das Problem den Pflegeplan nicht beeinflusst, und die Fälle, in denen das Problem durch Medikamente unter Kontrolle gehalten werden kann.	N	1	103	103	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
37	Therapeutische Erziehungsmaßnahmen	IntEduTerapeutica	Gibt an, ob formelle therapeutische Erziehungsmaßnahmen erforderlich sind.	N	1	104	104	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
38	Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades	CuraUlcereCutanee 12Grado	Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades erforderlich ist.	N	1	105	105	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
39	Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades	CuraUlcereCutanee 34Grado	Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades erforderlich ist.	N	1	106	106	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
40	Regelmäßige venöse Blutentnahmen	PrelieviVenosiNonOcc	Gibt an, ob regelmäßige venöse Blutentnahmen erforderlich sind (bspw.: Überwachung der oralen Antikoagulation). Ausgeschlossen sind die gelegentlichen venösen Blutentnahmen, auch wenn sie wiederholt stattfinden.	N	1	107	107	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
41	EKG	ECG	Gibt an, ob eine Elektrokardiographie erforderlich ist.	N	1	108	108	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
42	Telemetrie	Telemetrie	Gibt an, ob eine Telemetrie erforderlich ist.	N	1	109	109	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
43	Subkutane/intramuskuläre/Infusionstherapie	TerSottocutIntraMusculInfus	Gibt an, ob eine ständige oder zyklische intramuskuläre, subkutane oder Infusionstherapie mittels peripherem Venenkatheter erforderlich ist.	N	1	110	110	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
44	Pflege des zentralen Venenkatheters	GestioneCatetere	Gibt an, ob ein zentralvenöser Zugang erforderlich ist (bspw.: ZVK, Porth-a-cath-System, epidurale Katheterisierung).	N	1	111	111	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
45	Transfusionen	Trasfusioni	Gibt an, ob Transfusionen erforderlich sind.	N	1	112	112	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
46	Schmerzkontrolle	ControlloDolore	Gibt an, ob Schmerzkontrollmaßnahmen erforderlich sind.	N	1	113	113	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
47	Pflegebedürfnisse im Endstadium der Karzinomkrankheit	AssistStatoTerminal eOnc	Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im Endstadium der Karzinomkrankheit erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen einleitbar ist / eingeleitet wurde. In komplexen Situationen aufgrund der Kopräsenz des onkologischen und nicht-onkologischen Endstadiums, nur das Feld "onkologisches Endstadium" mit 1 ausfüllen (erforderlich).	N	1	114	114	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
48	Pflegebedürfnisse im nicht-onkologischen Endstadium	AssistStatoTerminal eNonOnc	Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im nicht-onkologischen Endstadium erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen einleitbar ist / eingeleitet wurde. In komplexen Situationen aufgrund der Kopräsenz des onkologischen und nicht-onkologischen Endstadiums, nur das Feld "onkologisches Endstadium" mit 1 ausfüllen (erforderlich).	N	1	115	115	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV
49	Neurologische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen	Neurologico	Gibt an, ob neurologische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.	N	1	116	116	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)
50	Orthopädische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen	Ortopedico	Gibt an, ob orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.	N	1	117	117	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
51	Erhaltungsrehabilitation bei Beeinträchtigungen	DiMantenimento	Gibt an, ob Erhaltungsrehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind.	N	1	118	118	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)
52	Ständige Aufsicht von Patienten mit Beeinträchtigungen	SuperVisioneContinua	Gibt an, ob eine ständige Aufsicht erforderlich ist.	N	1	119	119	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)
53	Unterstützung bei den IADL für Patienten mit Beeinträchtigungen	AssistenzaIADL	Gibt an, ob eine Unterstützung bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (Reinigung der Wohnung, Zubereitung von Essen, Kleiderwäsche, Medikamenteneinnahme..).	N	1	120	120	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)
54	Unterstützung bei den ADL für Patienten mit Beeinträchtigungen	AssistenzaADL	Gibt an, ob eine Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (baden, Toilette benutzen, sich waschen, sich kleiden, essen, sich fortbewegen).	N	1	121	121	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)
55	Unterstützung für die Pflegenden	SupportoCareGiver	Gibt an, ob für die Familie oder die familiäre Pflegehilfe eine psychologische, instruktive oder entlastende Unterstützung erforderlich ist.	N	1	122	122	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBBV (cfr. Anmerkung 1)

¹ Das Ausfüllen des Feldes ist obligatorisch, außer wenn der Patient sich im Endstadium befindet. In diesem Fall das Feld nicht ausfüllen.

B. DATENSATZ 2: EREIGNISSE DER LEISTUNGSERBRINGUNG, UNTERBRECHUNG, NEUBEWERTUNG UND DES ABSCHLUSSES

B1. Meldeamtliche Variablen

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
56	Art der Übermittlung	Tipo	Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten verwendet wird.	A	1	123	123	Zulässige Werte: I. Eingabe V. Änderung C. Löschung I = Kode für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten. V = Kode für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen. C = Kode für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.	OBB V
57	Art des Identifikationskodes des Patienten	Tipo_Id	Gibt die Art des im Feld COD_ID (Identifikationscode des Patienten) enthaltenen Kodes an.	AN	1	124	124	1 = Steuernummer 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer) 3 = AA (anonym) 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer) 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer) ASC (sonstiger konventionierter Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp)	OBB V

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
								9 = CTA (vorübergehend betreute Bürger) IC (Renter und Arbeiterfamilien, die in einem anderen L sind)	
58	Eindeutiger Identifikationscode	IdentificativoUnivoco	Im Sinne der Bestimmungen der Verordnung des Gesundheitsministeriums, genehmigt von der Datenschutzbehörde anlässlich der Sitzung des Kollegiums am 28. Februar 2007, und der Bestimmungen des Standard-Verordnungsschemas der Regionen, genehmigt von der Datenschutzbehörde anlässlich der Sitzung des Kollegiums am 13. April 2006, muss das Feld mit einem eindeutigen Code ausgefüllt werden, der durch den Kodierungsprozess in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Standard-Verordnungsschemas der Regionen generiert wurde.	AN	16	125	140		OBB V
59	Kode der Leistungsbereitenden Region	REG_EROG	Gibt die Region an, zu welcher der Dienst gehört, der den Patient aufgenommen hat.	AN	3	141	143	3-Ziffernkode des Gesundheitsministeriums (M.D. 17.09.1986) A.P. Bozen = Kode 041	OBB V
60	Kode des	ASL_EROG	Kode des	AN	6	144	149	Kode bestehend aus dem	OBB

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
	leistungserbringenden SB		Gesundheitsbezirks, der den Dienst erbringt.					Kode der Region plus dem Kode des Gesundheitsbezirks (Bsp. Gesundheitsbezirk Bozen der Autonomen Provinz Bozen = Kode 041101)	V

B2. Ereignisse der Leistungserbringung, Unterbrechung, Neubewertung und des Abschlusses

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
61	Aufnahmedatum	data	Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an bzw. das Datum, zu dem ein IPP abgefasst wird. Das Aufnahmedatum kann mit dem Datum des ersten Zuganges eines Bediensteten (bspw. Arzt, Krankenpfleger etc.) zu Hause des Patienten übereinstimmen.	D	8	150	157	Format: JJJJMMTT	OBBV
62	Neubewertungsdatum	Data	Gibt das Datum der Neubewertung des Patienten an. Diese muss innerhalb 90 Tagen ab der letzten Bewertung und bei jeder Änderung der Bedürfnisse des Patienten vorgenommen werden. Dieses Datum kann weder vor dem Bewertungsdatum noch vor dem Aufnahmedatum liegen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	D	8	158	165	Format: JJJJMMTT	OBBV
63	Neubewertungsgrund	motivo	Gibt den Grund für die Neubewertung des Patienten an. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses	N	1	166	166	Zulässige Werte: 1. Ablauf der vorgesehenen Periode (90 Tage) 2. Änderung der Bedingungen des	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			obligatorisch.					Patienten	
64	Bestätigung der vorhergehenden Bewertung / Neubewertung	ConfermaPrecedente	Lässt die vorhergehenden Bedingungen des Patienten bestätigen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	167	167	Zulässige Werte: 1. ja (in diesem Fall sind die Felder, die auf das Ereignis „Neubewertung“ folgen, nicht zu übermitteln ² ; 2. nein	OBBV
65	Grunderkrankung	Prevalente	Gibt den Kode der Krankheit an, die zur Einleitung der Hauspflege geführt hat und den Großteil des Pflegeaufwandes beansprucht. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	AN	3	168	170	Zulässige Werte: - ICD9-Kode (erste 3 Ziffern) - 000=nicht erhoben	OBB

² das gilt insbesondere für die folgenden „Bezugsstrukturknoten“, die mit dem Ereignis „Neubewertung“ verknüpft sind: Krankheit, Bewertung, Rehabilitation, Störungen, Ernährung)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
66	Komorbidität	Concomitante	Gibt den Kode der eventuell gleichzeitig vorliegenden Krankheit/en an, welche die Aufnahme beeinflussen kann/können. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	AN	3	171	173	Zulässige Werte: - ICD9-Kode (erste 3 Ziffern) - 000=nicht erhoben	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
									bestätigen=2)
67	Selbstständigkeit	Autonomia	Gibt den Selbstständigkeitsgrad in den alltäglichen Tätigkeiten an (essen, Körperpflege, sich kleiden, Toilette benutzen). Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. Der Patient gilt als: - „selbstständig“, wenn er imstande ist, ohne die Hilfe anderer Personen alle angeführten Tätigkeiten zu verüben (essen, sich waschen, kontinent sein, die Toilette benutzen), außer eventuell "baden"; - „vollkommen unselbstständig“, wenn er in allen angeführten Tätigkeiten die Hilfe anderer Personen benötigt; - „teilweise unselbstständig“ in den anderen Fällen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	174	174	Zulässige Werte: 1. selbstständig 2. teilweise unselbstständig 3. vollkommen unselbstständig	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
68	Mobilitätsgrad	GradoMobilita	Gibt den Selbstständigkeitsgrad des Patienten in Bezug auf die Mobilität an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen: - „Bewegt sich allein fort“; - „bewegt sich mit Hilfsmitteln fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen für die Fortbewegung Hilfsmittel verwendet werden (einschließlich des Rollstuhls, falls der Patient keiner Hilfe für die Verlagerung bedarf). In Bezug auf die Selbstständigkeit bei der Überwindung der architektonischen Schranken muss die Bewertung auf den üblichen Lebenskontext bezogen werden (beispielsweise: ein Patient „bewegt sich allein fort“, auch wenn er beim Treppensteigen Hilfe braucht, aber seine Wohnung frei von internen und externen architektonischen Schranken ist);	N	1	175	175	Zulässige Werte: 1. bewegt sich allein fort / bewegt sich mit Hilfsmitteln fort 2. bewegt sich mit Hilfe anderer fort 3. bewegt sich nicht fort	OBb (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			- „bewegt sich mit Hilfe anderer fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient zur Fortbewegung der Hilfe anderer bedarf. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl kann die Hilfe anderer Personen in der Verlagerung in den/aus dem Rollstuhl bestehen, sofern der Patient fähig ist, sich dann im Rollstuhl selbstständig fortzubewegen; - „bewegt sich nicht fort“ bezieht sich auf die Fälle, in denen der Patient an das Bett / den Rollstuhl oder Sessel gebunden ist. Im Falle eines Patienten im Rollstuhl ist der Patient nicht imstande, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.						
69	Kognitive Störungen	Cognitivi	Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen kognitiven Störungen an (Gedächtnis, Orientierung, Aufmerksamkeit). Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten	N	1	176	176	Zulässige Werte: 1. nicht vorhanden/leicht 2. mäßig 3. schwer	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Skalen erfolgen. - „Nicht vorhanden/leicht“, wenn keine Störungen vorhanden sind oder wenn diese die sozialen Tätigkeiten unbedeutend beeinflussen oder keine deutliche Funktionsbeeinträchtigung darstellen; - „schwer“, wenn die Störungen die Beziehungsfähigkeit des Patienten mit anderen stark beeinträchtigen (bspw.: der Patient vergisst gelegentlich den Namen des Familienmitgliedes, von dem sein Überleben abhängt; er erinnert sich nicht an kürzliche Ereignisse oder die eigenen Erfahrungen; die Erinnerungen der eigenen Vergangenheit sind lückenhaft; die Jahreszeiten und das Wetter werden allgemein nicht mehr wahrgenommen); - „mäßig“ in den anderen Fällen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.						g zu bestätigen=2)
70	Verhaltensstörungen	Comportamentali	Gibt das Ausmaß der eventuell vorhandenen	N	1	177	177	Zulässige Werte: 1. nicht vorhanden/leicht	OBB (obligat)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Verhaltensstörungen an. Die Messung dieser Funktionsachse muss anhand der in der Fachliteratur anerkannten Skalen erfolgen. Bezieht sich auf Störungen, welche die Pflege beeinflussen können, beispielsweise: Delirium, Agiertheit, Angst, Enthemmung, aberrante motorische Tätigkeit. Die Störungen gelten als: - „nicht vorhanden/leicht“, wenn sie nicht vorhanden sind, oder wenn sie den Patient nicht störend beeinflussen oder die Pflege beeinträchtigen; - „schwer“, wenn sie für den Patient sehr störend sind und eine Medikamentenverabreichung erfordern; - „mäßig“ in den anderen Fällen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.					2. mäßig 3. schwer	orisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
71	Soziale Unterstützung	Supporto Sociale	Gibt ab, ob eine Unterstützung durch die Familie und informelle Netze vorhanden ist. Die Unterstützung durch die Familie und durch das informelle Netz (Nachbarschaft,	N	1	178	178	Die zulässigen Werte sind: 1. vorhanden 2. teilweise und/oder vorübergehend vorhanden 3. nicht vorhanden	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Volontariat, Private ...) gilt als: - „vorhanden“, wenn sie ausreicht, um den Pflegebedürfnissen des Patienten Folge zu leisten oder wenn der Patient minimale Pflegebedürfnisse aufweist; - „nicht vorhanden“, wenn die Pflegebedürfnisse vollständig vom formellen Netz gedeckt werden müssen (akkreditierte öffentliche oder private Sozialdienste); - „teilweise und/oder vorübergehend vorhanden“ in den anderen Fällen. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.						g zu bestätigen=2)
72	Infektionsgefahr	RischioInfettivo	Gibt an, ob bei der Hauspflege eine Infektionsgefahr besteht, das heißt, ob der Patient spezifischer Maßnahmen zur Vorbeugung einer Ansteckungsgefahr bedarf (es müssen spezifische Pflegemaßnahmen ergriffen werden, um zu vermeiden, dass der Patient andere Personen	N	1	179	179	Zulässige Werte: 1. ja 2. nein	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			ansteckt, oder um zu vermeiden, dass er im Falle von Immunsuppression angesteckt wird). Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.						
73	Bronchialtoilette / Quincke-Lagerung	BroncorespirazioneDr enaggioPosturale	Gibt an, ob eine Bronchialtoilette oder Quincke-Lagerung erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	180	180	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
74	Sauerstofftherapie	OssigenoTerapia	Gibt an, ob eine Sauerstofftherapie erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	181	181	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
75	Ventilationstherapie	Ventiloterapia	Gibt an, ob eine Ventilationstherapie erforderlich ist. Die	N	1	182	182	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.						um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
76	Tracheotomie	Tracheostomia	Gibt an, ob eine Tracheotomie erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	183	183	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
77	Orale Ernährung	Assistita	Gibt an, ob eine orale Ernährung erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	184	184	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
78	Enterale Ernährung	Enterale	Gibt an, ob eine enterale Ernährung erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei	N	1	185	185	Zulässige Werte: 1. erforderlich	OBB (obligatorisch

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Eintreten des Ereignisses obligatorisch.					2. nicht erforderlich	um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
79	Parenterale Ernährung	Parenterale	Gibt an, ob eine parenterale Ernährung erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	186	186	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorio per conferma rivalutazione precedente=2)
80	Stomapflege	GestioneStomia	Gibt an, ob eine Stomapflege erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	187	187	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
81	Maßnahmen zur Förderung der Darm-	ElimiUrinariaIntestinal e	Gibt an, ob eine Maßnahme zwecks Darm- und/oder Blasenentleerung	N	1	188	188	Zulässige Werte: 1. erforderlich	OBB (obligatorisch

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
	Blasenentleerung		erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.					2. nicht erforderlich	um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
82	Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen	AlterRitmoSonnoVegli a	Gibt an, ob Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen erforderlich sind. Ausgeschlossen sind die Fälle, in denen das Problem den Pflegeplan nicht beeinflusst, und die Fälle, in denen das Problem durch Medikamente unter Kontrolle gehalten werden kann. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	189	189	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
83	Therapeutische Erziehungsmaßnahmen	IntEduTerapeutica	Gibt an, ob formelle therapeutische Erziehungsmaßnahmen erforderlich sind. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	190	190	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
84	Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades	CuraUlcereCutanee12Grado	Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	191	191	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
85	Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades	CuraUlcereCutanee34Grado	Gibt an, ob eine Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	192	192	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
86	Regelmäßige venöse Blutentnahme	PrelieviVenosiNonOc	Gibt an, ob regelmäßige venöse Blutentnahmen erforderlich sind (bspw.: Überwachung der oralen Antikoagulation). Ausgeschlossen sind die gelegentlichen venösen Blutentnahmen, auch wenn sie wiederholt stattfinden. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses	N	1	193	193	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			obligatorisch.						
87	EKG	ECG	Gibt an, ob eine Elektrokardiographie erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	194	194	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
88	Telemetrie	Telemetria	Gibt an, ob eine Telemetrie erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	195	195	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
89	Subkutane/intramuskuläre/Infusionstherapie	TerSottocutIntraMusc Infus	Gibt an, ob eine ständige oder zyklische intramuskuläre, subkutane oder Infusionstherapie mittels peripherem Venenkatheter erforderlich ist. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	196	196	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
									gen=2)
90	Pflege des zentralen Venenkatheters	GestioneCatetere	Gibt an, ob ein zentralvenöser Zugang erforderlich ist (bspw.: ZVK, Porth-a-cath-System, epidurale Katheterisierung). Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	197	197	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
91	Transfusionen	Trasfusioni	Gibt an, ob Transfusionen erforderlich sind. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	198	198	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
92	Schmerzkontrolle	ControlloDolore	Gibt an, ob Schmerzkontrollmaßnahmen erforderlich sind. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch.	N	1	199	199	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
									gen=2)
93	Pflegebedürfnisse im Endstadium der Karzinomkrankheit	AssistStatoTerminale Onc	Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im Endstadium der Karzinomkrankheit erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmungen einleitbar ist / eingeleitet wurde. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch. In komplexen Situationen aufgrund der Kopräsenz des onkologischen und nicht-onkologischen Endstadiums, nur das Feld "onkologisches Endstadium" mit 1 ausfüllen (erforderlich).	N	1	200	200	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
94	Pflegebedürfnisse im nicht-onkologischen Endstadium	AssistStatoTerminale NonOnc	Gibt an, ob Pflegemaßnahmen im nicht-onkologischen Endstadium erforderlich sind. Ein Patient gilt als im Endstadium, wenn ein Palliativbehandlungsprogramm gemäß G. 38/2010 und Durchführungsbestimmung	N	1	201	201	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestäti

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			en einleitbar ist / eingeleitet wurde. Die Neubewertung ist bei Eintreten des Ereignisses obligatorisch. In komplexen Situationen aufgrund der Kopräsenz des onkologischen und nicht-onkologischen Endstadiums, nur das Feld "onkologisches Endstadium" mit 1 ausfüllen (erforderlich).						gen=2)
95	Neurologische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen	Neurologico	Gibt an, ob neurologische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	202	202	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
96	Orthopädische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen	Ortopedico	Gibt an, ob orthopädische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	203	203	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen)

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
									gen=2)
97	Erhaltungsrehabilitation bei Beeinträchtigungen	DiMantenimento	Gibt an, ob Erhaltungsrehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	204	204	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
98	Ständige Aufsicht von Patienten mit Beeinträchtigungen	SuperVisioneContinua	Gibt an, ob eine ständige Aufsicht erforderlich ist. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	205	205	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen=2)
99	Unterstützung bei den IADL für Patienten mit Beeinträchtigungen	AssistenzADL	Gibt an, ob eine Unterstützung bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (Reinigung der Wohnung, Zubereitung von Essen, Kleiderwäsche, Medikamenteneinnahme..). Der Bezugsstrukturpunkt der	N	1	206	206	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestäti

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.						gen=2)
100	Unterstützung bei den ADL für Patienten mit Beeinträchtigungen	AssistenzaADL	Gibt an, ob eine Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich ist (baden, Toilette benutzen, sich waschen, sich kleiden, essen, sich fortbewegen). Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	207	207	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen gen=2)
101	Unterstützung für die Pflegenden	SupportoCareGiver	Gibt an, ob für die Familie oder die familiäre Pflegehilfe eine psychologische, instruktive oder entlastende Unterstützung erforderlich ist. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	208	208	Zulässige Werte: 1. erforderlich 2. nicht erforderlich	OBB (obligatorisch um die vorherige Neubewertung zu bestätigen gen=2)
102	Anzahl der Zugänge	NumeroAccessi	Gibt die Anzahl der Zugänge durch dieselbe Art von Bediensteten im Laufe desselben Tages an. Nur im Falle von Mehrfachzugängen auszufüllen. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahme	N	2	209	210		FAC

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			n ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.						
103	Zugangsdatum	DataAccesso	Gibt das Datum an, an dem der Zugang zu Hause des Patienten erfolgt ist. Die <i>Post-mortem</i> -Zugänge sind in diesem Fluss nicht zu übermitteln. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	D	8	211	218	Format: JJJJMMTT Sollten die Informationen des Feldes „Anzahl der Zugänge“ nicht verfügbar sein, ist die Beschreibung des Feldes „Zugangsdatum“ zu verstehen als „bezogen auf den Tag, an dem mindestens ein Zugang seitens eines Bediensteten stattgefunden hat“.	OBBV
104	Art des Bediensteten	TipoOperatore	Gibt die Art des Bediensteten an, der den Zugang getätigt hat. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	2	219	220	Zulässige Werte: 1. AM 2. KFW 3. Krankenpfleger 4. Facharzt 5. Facharzt für Palliativbehandlungen 6. Arzt für Versorgungskontinuität 7. Psychologe 8. Physiotherapeut 9. Logopäde 10. sozio-sanitärer Mitarbeiter 11. Diätberater 12. Sozialassistent des NGD 13. Beschäftigungstherapeut 14. Hebamme 15. Sanitätsassistent 99. Sonstiges	OBBV

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
105	Art der Leistung	TipoPrestazione	Gibt die Informationen über die Leistungen an. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahme ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	2	221	222	Zulässige Werte: 1. Hausvisite (einschließlich der klinischen/funktionalen/sozialen Bewertung und Überwachung) 2. Blutentnahme 3. instrumentaldiagnostische Leistungen 4. Weitergabe der Kompetenzen/Erziehung der Pflegehilfe/Gespräche/Nursing/Schulung 5. psychologische Unterstützung Team-Patient-Familie 6. verschiedenartige Injektionstherapien 7. subkutane und intravenöse Infusionstherapie 8. Bluttransfusion 9. Parazentese, Thorakozentese und andere invasive Eingriffe, Pflege von Spinalkathetern oder Schmerz-Neuromodulationssysteme 10. Handling der mechanischen Ventilation - Tracheotomie - Auswechslung der Kanüle - Bronchialtoilette - Sauerstofftherapie 11. enterale Ernährung (SNG PEG) 12. parenterale Ernährung - ZVK 13. Blasenkatheterpflege einschließlich Harnderivationen 14. Darmkanalpflege einschließlich Enterostomien 15. Körperpflege und Mobilisierung	FAC

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
								16.einfache Wundbehandlungen (Hautverletzungen durch Prellung, Gefäß-, neoplastische, post-chirurgische, post-aktinische, Mundhöhlenverletzungen etc.) 17.komplexe Wundbehandlungen (Hautverletzungen durch Prellung, Gefäß-, neoplastische, post-chirurgische, post-aktinische Verletzungen etc.) 18.einfache Verbände, Bandagen, elastische Tape-Verbände 19.motorisches Training - Atmungstraining 20.Sprachtraining 21.Training bei neuropsychologischen Störungen	
106	Anzahl der Leistungen	NumeroPrestazioni	Gibt die Menge der Leistungen derselben Art an, die am selben Tag erbracht wurden.	N	2	223	224		FAC
107	Datum des Beginns der Unterbrechung	DataInizio	Gibt das Datum an, zu dem der Hauspflegedienst für den Patient unterbrochen wird. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	D	8	225	232	Format: JJJJMMTT	OBBV
108	Datum des Endes der Unterbrechung	DataFine	Gibt das Datum an, an dem die Unterbrechung des Hauspflegedienstes für den Patient endet. Der	D	8	233	240	Format: JJJJMMTT	FAC

Nr.	Informationsinhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflichtregeln
			Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.						
109	Grund der Unterbrechung	Motivazione	Gibt den Grund der Unterbrechung der Hauspflege an. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	1	241	241	Zulässige Werte: 1. vorübergehender Krankenhausaufenthalt 2. vorübergehende Entfernung 3. vorübergehender Aufenthalt in stationärer Einrichtung 4. administrative Unterbrechung (falls für 1 Monat keine Leistungen erbracht werden) 9. Sonstiges	OBBV
110	Datum des Abschlusses der HP	DataAD	Gibt das Datum an, an dem die Hauspflege abgeschlossen wird. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	D	8	242	249	Format: JJJJMMTT	OBBV
111	Grund des Abschlusses der HP	Motivazione	Gibt den Grund an, aus dem die Hauspflege abgeschlossen wird. Der Bezugsstrukturpunkt der Rehabilitationsmaßnahmen ist obligatorisch beim Eintreten des Ereignisses.	N	2	250	251	Zulässige Werte: 1. Beendigung des Pflegeprogramms 2. Einweisung ins Krankenhaus 3. Tod zu Hause 4. Tod im Krankenhaus 5. Verlegung in stationäre Einrichtung 6. Verlegung in Hospiz 7. Tod im Hospiz 8. Umstellung auf andere	OBBV

Nr.	Informations inhalt	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Zulässige Werte	Pflicht regeln
								Arten von Hauspflege 9. Wohnsitzwechsel 10. Arztwechsel 11. Entscheidung des Patienten 12. administrativer Abschluss (falls keine Unterbrechung vorliegt und für 6 Monate keine Leistungen erbracht werden) 98 administrativer Abschluss mit Neuaufnahme im darauffolgenden Jahr, falls keine Unterbrechung vorliegt 99. Sonstiges	

³ Das Ausfüllen des Feldes ist obligatorisch, außer wenn der Patient sich im Endstadium befindet. In diesem Fall das Feld nicht ausfüllen.

12. XML- UND XSD-DATENSATZSTRUKTUREN

Die Dateien werden an das Gesundheitsministerium in einer XML-Datensatzstruktur der Version 1.0 übermittelt.

Die Extensible Markup Language (XML) ist eine Auszeichnungssprache zur Darstellung von hierarchisch strukturierten Daten in Form von Textdateien. Die XML macht die Datengenerierung mittels Computer, das Ablesen der Daten und die Kontrolle der Struktur auf ihre Eindeutigkeit einfach; sie kann plattformunabhängig erweitert werden und unterstützt internationale und lokale Parameter. Außerdem ist sie vollkommen kompatibel mit den Unicode-Standards.

Zusammen mit der XML-Datensatzstruktur wird das entsprechende XML-Bezugsschema (XDS) geliefert, um das Lesen der Daten auf der Grundlage einer spezifischen Datensatzstruktur zu ermöglichen.

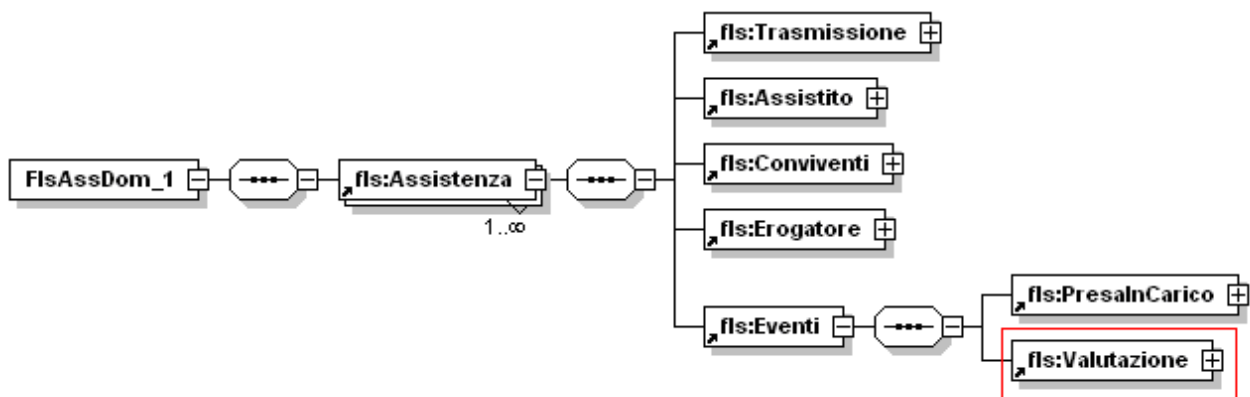
Das XSD spezifiziert die Struktur des XML-Dokuments anhand einer Reihe von „Regeln“ und insbesondere die Elemente des XML-Dokuments, deren hierarchischen Beziehungen, die Reihenfolge im XML-Dokument und die Art der optionalen Elemente und Attribute.

12.1 XML-Datensatzstruktur 1 (Beispiel)

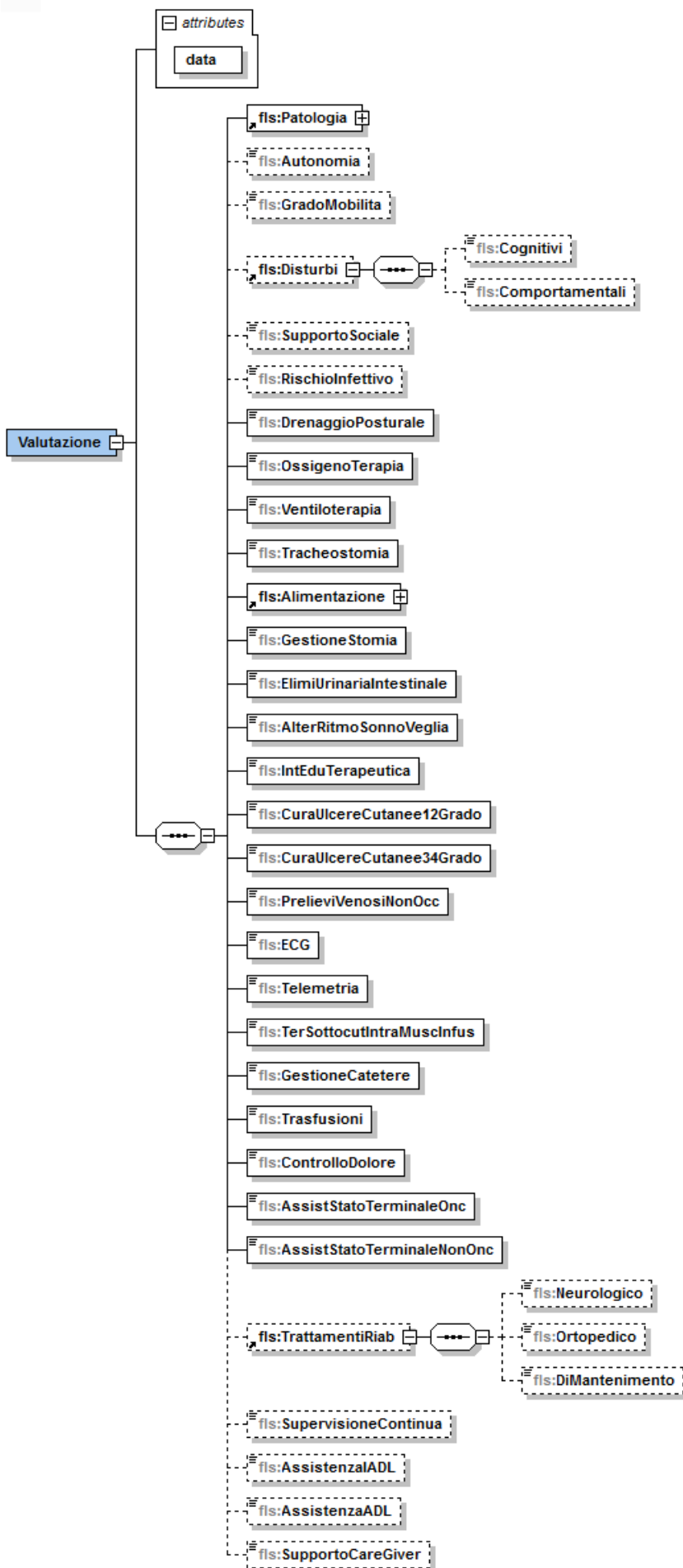
In der Folge wird ein Diagramm bezüglich des XML-Datenflusses wiedergegeben, um die Hierarchie der Informationen verständlich darzustellen.

Der Informationsfluss „AssDom_1“, oder „Knotenpunkt“ (als Informationsknotenpunkt zu verstehen) weist auf den header hin, den Anfang des XML-Flusses. Die Verbindungen zeigen das Vorhandensein von tag (Anweisungen) innerhalb des Knotenpunktes. Weiters werden die anderen Informationsflüsse (oder Knotenpunkte) unter Berücksichtigung der Hierarchie angeführt.

Die Flüsse beinhalten die in der Tabelle zuvor beschriebenen Informationen bzw. jene der technischen Vorschrift des Ministerialdekrets vom 17. Dezember 2008.



Es wird der Teil bezüglich der Beurteilung hervorgehoben und die darin enthaltenen Informationen wiedergegeben:



```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
< FlsAssDom_1 xmlns="http://flussi.mds.it/flsassdom_1" >
  < Assistenza >
    < Trasmissione tipo =" I " />
    < Assistito >
      < IdentificativoUnivoco > 1111100000EEEEEQQQQ </ IdentificativoUnivoco >
      < DatiAnagrafici >
        < AnnoNascita > 1951 </ AnnoNascita >
        < Genere > 1 </ Genere >
        < Cittadinanza > IT </ Cittadinanza >
        < StatoCivile > 1 </ StatoCivile >
        < Residenza >
          < Regione > 999 </ Regione >
          < ASL > 999 </ ASL >
          < Comune > 999999 </ Comune >
          < StatoEstero > AA </ StatoEstero >
        </ Residenza >
      </ DatiAnagrafici >
    </ Assistito >
    < Conviventi >
      < NucleoFamiliare > 2 </ NucleoFamiliare >
      < AssistenteNonFamiliare > 1 </ AssistenteNonFamiliare >
    </ Conviventi >
    < Erogatore >
      < CodiceRegione > 010 </ CodiceRegione >
      < CodiceASL > 000 </ CodiceASL >
    </ Erogatore >
    < Eventi >
      < PresaInCarico data =" 2008-02-14 " soggettoRichiedente =" 1 "/>
      < Valutazione data =" 2008-02-20 ">
        < Patologia >
          < Prevalente > 010 </ Prevalente >
          < Concomitante > 015 </ Concomitante >
        </ Patologia >
        < Autonomia > 1 </ Autonomia >
        < GradoMobilita > 1 </ GradoMobilita >
        < Disturbi >
          < Cognitivi > 1 </ Cognitivi >
          < Comportamentali > 1 </ Comportamentali >
        </ Disturbi >
        < SupportoSociale > 1 </ SupportoSociale >
        < RischioInfettivo > 1 </ RischioInfettivo >
        < DrenaggioPosturale > 1 </ DrenaggioPosturale >
        < OssigenoTerapia > 1 </ OssigenoTerapia >
        < Ventiloterapia > 1 </ Ventiloterapia >
        < Tracheostomia > 1 </ Tracheostomia >
        < Alimentazione >
          < Assistita > 1 </ Assistita >
          < Enterale > 1 </ Enterale >
          < Parenterale > 1 </ Parenterale >
        </ Alimentazione >
        < GestioneStomia > 1 </ GestioneStomia >
        < EliminazioneUrinariaIntestinale > 1 </ EliminazioneUrinariaIntestinale >
        < AlterazioneRitmoSonnoVeglia > 1 </ AlterazioneRitmoSonnoVeglia >
        < InterventoEducativoTerapeutico > 1 </ InterventoEducativoTerapeutico >
        < CuraUlcereCutanee12Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee12Grado >
        < CuraUlcereCutanee34Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee34Grado >
      </ Valutazione >
    </ Eventi >
  </ Assistenza >
</ FlsAssDom_1 >

```

```

    < PrelieviVenosiNonOcc > 1 </ PrelieviVenosiNonOcc >
    < ECG > 1 </ ECG >
    < Telemetria > 1 </ Telemetria >
    < TerSottocutIntraMuscInfus > 1 </ TerSottocutIntraMuscInfus >
    < GestioneCatetere > 1 </ GestioneCatetere >
    < Trasfusioni > 1 </ Trasfusioni >
    < ControlloDolore > 1 </ ControlloDolore >
    < AssistStatoTerminaleOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleOnc >
    < AssistStatoTerminaleNonOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleNonOnc >
    < TrattamentiRiab >
        < Neurologico > 1 </ Neurologico >
        < Ortopedico > 1 </ Ortopedico >
        < DiMantenimento > 1 </ DiMantenimento >
    </ TrattamentiRiab >
    < SupervisioneContinua > 1 </ SupervisioneContinua >
    < AssistenzaIADL > 1 </ AssistenzaIADL >
    < AssistenzaADL > 1 </ AssistenzaADL >
    < SupportoCareGiver > 1 </ SupportoCareGiver >
    </ Valutazione >
    </ Eventi >
    </ Assistenza >
</ FlsAssDom_1 >

```

12.2. XSD-DATENSATZSTRUKTUR 1

```

< xs:schema xmlns:fls =" http://flussi.mds.it/flsassdom_1 "
xmlns:xs =" http://www.w3.org/2001/XMLSchema "
targetNamespace =" http://flussi.mds.it/flsassdom_1 " elementFormDefault =" qualified "
attributeFormDefault =" u nqualified ">
  < xs:simpleType name =" idUnivoco ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:maxLength value =" 20 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" anno ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1}[0-9]{3} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" genere ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" soggettoRichiedente ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-689]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" nucleoFamiliare ">
    < xs:restriction base =" xs:int ">
      < xs:minInclusive value =" 0 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" assistenteNonFamiliare ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" supportoSociale ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" autonomia ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" gradoMobilita ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" disturbo ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >

```

```

< xs:simpleType name="rischioInfettivo">
  < xs:restriction base="xs:string">
    < xs:pattern value="[1-2]{1}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
< xs:simpleType name="bisogno">
  < xs:restriction base="xs:string">
    < xs:pattern value="[1-2]{1}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
< xs:simpleType name="cittadinanza">
  < xs:restriction base="xs:string">
    < xs:pattern value="[A-Z]{2}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
< xs:simpleType name="statoCivile">
  < xs:restriction base="xs:string">
    < xs:pattern value="[1-59]{1}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
< xs:simpleType name="regioneResidenza">
  < xs:restriction base="xs:string">
    < xs:pattern value="010" />
    < xs:pattern value="020" />
    < xs:pattern value="030" />
    < xs:pattern value="041" />
    < xs:pattern value="042" />
    < xs:pattern value="050" />
    < xs:pattern value="060" />
    < xs:pattern value="070" />
    < xs:pattern value="080" />
    < xs:pattern value="090" />
    < xs:pattern value="100" />
    < xs:pattern value="110" />
    < xs:pattern value="120" />
    < xs:pattern value="121" />
    < xs:pattern value="130" />
    < xs:pattern value="140" />
    < xs:pattern value="150" />
    < xs:pattern value="160" />
    < xs:pattern value="170" />
    < xs:pattern value="180" />
    < xs:pattern value="190" />
    < xs:pattern value="200" />
    < xs:pattern value="999" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
< xs:simpleType name="regioneErogazione">
  < xs:restriction base="xs:string">
    < xs:pattern value="010" />
    < xs:pattern value="020" />
    < xs:pattern value="030" />
    < xs:pattern value="041" />
    < xs:pattern value="042" />
    < xs:pattern value="050" />
    < xs:pattern value="060" />
    < xs:pattern value="070" />
    < xs:pattern value="080" />
    < xs:pattern value="090" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

```

```

    < xs:pattern value =" 100 "/>
    < xs:pattern value =" 110 "/>
    < xs:pattern value =" 120 "/>
    < xs:pattern value =" 121 "/>
    < xs:pattern value =" 130 "/>
    < xs:pattern value =" 140 "/>
    < xs:pattern value =" 150 "/>
    < xs:pattern value =" 160 "/>
    < xs:pattern value =" 170 "/>
    < xs:pattern value =" 180 "/>
    < xs:pattern value =" 190 "/>
    < xs:pattern value =" 200 "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" codASL ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [a-zA-Z0-9]{3} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" codASLResidenza ">
  < xs:restriction base =" fls:codASL ">
    < xs:pattern value =" 999 "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" comune ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" 999999 "/>
    < xs:pattern value =" [a-zA-Z0-9]{6} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" statoEstero ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [A-Za-z]{2} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" tipoTrasmissione ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:pattern value =" [IVC]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name =" patologia ">
  < xs:restriction base =" xs:string ">
    < xs:length value =" 3 "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:element name =" Trasmissione ">
  < xs:complexType >
    < xs:attribute name =" tipo " type =" fls:tipoTrasmissione " use =" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Assistito ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" IdentificativoUnivoco " type =" fls:idUnivoco "/>
      < xs:element ref =" fls:DatiAnagrafici "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" DatiAnagrafici ">

```

```

    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name=" AnnoNascita " type=" fls:anno "/>
        < xs:element name=" Genere " type=" fls:genere "/>
        < xs:element name=" Cittadinanza " type=" fls:cittadinanza "/>
        < xs:element name=" StatoCivile " type=" fls:statoCivile "/>
        < xs:element ref=" fls:Residenza "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Erogatore ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name=" CodiceRegione " type=" fls:regioneErogazione "/>
        < xs:element name=" CodiceASL " type=" fls:codASL "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" FlsAssDom_1 ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:Assistenza " maxOccurs=" unbounded "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Assistenza ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:Trasmissione "/>
        < xs:element ref=" fls:Assistito "/>
        < xs:element ref=" fls:Conviventi "/>
        < xs:element ref=" fls:Erogatore "/>
        < xs:element ref=" fls:Eventi "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Eventi ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element ref=" fls:PresainCarico "/>
        < xs:element ref=" fls:Valutazione "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" Residenza ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name=" Regione " type=" fls:regioneResidenza "/>
        < xs:element name=" ASL " type=" fls:codASL "/>
        < xs:element name=" Comune " type=" fls:comune "/>
        < xs:element name=" StatoEstero " type=" fls:statoEstero "
minOccurs=" 0 "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name=" PresainCarico ">
    < xs:complexType >
      < xs:attribute name=" data " type=" xs:date " use=" required "/>
      < xs:attribute name=" soggettoRichiedente " type=" fls:soggettoRichiedente "

```

```

use =" required ">
    </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Conviventi ">
    < xs:complexType >
        < xs:sequence >
            < xs:element name =" NucleoFamiliare " type =" xs:long ">
            < xs:element name =" AssistenteNonFamiliare "
type =" fls:assistenteNonFamiliare ">
        </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Valutazione ">
    < xs:complexType >
        < xs:sequence >
            < xs:element ref =" fls:Patologia ">
            < xs:element name =" Autonomia " type =" fls:autonomia ">
            < xs:element name =" GradoMobilita " type =" fls:gradoMobilita ">
            < xs:element ref =" fls:Disturbi ">
            < xs:element name =" SupportoSociale " type =" fls:supportoSociale ">
            < xs:element name =" RischioInfettivo " type =" fls:rischioInfettivo ">
            < xs:element name =" DrenaggioPosturale " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" OssigenoTera pia " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" Ventiloterapia " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" Tracheostomia " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element ref =" fls:Alimentazione ">
            < xs:element name =" GestioneStomia " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" ElimiUrinariaIntestinale " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" AlterRitmoSonnoVeglia " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" IntEdu Terapeutica " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" CuraUlcereCutanee12Grado "
type =" fls:bisogno ">
        < xs:element name =" CuraUlcereCutanee34Grado "
type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" PrelieviVenosiNonOcc " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" ECG " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" Telemetria " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" TerSottocutIntraMuscInfus " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" GestioneCatetere " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" Trasfusioni " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" ControlloDolore " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" AssistStatoTerminaleOnc " type =" fls:bisogno ">
            < xs:element name =" AssistStatoTerminaleNonOnc "
type =" fls:bisogno ">
                < xs:element ref =" fls:TrattamentiRiab ">
                < xs:element name =" SupervisioneContinua " type =" fls:bisogno ">
                < xs:element name =" AssistenzaIADL " type =" fls:bisogno ">
                < xs:element name =" AssistenzaADL " type =" fls:bisogno ">
                < xs:element name =" SupportoCareGiver " type =" fls:bisogno ">
            </ xs:sequence >
            < xs:attribute name =" data " type =" xs:date " use =" required ">
        </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Patologia ">
    < xs:complexType >
        < xs:sequence >
            < xs:element name =" Prevalente " type =" fls:patologia ">
            < xs:element name =" Concomitante " type =" fls:patologia ">
        </ xs:sequence >

```

```

        </ xs:complexType >
    </ xs:element >
    < xs:element name =" Alimentazione ">
        < xs:complexType >
            < xs:sequence >
                < xs:element name =" Assistita " type =" fls:bisogno "/>
                < xs:element name =" Enterale " type =" fls:bisogno "/>
                < xs:element name =" Parenterale " type =" fls:bisogno "/>
            </ xs:sequence >
        </ xs:complexType >
    </ xs:element >
    < xs:element name =" TrattamentiRia b ">
        < xs:complexType >
            < xs:sequence >
                < xs:element name =" Neurologico " type =" fls:bisogno "/>
                < xs:element name =" Ortopedico " type =" fls:bisogno "/>
                < xs:element name =" DiMantenimento " type =" fls:bisogno "/>
            </ xs:sequence >
        </ xs:complexType >
    </ xs:element >
    < xs:element name =" Disturbi ">
        < xs:complexType >
            < xs:sequence >
                < xs:element name =" Cognitivi " type =" fls:disturbo "/>
                < xs:element name =" Comportamenta li " type =" fls:distur bo "/>
            </ xs:sequence >
        </ xs:complexType >
    </ xs:element >
    < xs:element name =" StatoCivile ">
        < xs:simpleType >
            < xs:restriction base =" xs:byte ">
                < xs:enu meration value =" 2 "/>
            </ xs:restriction >
        </ xs:simpleType >
    </ xs:element >
</ xs:schema >

```

XML-Datensatzstruktur 2 (Beispiel)

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
< FlsAssDom_2 xmlns="http://flu.ssi.mds.it/flsassdom_2" >
  < Assistenza >
    < Trasmissione tipo =" I " />
    < Assistito >
      < IdentificativoUnivoco > A2345678901B3456789012C456789012 </ Identifica tivoUnivoco >
    </ Assistito >
    < Erogatore >
      < CodiceRegione > 010 </ CodiceRegione >
      < CodiceASL > 000 </ CodiceASL >
    </ Erogatore >
    < Eventi >
      < PresaInCarico data =" 2008-08-13 " />
      < Rivalutazione data =" 2008-08 -13 " motivo =" 1 " confermaPrecedente =" 2 " >
        < Valutazione >
          < Patologia >
            < Prevalente > Str </ Prevalente >
            < Concomitante > Str </ Concomitante >
          </ Patologia >
          < Autonomia > 1 </ Autonomia >
          < GradoMobilita > 1 </ GradoMobilita >
          < Disturbi >
            < Cognitivi > 1 </ Cognitivi >
            < Comportamentali > 1 </ Comportamentali >
          </ Disturbi >
          < SupportoSociale > 1 </ SupportoSociale >
          < RischioInfettivo > 1 </ RischioInfettivo >
          < DrenaggioPosturale > 1 </ DrenaggioPosturale >
          < OssigenoTerapia > 1 </ OssigenoTerapia >
          < Ventiloterapia > 1 </ Ventiloterapia >
          < Tracheostomia > 1 </ Tracheostomia >
          < Alimentazione >
            < Assistita > 1 </ Assistita >
            < Enterale > 1 </ Enterale >
            < Parentera le > 1 </ Parenterale >
          </ Alimentazione >
          < GestioneStomia > 1 </ GestioneStomia >
          < ElimiUrinariaIntestinale > 1 </ ElimiUrinariaIntestinale >
          < AlterRitmoSonnoVeglia > 1 </ AlterRitmoSonnoVeglia >
          < IntEduTerapeutica > 1 </ IntEduTerapeutica >

        < CuraUlcereCutanee12 Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee12Grado >

        < CuraUlcereCutanee34 Grado > 1 </ CuraUlcereCutanee34Grado >
          < PrelieviVenosiNonOcc > 1 </ PrelieviVenosiNonOcc >
          < ECG > 1 </ ECG >
          < Telemetria > 1 </ Telemetria >
          < TerSottocutIntraMuscInfus > 1 </ TerSottocutIntraMuscInfus >
          < GestioneCatetere > 1 </ GestioneCatetere >
          < Trasfusioni > 1 </ Trasfusioni >
          < ControlloDolore > 1 </ ControlloDolore >
          < AssistStatoTerminaleOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleOnc >

        < AssistStatoTerminaleNonOnc > 1 </ AssistStatoTerminaleNonOnc >
          < TrattamentiRiab >
            < Neurologico > 1 </ Neurologico >

```

```

        < Ortopedico > 1 </ Ortopedico >
        < DiMantenimento > 1 </ DiMantenimento >
    </ TrattamentiRiab >
    < SupervisioneContinua > 1 </ SupervisioneContinua >
    < AssistenzaIADL > 1 </ AssistenzaIADL >
    < AssistenzaADL > 1 </ AssistenzaADL >
    < SupportoCareGiver > 1 </ SupportoCareGiver >
</ Valutazione >
</ Rivalutazione >
< Rivalutazione data =" 2008-09 -10 " motivo =" 2 " confermaPrecedente =" 1 ">

</ Rivalutazione >
< Erogazione data =" 2008-09-03 " >
    < TipoOperatore > 1 </ TipoOperatore >
    < Prestazioni >
        < TipoPrestazione > 1 </ TipoPrestazione >
        < numPrestazione > 2 </ numPrestazione >
    </ Prestazioni >
    < Prestazioni >
        < TipoPrestazione > 2 </ TipoPrestazione >
        < numPrestazione > 1 </ numPrestazione >

    </ Prestazioni >
</ Erogazione >
< Erogazione data =" 2008-09-12 " numAccessi =" 2 " >
    < TipoOperatore > 1 </ TipoOperatore >
</ Erogazione >
< Sospensione dataInizio =" 2008-06-03 " dataFine =" 2008-06-18 ">
    < Motivazione > 1 </ Motivazione >
</ Sospensione >
< Conclusione dataAD =" 2008-09 -30 ">
    < Motivazione > 1 </ Motivazione >
</ Conclusione >
</ Eventi >
</ Assistenza >
</ FlsAssDom_2 >

```

XSD-DATENSATZSTRUKTUR 2

```

< xs:schema xmlns:fls =" http://flussi.mds.it/flsassdom_2 "
xmlns:xs =" http://www.w3.org/2001/XMLSchema "
targetNamespace =" http://flussi.mds.it/flsassdom_2 " elementFormDefault =" qualified "
attributeFormDefault =" u nqualified ">
  < xs:simpleType name =" idUnivoco ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:maxLength value =" 32 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" numAccessi ">
    < xs:restriction base =" xs:long ">
      < xs:minInclusive value =" 1 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" tipoOperatore ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-9]{1}|1[0-3]{1}|99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" tipoPrestazione ">
    < xs:restriction base =" xs:long ">
      < xs:minInclusive value =" 1 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 21 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" quantitaPrestazione ">
    < xs:restriction base =" xs:long ">
      < xs:minInclusive value =" 1 "/>
      < xs:maxInclusive value =" 99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" motivazioneConclusione ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-9]{1}|1[0-2]{1}|98|99 "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" assistenteNonFamiliare ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-2]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" supportoSociale ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" autonomia ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>
    </ xs:restriction >
  </ xs:simpleType >
  < xs:simpleType name =" gradoMobilita ">
    < xs:restriction base =" xs:string ">
      < xs:pattern value =" [1-3]{1} "/>

```

```
</ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " disturbo ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-3]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " motivoRivalutazione ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " confermaPrecedente ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >

< xs:simpleType name = " rischioInfettivo ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " motivazioneSospensione ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-39]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " bisogno ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " [1-2]{1} "/>
  </ xs:restriction >
</ xs:simpleType >
< xs:simpleType name = " regioneErogazione ">
  < xs:restriction base = " xs:string ">
    < xs:pattern value = " 010 "/>
    < xs:pattern value = " 020 "/>
    < xs:pattern value = " 030 "/>
    < xs:pattern value = " 041 "/>
    < xs:pattern value = " 042 "/>
    < xs:pattern value = " 050 "/>
    < xs:pattern value = " 060 "/>
    < xs:pattern value = " 070 "/>
    < xs:pattern value = " 080 "/>
    < xs:pattern value = " 090 "/>
    < xs:pattern value = " 100 "/>
    < xs:pattern value = " 110 "/>
    < xs:pattern value = " 120 "/>
    < xs:pattern value = " 121 "/>
    < xs:pattern value = " 130 "/>
    < xs:pattern value = " 140 "/>
    < xs:pattern value = " 150 "/>
    < xs:pattern value = " 160 "/>
    < xs:pattern value = " 170 "/>
    < xs:pattern value = " 180 "/>
    < xs:pattern value = " 190 "/>
    < xs:pattern value = " 200 "/>
  </ xs:restriction >
```

```

</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="codASL">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{3}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="comune">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="999999" />
    <xs:pattern value="[a-zA-Z0-9]{6}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="tipoTrasmissione">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[IVC]{1}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="patologia">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="3" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Trasmissione">
  <xs:complexType>
    <xs:attribute name="tipo" type="fls:tipoTrasmissione" use="required" />
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistito">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="IdentificativoUnivoco" type="fls:idUnivoco" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Erogatore">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="CodiceRegione" type="fls:regioneErogazione" />
      <xs:element name="CodiceASL" type="fls:codASL" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="FlsAssDom_2">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="fls:Assistenza" maxOccurs="unbounded" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistenza">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element ref="fls:Trasmissione" />
      <xs:element ref="fls:Assistito" />
      <xs:element ref="fls:Erogatore" />
      <xs:element ref="fls:Eventi" />
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>

```

```

< xs:element name =" Eventi ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element ref =" fls:PresaInCarico "/>
      < xs:element ref =" fls:Rivalutazione " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
      < xs:element ref =" fls:Erogazione " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
      < xs:element ref =" fls:Sospensione " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
      < xs:element ref =" fls:Conclusione " minOccurs =" 0 "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Erogazione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" TipoOperatore " type =" fls:tipoOperatore "/>
      < xs:element ref =" fls:Prestazioni " minOccurs =" 0 "
maxOccurs =" unbounded "/>
    </ xs:sequence >
    < xs:attribute name =" data " type =" xs:date " use =" required "/>
    < xs:attribute name =" numAccessi " type =" fls:numAccessi " use =" optional "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Prestazioni ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" TipoPrestazione " type =" fls:tipoPrestazione "/>
      < xs:element name =" numPrestazione "
type =" fls:quantitaPrestazione "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Sospensione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Motivazione "
type =" fls:motivazioneSospensione "/>
    </ xs:sequence >
    < xs:attribute name =" dataInizio " type =" xs:date " use =" required "/>
    < xs:attribute name =" dataFine " type =" xs:date " use =" optional "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Conclusione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name =" Motivazione "
type =" fls:motivazioneConclusione "/>
    </ xs:sequence >
    < xs:attribute name =" dataAD " type =" xs:date " use =" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" PresaInCarico ">
  < xs:complexType >
    < xs:attribute name =" data " type =" xs:date " use =" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name =" Rivalutazione ">

```

```

< xs:complexType >
  < xs:sequence >
    < xs:element ref=" fls:Valutazione " minOccurs=" 0 "/>
  </ xs:sequence >
  < xs:attribute name=" data " type=" xs:date " use=" required "/>
  < xs:attribute name=" motivo " type=" fls:motivoRivalutazione "
use=" required "/>
< xs:attribute name=" confermaPrecedente " type=" fls:confermaPrecedente " use=" required "/>
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name=" Valutazione ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element ref=" fls:Patologia "/>
      < xs:element name=" Autonomia " type=" fls:autonomia "/>
      < xs:element name=" GradoMobilita " type=" fls:gradoMobilita "/>
      < xs:element ref=" fls:Disturbi "/>
      < xs:element name=" SupportoSociale " type=" fls:supportoSociale "/>
      < xs:element name=" RischioInfettivo " type=" fls:rischioInfettivo "/>
      < xs:element name=" DrenaggioPosturale " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Ossigenoterapia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Ventiloterapia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Tracheostomia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element ref=" fls:Alimentazione "/>
      < xs:element name=" GestioneStomia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" EliminazioneUrinariaIntestinale " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AlterazioneRitmoSonnoVeglia " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" InterventoEducativoTerapeutico " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" CuraUlceresCutanee12Grado "
type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" CuraUlceresCutanee34Grado "
type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" PrelieviVenosiNonOccorrenti " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" ECG " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Telemetria " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" TerapiaSottocutaneaIntraMuscolareInfusibile " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" GestioneCattetere " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" Trasfusioni " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" ControlloDolore " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistenzaTerminaleOncologica " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistenzaTerminaleNonOncologica "
type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element ref=" fls:TrattamentiRiabilitativi "/>
      < xs:element name=" SupervisioneContinua " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistenzaIADL " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" AssistenzaADL " type=" fls:bisogno "/>
      < xs:element name=" SupportoCareGiver " type=" fls:bisogno "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name=" Patologia ">
  < xs:complexType >
    < xs:sequence >
      < xs:element name=" Prevalente " type=" fls:patologia "/>
      < xs:element name=" Concomitante " type=" fls:patologia "/>
    </ xs:sequence >
  </ xs:complexType >
</ xs:element >
< xs:element name=" Alimentazione ">

```

```

    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name =" Assistita " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" Enterale " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" Parenterale " type =" fls:bisogno "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name =" TrattamentiRia b ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name =" Neurologico " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" Ortopedico " type =" fls:bisogno "/>
        < xs:element name =" DiMantenimento " type =" fls:bisogno "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name =" Disturbi ">
    < xs:complexType >
      < xs:sequence >
        < xs:element name =" Cognitivi " type =" fls:disturbo "/>
        < xs:element name =" Comportamenta li " type =" fls:distur bo "/>
      </ xs:sequence >
    </ xs:complexType >
  </ xs:element >
  < xs:element name =" StatoCivile ">
    < xs:simpleType >
      < xs:restriction base =" xs:byte ">
        < xs:enu meration value =" 2 "/>
      </ xs:restriction >
    </ xs:simpleType >
  </ xs:element >
</ xs:schema >

```

ANHANG A

ISO 3166-11-Länderkodierliste

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
4	AFG	AF	Afghanistan
8	ALB	AL	Albania
12	DZA	DZ	Algeria
20	AND	AD	Andorra
24	AGO	AO	Angola
660	AIA	AI	Anguilla
10	ATA	AQ	Antartide
28	ATG	AG	Antigua e Barbuda
530	ANT	AN	Antille Olandesi
682	SAU	SA	Arabia Saudita
32	ARG	AR	Argentina
51	ARM	AM	Armenia
533	ABW	AW	Aruba
36	AUS	AU	Australia
40	AUT	AT	Austria
31	AZE	AZ	Azerbaijan
44	BHS	BS	Bahamas
48	BHR	BH	Bahrain
50	BGD	BD	Bangladesh
52	BRB	BB	Barbados
56	BEL	BE	Belgio
84	BLZ	BZ	Belize
204	BEN	BJ	Benin
60	BMU	BM	Bermuda
112	BLR	BY	Bielorussia
64	BTN	BT	Bhutan
68	BOL	BO	Bolivia
70	BIH	BA	Bosnia Erzegovina
72	BWA	BW	Botswana
76	BRA	BR	Brasile
96	BRN	BN	Brunei Darussalam
100	BGR	BG	Bulgaria
854	BFA	BF	Burkina Faso

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
108	BDI	BI	Burundi
116	KHM	KH	Cambogia
120	CMR	CM	Camerun
124	CAN	CA	Canada
132	CPV	CV	Capo Verde
148	TCD	TD	Ciad
152	CHL	CL	Cile
156	CHN	CN	Cina
196	CYP	CY	Cipro
336	VAT	VA	Città del Vaticano
170	COL	CO	Colombia
174	COM	KM	Comore
408	PRK	KP	Corea del Nord
410	KOR	KR	Corea del Sud
188	CRI	CR	Costa Rica
384	CIV	CI	Costa d'Avorio
191	HRV	HR	Croazia
192	CUB	CU	Cuba
208	DNK	DK	Danimarca
212	DMA	DM	Dominica
218	ECU	EC	Ecuador
818	EGY	EG	Egitto
372	IRL	IE	Eire
222	SLV	SV	El Salvador
784	ARE	AE	Emirati Arabi Uniti
232	ERI	ER	Eritrea
233	EST	EE	Estonia
231	ETH	ET	Etiopia
643	RUS	RU	Federazione Russa
242	FJI	FJ	Fiji
608	PHL	PH	Filippine
246	FIN	FI	Finlandia
250	FRA	FR	Francia

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
266	GAB	GA	Gabon
270	GMB	GM	Gambia
268	GEO	GE	Georgia
276	DEU	DE	Germania
288	GHA	GH	Ghana
388	JAM	JM	Giamaica
392	JPN	JP	Giappone
292	GIB	GI	Gibilterra
262	DJI	DJ	Gibuti
400	JOR	JO	Giordania
300	GRC	GR	Grecia
308	GRD	GD	Grenada
304	GRL	GL	Groenlandia
312	GLP	GP	Guadalupa
316	GUM	GU	Guam
320	GTM	GT	Guatemala
324	GIN	GN	Guinea
624	GNB	GW	Guinea-Bissau
226	GNQ	GQ	Guinea Equatoriale
328	GUY	GY	Guyana
254	GUF	GF	Guyana Francese
332	HTI	HT	Haiti
340	HND	HN	Honduras
344	HKG	HK	Hong Kong
356	IND	IN	India
360	IDN	ID	Indonesia
364	IRN	IR	Iran
368	IRQ	IQ	Iraq
74	BVT	BV	Isola di Bouvet
833		IM	Isola di Man
162	CXR	CX	Isola di Natale
334	HMD	HM	Isola Heard e Isole McDonald
136	CYM	KY	Isole Cayman
166	CCK	CC	Isole Cocos
184	COK	CK	Isole Cook
238	FLK	FK	Isole Falkland
234	FRO	FO	Isole Faroe

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
584	MHL	MH	Isole Marshall
580	MNP	MP	Isole Marianne Settentrionali
581	UMI	UM	Isole Minori degli Stati Uniti d'America
574	NFK	NF	Isola Norfolk
90	SLB	SB	Isole Solomon
796	TCA	TC	Isole Turks e Caicos
850	VIR	VI	Isole Vergini Americane
92	VGB	VG	Isole Vergini Britanniche
376	ISR	IL	Israele
352	ISL	IS	Islanda
380	ITA	IT	Italia
398	KAZ	KZ	Kazakhstan
404	KEN	KE	Kenya
417	KGZ	KG	Kirghizistan
296	KIR	KI	Kiribati
414	KWT	KW	Kuwait
418	LAO	LA	Laos
428	LVA	LV	Lettonia
426	LSO	LS	Lesotho
422	LBN	LB	Libano
430	LBR	LR	Liberia
434	LBY	LY	Libia
438	LIE	LI	Liechtenstein
440	LTU	LT	Lituania
442	LUX	LU	Lussemburgo
446	MAC	MO	Macao
807	MKD	MK	Macedonia
450	MDG	MG	Madagascar
454	MWI	MW	Malawi
462	MDV	MV	Maldiva
458	MYS	MY	Malesia
466	MLI	ML	Mali
470	MLT	MT	Malta
504	MAR	MA	Marocco

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
474	MTQ	MQ	Martinica
478	MRT	MR	Mauritania
480	MUS	MU	Maurizius
175	MYT	YT	Mayotte
484	MEX	MX	Messico
498	MDA	MD	Moldavia
492	MCO	MC	Monaco
496	MNG	MN	Mongolia
500	MSR	MS	Montserrat
508	MOZ	MZ	Mozambico
104	MMR	MM	Myanmar
516	NAM	NA	Namibia
520	NRU	NR	Nauru
524	NPL	NP	Nepal
558	NIC	NI	Nicaragua
562	NER	NE	Niger
566	NGA	NG	Nigeria
570	NIU	NU	Niue
578	NOR	NO	Norvegia
540	NCL	NC	Nuova Caledonia
554	NZL	NZ	Nuova Zelanda
512	OMN	OM	Oman
528	NLD	NL	Paesi Bassi
586	PAK	PK	Pakistan
585	PLW	PW	Palau
591	PAN	PA	Panamá
598	PNG	PG	Papua Nuova Guinea
600	PRY	PY	Paraguay
604	PER	PE	Peru
612	PCN	PN	Pitcairn
258	PYF	PF	Polinesia Francese
616	POL	PL	Polonia
620	PRT	PT	Portogallo
630	PRI	PR	Porto Rico
634	QAT	QA	Qatar
826	GBR	GB	Regno Unito
203	CZE	CZ	Repubblica

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
			Ceca
140	CAF	CF	Repubblica Centrafricana
178	COG	CG	Repubblica del Congo
180	COD	CD	Repubblica Democratica del Congo
214	DOM	DO	Repubblica Dominicana
638	REU	RE	Reunion
642	ROU	RO	Romania
646	RWA	RW	Ruanda
732	ESH	EH	Sahara Occidentale
659	KNA	KN	Saint Kitts e Nevis
666	SPM	PM	Saint Pierre e Miquelon
670	VCT	VC	Saint Vincent e Grenadine
882	WSM	WS	Samoa
16	ASM	AS	Samoa Americane
674	SMR	SM	San Marino
654	SHN	SH	Sant'Elena
662	LCA	LC	Santa Lucia
678	STP	ST	Sao Tome e Principe
686	SEN	SN	Senegal
891	SCG	CS	Serbia e Montenegro
690	SYC	SC	Seychelles
694	SLE	SL	Sierra Leone
702	SGP	SG	Singapore
760	SYR	SY	Siria
703	SVK	SK	Slovacchia
705	SVN	SI	Slovenia
706	SOM	SO	Somalia
724	ESP	ES	Spagna
144	LKA	LK	Sri Lanka

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
583	FSM	FM	Stati Federati della Micronesia
840	USA	US	Stati Uniti d'America
710	ZAF	ZA	Sud Africa
239	SGS	GS	Sud Georgia e Isole Sandwich
736	SDN	SD	Sudan
740	SUR	SR	Suriname
744	SJM	SJ	Svalbard e Jan Mayen
752	SWE	SE	Svezia
756	CHE	CH	Svizzera
748	SWZ	SZ	Swaziland
762	TJK	TJ	Tagikistan
764	THA	TH	Tailandia
158	TWN	TW	Taiwan
834	TZA	TZ	Tanzania
92	IOT	IO	Territori Britannici dell'Oceano Indiano
260	ATF	TF	Territori Francesi del Sud

Codice	Cod. Alpha3	Cod. Alpha2	Nazione
275	PSE	PS	Territori Palestinesi Occupati
626	TLS	TL	Timor Est
768	TGO	TG	Togo
772	TKL	TK	Tokelau
776	TON	TO	Tonga
780	TTO	TT	Trinidad e Tobago
788	TUN	TN	Tunisia
792	TUR	TR	Turchia
795	TKM	TM	Turkmenistan
798	TUV	TV	Tuvalu
804	UKR	UA	Ucraina
800	UGA	UG	Uganda
348	HUN	HU	Ungheria
858	URY	UY	Uruguay
860	UZB	UZ	Uzbekistan
548	VUT	VU	Vanuatu
862	VEN	VE	Venezuela
704	VNM	VN	Vietnam
876	WLF	WF	Wallis e Futuna
887	YEM	YE	Yemen
894	ZMB	ZM	Zambia
716	ZWE	ZW	Zimbabwe

ANHANG B

Datenerhebungsblätter

1. MELDUNG / AUFNAHME DES PATIENTEN**(an den Dienst für Basismedizin vom Gesundheitsbezirk)**

Datum der Meldung	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Sprengel		
Zuname und Vorname des Patienten		☐ M ☐ W
Geburtsdatum	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Anschrift		
Wohnsitzgemeinde		
Telefon		
Ticketbefreiung	☐ Ja ☐ Nein	
Andere miteinbezogene Dienste		
Antragsteller der Aufnahme	☐ Patient ☐ Familie ☐ Schule ☐ Allgemeinmediziner / Bereitschaftsdienst / Kinderarzt ☐ Facharzt ☐ Krankenhaus ☐ Krankenpflagedienst des Sprengels ☐ Sozialdienste ☐ Rehabilitationsdienst ☐ Dienst für Neuropsychiatrie für Kinder ☐ ZGG oder andere private psychiatrische Dienste und Einrichtungen ☐ Familienberatungsstelle ☐ Gerichtsbehörde und Polizeikräfte ☐ Hospiz / Zentrum für Palliativmedizin ☐ Dienst für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ☐ Sonstiges	
Aufnahmedatum	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Allgemeinmediziner / Kinderarzt freier Wahl		
Krankenpfleger		

Der Patient und seine Familienangehörigen stimmen dem Integrierten Hauspflegeprogramm zu

Unterschrift des Allgemeinmediziners / Kinderarztes freier Wahl

.....

Unterschrift des Patienten oder der Familienangehörigen

Unterschrift des Leiters des Krankenpflagedienstes

.....

1.1. ÜBERPRÜFUNG DER KRITERIEN / GENEHMIGUNG

Es wird genehmigt:

Datum des Beginns: / / 		Zugänge (S=wöchentlich, Q=vierzehntäglich, M=monatlich) Anzahl	
Datum des Endes: / /			
☐ IHP 1. Stufe	Krankenpfleger		
☐ IHP 2. Stufe	AM / KFW		
	Andere Bedienstete		

Datum: / /

Unterschrift des Leiters des Dienstes für Basismedizin

2. BEWERTUNG DES PATIENTEN

Datum der Bewertung	/ /
---------------------	---

Medizinische Bewertung		Krankenpflegerische Bewertung	
Grunderkrankung ICD 9 CM-Kode		Selbstständigkeit	☐ selbstständig ☐ teilweise unselbstständig ☐ vollkommen unselbstständig
Komorbidität ICD 9 CM-Kode ☐ nicht erhoben		Soziale Unterstützung	☐ vorhanden ☐ teilweise/vorübergehend ☐ nicht vorhanden
Mobilitätsgrad ☐ bewegt sich allein fort (auch mit Hilfsmitteln) ☐ bewegt sich mit Hilfe anderer fort ☐ bewegt sich nicht fort		Medikamente	Medikamente/farmaci Einnahme/assunzione: ☐ selbstständig/autonomamente ☐ mit Überwachung con sorveglianza ☐ Medikamente richten necessita preparazione Aufbewahrungsort der Medikamente Luogo della conservazione dei farmaci
Kognitive Störungen ☐ nicht vorhanden oder leicht ☐ mäßig ☐ schwer			

Medizinische Bewertung		Krankenpflegerische Bewertung	
Verhaltensstörungen	☐ nicht vorhanden oder leicht ☐ mäßig ☐ schwer	Kommunikation - Hörvermögen - Sehvermögen	1. KOMMUNIKATION/COMUNICAZIONE Sprechvermögen/Capacità di parola ☐ spontan/spontaneo ☐ nur wenn angesprochen/solo se stimolato/a ☐ nicht möglich/assente ☐ nicht verbal/non verbale ☐ nicht verständlich/incomprensibile Mimik/mimica _____
			Hörvermögen/Udito ☐ vollständig/integro ☐ eingeschränkt/compromesso ☐ Taubheit/sordità ☐ Hörapparat/apparecchio acustico Sehvermögen/Vista ☐ vollständig/integra ☐ eingeschränkt/compromessa ☐ Blindheit/cecità ☐ ln/sx ☐ re/dx ☐ Brille/occhiali ☐ Kontaktlinse/lenti a contatto Schreiben/capacità di scrittura ☐ ja/sì ☐ nein/no

Unterstützung vorhanden*:

Bezugsperson:	
Nicht zur Familie gehörige Hilfskraft (24h)	☐ anwesend (mit Funktion als Pflegehilfe) ☐ anwesend (ohne Funktion als Pflegehilfe) ☐ nicht anwesend
In Gemeinschaft lebende Familienmitglieder	Anzahl der Familienmitglieder (ausgeschlossen der Patient und die eventuelle Hilfskraft)

*: vom Arzt und Krankenpfleger auszufüllen

ERHOBENE BEDÜRFNISSE (die erhobenen Bedürfnisse / laufenden Verfahren ankreuzen)

Medizinische	Krankenpflegerische
☐ enterale Ernährung ☐ parenterale Ernährung ☐ Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen ☐ Bronchialtoilette - Quincke-Lagerung ☐ Schmerzkontrolle ☐ EKG ☐ therapeutische Erziehungsmaßnahmen ☐ Sauerstofftherapie ☐ regelmäßige venöse Blutentnahmen ☐ subkutane/intramuskuläre/Infusionstherapie ☐ Infektionsgefahr ☐ Telemetrie ☐ Tracheotomie ☐ Transfusionen ☐ neurologische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen ☐ orthopädische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen ☐ Ventilationstherapie	☐ orale Ernährung ☐ Unterstützung bei den ADL für Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Unterstützung bei den IADL für Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Pflegebedürfnisse im nicht-onkologischen Endstadium ☐ Pflegebedürfnisse im Endstadium der Karzinomkrankheit ☐ Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades ☐ Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades ☐ Pflege des zentralen Venenkatheters ☐ Stomapflege ☐ Maßnahmen zur Förderung der Darm-Blasenentleerung ☐ ständige Aufsicht von Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Unterstützung für die Pflegekraft ☐ Erhaltungsrehabilitation bei Beeinträchtigungen

4. UNTERBRECHUNG DER IHP	6. UNTERBRECHUNG DER IHP
Datum des Beginns der Unterbrechung 	Datum des Abschlusses der IHP
Grund der Unterbrechung ☐ vorübergehender Krankenhausaufenthalt ☐ vorübergehende Entfernung ☐ vorübergehender Aufenthalt in stationärer Einrichtung ☐ Sonstiges	Grund des Abschlusses ☐ Beendigung des Pflegeprogramms ☐ Einweisung ins Krankenhaus ☐ Tod zu Hause ☐ Tod im Krankenhaus ☐ Verlegung in stationäre Einrichtung ☐ Verlegung in Hospiz ☐ Tod im Hospiz ☐ Umstellung auf andere Arten von Hauspflege ☐ Wohnsitzwechsel ☐ Arztwechsel ☐ Entscheidung des Patienten ☐ administrativer Abschluss (falls keine Unterbrechung vorliegt und für 6 Monate keine Leistungen erbracht werden) ☐ Sonstiges
Datum des Endes der Unterbrechung 	

3. LEISTUNGSERBRINGUNG

Zuname / Vorname des Patienten.
Geburtsdatum: / /
Allgemeinmediziner / Kinderarzt freier Wahl:

Zugangsdatum	/ /
---------------------	--

Bediensteter:

☐ AM ☐ KFW ☐ Krankenpfleger ☐ Facharzt ☐ Facharzt für Palliativbehandlungen ☐ Arzt für Versorgungskontinuität ☐ Psychologe ☐ Physiotherapeut	☐ Logopäde ☐ sozio-sanitärer Mitarbeiter ☐ Diätberater ☐ Sozialassistent des NGD ☐ Beschäftigungstherapeut ☐ Hebamme ☐ Sanitätsassistent ☐ Sonstiges	Anzahl der Zugänge des einzelnen Bediensteten zum selben Datum
---	---	--

Erbrachte Leistung	Anzahl
1. ☐ Hausvisite (einschließlich der klinischen/funktionalen/sozialen Bewertung und Überwachung)	
2. ☐ Blutentnahme	
3. ☐ instrumentaldiagnostische Leistungen	
4. ☐ Weitergabe der Kompetenzen/Erziehung der Pflegehilfe/Gespräche/Nursering/Schulung	
5. ☐ psychologische Unterstützung Team-Patient-Familie	
6. ☐ verschiedenartige Injektionstherapien	
7. ☐ subkutane und intravenöse Infusionstherapie	
8. ☐ Bluttransfusion	
9. ☐ Parazentese, Thorakozentese und andere invasive Eingriffe, Pflege von Spinalkathetern oder Schmerz-Neuromodulationssysteme	
10. ☐ Handling der mechanischen Ventilation - Tracheotomie - Auswechslung der Kanüle - Bronchialtoilette - Sauerstofftherapie	
11. ☐ enterale Ernährung (SNG PEG)	
12. ☐ parenterale Ernährung - ZVK	
13. ☐ Blasenkatheterpflege einschließlich Harnderivationen	
14. ☐ Darmkanalpflege einschließlich Enterostomien	
15. ☐ Körperpflege und Mobilisierung	
16. ☐ einfache Wundbehandlungen (Hautverletzungen durch Prellung, Gefäß-, neoplastische, post-chirurgische, post-aktinische, Mundhöhlenverletzungen etc.)	
17. ☐ komplexe Wundbehandlungen (Hautverletzungen durch Prellung, Gefäß-, neoplastische, post-chirurgische, post-aktinische Verletzungen etc.)	
18. ☐ einfache Verbände, Bandagen, elastische Tape-Verbände	
19. ☐ motorisches Training - Atmungstraining	
20. ☐ Sprachtraining	
21. ☐ Training bei neuropsychologischen Störungen	

5. NEUBEWERTUNG DES PATIENTEN

Zuname und Vorname des Patienten:

Geburtsdatum: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Allgemeinmediziner / Kinderarzt freier Wahl:

Krankenpfleger:

Datum Neubewertung	der	_ _ / _ _ / _ _ _ _
-----------------------	-----	-------------------------

Grund der Neubewertung* ☐ Ablauf der vorgesehenen Periode (90 Tage)
☐ Änderung der Bedingungen des Patienten

Bestätigung der vorhergehenden Bewertung / Neubewertung* ☐ ja
☐ nein

*: vom zuständigen Arzt auszufüllen

Medizinische Bewertung		Krankenpflegerische Bewertung	
Grunderkrankung ICD 9 CM-Kode	_ _ _	Selbstständigkeit	☐ selbstständig ☐ teilweise unselbstständig ☐ vollkommen unselbstständig
Komorbidität ICD 9 CM-Kode	_ _ _ ☐ nicht erhoben	Soziale Unterstützung	☐ vorhanden ☐ teilweise/vorübergehend ☐ nicht vorhanden
Mobilitätsgrad	☐ bewegt sich allein fort (auch mit Hilfsmitteln) ☐ bewegt sich mit Hilfe anderer fort ☐ bewegt sich nicht fort	Medikamente	Medikamente/farmaci Einnahme/assunzione: ☐ selbstständig/autonomamente ☐ mit Überwachung con sorveglianza ☐ Medikamente richten: necessita preparazione Aufbewahrungsort der Medikamente Luogo della conservazione dei farmaci _____
Kognitive Störungen	☐ nicht vorhanden oder leicht ☐ mäßig ☐ schwer	Kommunikation - Hörvermögen - Sehvermögen	1. KOMMUNIKATION / COMUNICAZIONE Sprechvermögen/Capacità di parola ☐ spontan/spontaneo ☐ nur wenn angesprochen/solo se stimolato/a ☐ nicht möglich/assente ☐ nicht verbal/non verbale ☐ nicht verständlich/incomprensibile Mimik/mimica _____ Hörvermögen/Udito ☐ vollständig/integro ☐ eingeschränkt/compromesso ☐ Taubheit/sordità ☐ Hörapparat/apparecchio acustico Sehvermögen/Vista ☐ vollständig/integra ☐ eingeschränkt/compromessa ☐ Blindheit/cecità ☐ lin/sx ☐ re/dx ☐ Brille/occhiali ☐ Kontaktlinse/lenti a contatto Schreiben/capacità di scrittura ☐ ja/sì ☐ nein/no
Verhaltensstörung en	☐ nicht vorhanden oder leicht ☐ mäßig ☐ schwer		

ERHOBENE BEDÜRFNISSE (die erhobenen Bedürfnisse / laufenden Verfahren ankreuzen)

Medizinische	Krankenpflegerische
☐ enterale Ernährung ☐ parenterale Ernährung ☐ Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen ☐ Bronchialtoilette - Quincke-Lagerung ☐ Schmerzkontrolle ☐ EKG ☐ therapeutische Erziehungsmaßnahmen ☐ Sauerstofftherapie ☐ regelmäßige venöse Blutentnahmen ☐ subkutane/intramuskuläre/Infusionstherapie ☐ Infektionsgefahr ☐ Telemetrie ☐ Tracheotomie ☐ Transfusionen ☐ neurologische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen ☐ orthopädische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen ☐ Ventilationstherapie	☐ orale Ernährung ☐ Unterstützung bei den ADL für Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Unterstützung bei den IADL für Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Pflegebedürfnisse im nicht-onkologischen Endstadium ☐ Pflegebedürfnisse im Endstadium der Karzinomkrankheit ☐ Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades ☐ Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades ☐ Pflege des zentralen Venenkatheters ☐ Stomapflege ☐ Maßnahmen zur Förderung der Darm-Blasenentleerung ☐ ständige Aufsicht von Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Unterstützung für die Pflegekraft ☐ Erhaltungsrehabilitation bei Beeinträchtigungen

MELDUNG DER PROGRAMMIERTEN HAUSPFLEGE (PHP)**(an den Dienst für Basismedizin vom Gesundheitsbezirk)**

Datum der Meldung	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Sprengel		
Zuname und Vorname des Patienten		☐ M ☐ W
Geburtsdatum	_ _ / _ _ / _ _ _ _	
Anschrift		
Wohnsitzgemeinde		
Telefon		
Ticketbefreiung	☐ ja ☐ nein	
Meldende Person/Einrichtung	☐ Patient ☐ Familie ☐ Schule ☐ Allgemeinmediziner / Bereitschaftsdienst / Kinderarzt ☐ Facharzt ☐ Krankenhaus ☐ Krankenpflegedienst des Sprengels ☐ Sozialdienste ☐ Rehabilitationsdienst ☐ Dienst für Neuropsychiatrie für Kinder ☐ ZGG oder andere private psychiatrische Dienste und Einrichtungen ☐ Familienberatungsstelle ☐ Gerichtsbehörde und Polizeikräfte ☐ Hospiz / Zentrum für Palliativmedizin ☐ Dienst für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ☐ Sonstiges	
Grund für die Einleitung der PHP	☐ permanente Gehunfähigkeit (<i>bspw.: Träger von Prothesen an unteren Gliedmaßen mit großen Gehschwierigkeiten</i>) ☐ Unmöglichkeit des Transportes in die Ambulanz mit normalen Mitteln (<i>es: unselbstständiger Patient oder Wohnung auf höheren Etagen ohne Aufzug</i>) ☐ Unmöglichkeit des Transportes aufgrund von schweren Krankheiten, die Kontrollen sowohl bezüglich des sozialen Umfeldes als auch des Krankheitsbildes in kurzen Zeitabständen erfordern wie: - fortgeschrittene Herzinsuffizienz - Ateminsuffizienz mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung - verödende Arterienerkrankung der unteren Gliedmaßen mit schwerer Funktionsbeeinträchtigung - Enzephalopathien und Gehirnschädigungen schwerer Formen - Tetraplegie	
Vorgeschlagene Zugänge	☐ wöchentlich	Vom _ _ / _ _ / _ _ _ _
	☐ vierzehntäglich	Vom _ _ / _ _ / _ _ _ _
	☐ monatlich	Vom _ _ / _ _ / _ _ _ _

Unterstützung vorhanden*:

Nicht zur Familie gehörige Hilfskraft (24h)	☐ anwesend (mit Funktion als Pflegehilfe) ☐ anwesend (ohne Funktion als Pflegehilfe) ☐ nicht anwesend
In Gemeinschaft lebende Familienmitglieder	Anzahl der Familienmitglieder (ausgeschlossen der Patient und die eventuelle Hilfskraft)

*: vom Arzt und Krankenpfleger auszufüllen

BEWERTUNG DES PATIENTEN

Datum der Bewertung	/ /
---------------------	--

Grunderkrankung ICD 9 CM-Kode		Selbstständigkeit	☐ selbstständig ☐ teilweise unselbstständig ☐ vollkommen unselbstständig
Komorbidität ICD 9 CM-Kode	 ☐ nicht erhoben	Soziale Unterstützung	☐ vorhanden ☐ teilweise/vorübergehend ☐ nicht vorhanden
Verhaltensstörungen	☐ nicht vorhanden oder leicht ☐ mäßig ☐ schwer	Mobilitätsgrad	☐ bewegt sich allein fort (auch mit Hilfsmitteln) ☐ bewegt sich mit Hilfe anderer fort ☐ bewegt sich nicht fort
Kognitive Störungen	☐ nicht vorhanden oder leicht ☐ mäßig ☐ schwer		

ERHOBENE BEDÜRFNISSE (die erhobenen Bedürfnisse / laufenden Verfahren ankreuzen)

☐ enterale Ernährung ☐ parenterale Ernährung ☐ Maßnahmen wegen Schlaf-wach-Rhythmusstörungen ☐ Bronchialtoilette - Quincke-Lagerung ☐ Schmerzkontrolle ☐ EKG ☐ therapeutische Erziehungsmaßnahmen ☐ Sauerstofftherapie ☐ regelmäßige venöse Blutentnahmen ☐ subkutane/intramuskuläre/Infusionstherapie ☐ Infektionsgefahr ☐ Telemetrie ☐ Tracheotomie ☐ Transfusionen ☐ neurologische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen	☐ orale Ernährung ☐ Unterstützung bei den ADL für Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Unterstützung bei den IADL für Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Pflegebedürfnisse im nicht-onkologischen Endstadium ☐ Pflegebedürfnisse im Endstadium der Karzinomkrankheit ☐ Behandlung von Hautulzerationen 1. und 2. Grades ☐ Behandlung von Hautulzerationen 3. und 4. Grades ☐ Pflege des zentralen Venenkatheters ☐ Stomapflege ☐ Maßnahmen zur Förderung der Darm-Blasenentleerung ☐ ständige Aufsicht von Patienten mit Beeinträchtigungen ☐ Unterstützung für die Pflegekraft ☐ Erhaltungsrehabilitation bei Beeinträchtigungen ☐ orthopädische Rehabilitation bei Beeinträchtigungen ☐ Ventilationstherapie
--	---

Unterschrift des Allgemeinmediziners / Kinderarztes freier Wahl

.....

GENEHMIGUNG		Zugänge (S=wöchentlich, Q=vierzehntäglich, M=monatlich)		Anzahl
Datum des Beginns: / / Datum des Endes: / /	Krankenpfleger			
	AM / KFW			
	Andere			
	Bedienstete			
		Unterschrift des Leiters des Dienstes für Basismedizin		