



Epidemiologische Beobachtungsstelle

Leitlinien 2018_01

zur Verwaltung des Informationssystems für die Überwachung der Betreuung in Hospice- Einrichtungen

Beobachtungsstelle für Gesundheit

Leitlinien zur Verwaltung des Informationssystems für die Überwachung der Betreuung in Hospice-Einrichtungen

März 2018

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen
Amt für Gesundheitssteuerung
Beobachtungsstelle für Gesundheit

Verfügbare Kopien bei:
Amt für Gesundheitssteuerung - Beobachtungsstelle für Gesundheit
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1 – 39100 BOZEN
Tel. 0471 – 41.80.40
E-Mail: gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it

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

INHALT

1. EINFÜHRUNG	4
2. ZIEL DER ERHEBUNG	4
3. DIE EINRICHTUNGEN MIT DATENERHEBUNGSPFLICHT	4
4. ALLGEMEINE MERKMALE DES INFORMATIONSFLOSSES	5
5. ÜBERMITTLUNGSMODALITÄTEN UND -ZEITEN	6
5.1. Übermittlung der Daten an das Gesundheitsministerium	6
5.2. Sendung und Schließung der Landesarchive	6
5.3. CUNI – Einzelheiten zur Einspeisung	7
5.3.1 Eindeutiger Identifikationscode des Datensatzes (ID_REC) – Einzelheiten zur Einspeisung.....	8
5.4. Kriterien Reihenfolge übermittelter Informationen	8
6. INHALT DES AN DAS MINISTERIUM GERICHTETEN HOSPICE-INFORMATIONSFLOSSES.....	9
6.1. Datensatzformate	9
6.2. Spezifizierung der Variablen	10
7. INHALT DES AN DIE SIAG GERICHTETEN HOSPICE-INFORMATIONSFLOSSES	20
7.1. Datensatzformate	20
7.2. Spezifizierung der Variablen	22
8. AUFGABEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN.....	37
9. KONTROLLSYSTEM.....	38
ANHANG 1: DATENSATZFORMAT FÜR DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DIE SIAG	39
ANHANG 2: DATENSATZFORMAT DES ARCHIVS VISTA	53
ANHANG 3: AUTOMATISCHE DATENQUALITÄTSKONTROLLEN	61
ANHANG 4: DATENSATZFORMATE FÜR DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM	69

1. EINFÜHRUNG

Das Gesetz Nr. 38 vom 15. März 2010 über die Gewährleistung des Zuganges zur Palliativbehandlung und Schmerztherapie sieht die Einführung einer spezifischen Erhebung der Krankenhäuser und territorialen Krankenanstalten sowie der in jeder Region von den Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes gewährleisteten Palliativbehandlungs- und Schmerztherapieleistungen durch das Gesundheitsministerium vor. Damit sollen die beiden Netze auf regionaler und nationaler Ebene eingerichtet bzw. integriert sowie deren Einheitlichkeit auf dem gesamten Staatsgebiet gefördert werden.

Außerdem sieht das Gesetz 38/2010 die Einleitung der gesundheitsministeriellen Überwachung der Palliativbehandlungs- und Schmerztherapieleistungen im Zusammenhang mit neoplastischen, chronischen und degenerativen Krankheiten, die Bereitstellung aller hierfür zweckdienlichen Daten durch die Regionen und Autonomen Provinzen sowie den Zugang dieser zu den Daten und Informationen im Besitz des Gesundheitsministeriums vor.

Mit dem Dekret vom 6. Juni 2012 „Einrichtung des Informationssystems für die Überwachung der Betreuung in Hospice-Einrichtungen“ wurde die Überwachung der gesundheitlichen und soziosanitären Leistungen in den Hospice-Einrichtungen eingeleitet; darunter verstehen sich jene Einrichtungen, die im Besitz der strukturellen, technologischen und organisatorischen Voraussetzungen gemäß Definition des DPCM vom 20. Januar 2000 sind.

Das Informationssystem „Hospice“ ist im Rahmen des Neuen Gesundheitsinformationssystems beim Gesundheitsministerium eingerichtet.

In der Provinz Bozen wird der Hospice-Informationsfluss seit Juni 2011 erhoben. Die vorliegenden Leitlinien ergänzen und passen die vorhergehenden Angaben zum Hospice-Informationsfluss an die Bestimmungen an, die durch die Genehmigung des Dekrets vom 6. Juni 2012 eingeführt wurden.

2. ZIEL DER ERHEBUNG

Ziel der Erhebung sind die **gesundheitlichen und soziosanitären Leistungen in den Hospice-Einrichtungen**. Ausgeschlossen aus der Erhebung sind alle rein „sozialen Unterstützungsmaßnahmen“ zugunsten der Patienten.

Als Hospice-Aufenthalte gelten ausschließlich die Aufenthalte in jenen Einrichtungen, die im Besitz der strukturellen, technologischen und organisatorischen Voraussetzungen gemäß Definition des DPCM vom 20. Januar 2000 sind.

3. DIE EINRICHTUNGEN MIT DATENERHEBUNGSPFLICHT

Das DPCM vom 20. Januar 2000 definiert als stationäre Palliativbehandlungszentren die Einrichtungen des Betreuungsnetzes für Patienten am Lebensende, für die vorübergehend stationäre Betreuung von Patienten mit progressiven und fortgeschrittenen Krankheiten sowie für Krankheiten mit schneller Entwicklung und unheilvoller Prognose, für welche jede Heilungstherapie oder Krankheitsstabilisierung nicht möglich oder unangemessen ist, und prioritär für die Patienten

mit terminaler neoplastischer Pathologie, die einer Palliativbehandlung und Unterstützung bedürfen.

In Südtirol besteht im Rahmen des Informationsflusses „Krankenhausentlassungsbogen“ die Möglichkeit, einzelne Abteilungen, die Palliativleistungen erbringen, mit dem Abteilungscode 60.02 zu kodieren. Für diese Aufenthalte kommt ein anderes Tarifsysteem als für die akuten oder post-akuten Krankenhausaufenthalte zur Anwendung.

Der Abteilungscode 60.02 wird derzeit vom Dienst „Hospice und Palliativbetreuung“ des Krankenhauses Bozen und von der Privatklinik Martinsbrunn verwendet.

Die Betreuung in Hospice-Einrichtungen unterliegt nicht dem Informationsfluss „Krankenhausentlassungsbogen“.

Folgende Landeseinrichtungen sind zur Erhebung des Informationsflusses verpflichtet:

- **das Krankenhaus Bozen (für die einfache „Hospice-Palliativstation“)**
- **die Privatklinik Martinsbrunn (für die „Palliativstation“)**

4. ALLGEMEINE MERKMALE DES INFORMATIONSFLOSSES

Der Informationsfluss umfasst folgende Daten:

- a) meldeamtliche Daten des Patienten;
- b) Informationen über die Phase vor der Aufnahme;
- c) Informationen über die Aufnahmephase;
- d) Informationen über den Beginn der Betreuung;
- d) häufigste klinische Anzeichen und Krankheitssymptome;
- g) Art der erbrachten Leistungen;
- h) Informationen über die Abschlussphase.

Die Daten zu den Betreuungsleistungen und die personenbezogenen Daten des Patienten sind keine direkten Identifizierungsdaten im Sinne des Legislativdekrets Nr. 196 vom 30. Juni 2003.

Die Daten müssen sowohl für ansässige als auch nicht-ansässige Bürger erhoben werden; die Ereignisse, die zur Generierung und Änderung der Daten führen, können anhand der folgenden Phasen der Hospice-Betreuung ermittelt werden:

- a) Aufnahme;
- b) Betreuung und Abschluss.

Bei der Übermittlung der Daten an das Land und an das Ministerium wird den Patienten ein **eindeutiger anonymer Identifizierungscode** zugewiesen; der Code wird mithilfe eines Kodierungsprozesses generiert, der mit jenen der anderen Gesundheitsinformationsflüsse des Landes übereinstimmt.

Der Hospice-Datenfluss ist alternativ zum Datenfluss des Krankenhausentlassungsbogens: **Die Betreuung in Hospice-Einrichtungen fällt nicht unter die ordentlichen akuten und post-akuten Krankenhausaufenthalte der leistungserbringenden Einrichtungen.**

Die Hospice-Aufenthalte werden in jedem Fall innerhalb der **Mobilität** verrechnet, weshalb ein Verfahren für die Datenextraktion aus anderen Archiven vorgesehen werden muss.

Die Daten werden auf elektronischem Wege an das Land übermittelt. Das Land leitet die Datensätze gemäß Bestimmungen des Dekrets vom 6. Juni 2012 und den Vorgaben des Neuen Gesundheitsinformationssystems an das Gesundheitsministerium weiter.

5. ÜBERMITTLUNGSMODALITÄTEN UND -ZEITEN

5.1. Übermittlung der Daten an das Gesundheitsministerium

Das Hospice-System wird mit den Informationen über die Betreuung in Hospice-Einrichtungen ab dem 1. Juli 2012 gespeist.

Die Übermittlung der Daten an das Neue Gesundheitsinformationssystem erfolgt **dreimonatlich** innerhalb des Monats, der auf das Bezugssemester folgt. Damit sind jährlich vier Übermittlungen vorgesehen:

- innerhalb 30. April für die Entlassungen im Trimester Januar-März;
- innerhalb 31. Juli für die Entlassungen im Trimester April-Juni;
- innerhalb 30. Oktober für die Entlassungen im Trimester Juli-September;
- innerhalb 31. Januar für die Entlassungen im Trimester Oktober-Dezember.

Etwaige Änderungen müssen einen Monat nach der Fälligkeit übermittelt werden.

Die erste Übermittlung muss innerhalb 30. Oktober 2012 erfolgen.

Der Hospice-Datenfluss muss gemäß den in den technischen Anhängen angegebenen Verfahren übermittelt werden. Für eventuelle Aktualisierungen der Verfahren kann die Internetseite des Gesundheitsministeriums konsultiert werden (www.nsis.salute.gov).

Die Gesellschaft Südtirol Informatik AG (**SIAG**) **bereitet die Dateien für die Übermittlung an das Gesundheitsministerium** vor; die Übermittlung erfolgt anschließend in Absprache mit der Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes.

5.2. Sendung und Schließung der Landesarchive

Alle erhebenden Einrichtungen haben die Daten über die Betreuung in Hospice-Einrichtungen des Landes an die Gesellschaft Südtirol Informatik AG zu senden. Die Daten müssen dem Datensatzformat entsprechen, das im Anhang beschrieben ist.

Die an die SIAG zu sendenden Daten müssen in **zwei getrennten Archiven** enthalten sein, die zu verschiedenen Zeiten zu übermitteln sind: Das erste Archiv enthält die meldeamtlichen Daten, das zweite die Daten zur Aufnahme, Betreuung und zum Abschluss der Betreuung. Die beiden Archive werden über zwei Schlüsselvariablen verknüpft: den nosographischen Code und den Code der leistungserbringenden Einrichtung. Die Daten werden vor dem Laden in die Landesdatenbank einem Kontrollverfahren unterzogen. Falsche Daten werden erst nach ihrer Korrektur durch den Gesundheitsbezirk in die Landesdatenbank geladen.

Für die Übermittlung der Daten an das Gesundheitsministerium **werden die Trimester-Archive der Hospice-Aufenthalte am 15. Tag des Monats nach dem Monat des Bezugszeitraums** geschlossen, also am 15. April, 15. Juli, 15. Oktober und 15. Januar jedes Jahres.

Die letzte Datensendung seitens der Gesundheitsbezirke und aller privaten Aufenthaltseinrichtungen gilt als die gültige Sendung. Aufrecht bleiben in jedem Fall die Bestimmungen zur Sendung eventueller Datenkorrekturen, auch nach der Übermittlungsfälligkeit.

Zur Überprüfung und Überwachung eventuell fehlender Abgleichungen zwischen den Landes- und Betriebsarchiven haben die Gesundheitsbezirke in jedem Fall alle Daten zu senden, auch nach dem festgelegten Fälligkeitsdatum.

Die Datenverarbeitungszentren (DVZ) der Gesundheitsbezirke sind zuständig für die Vorbereitung des Upload-, Kontroll- und Übermittlungsverfahrens der Hospice-Daten, die für die Abteilungen „Leistungen“ nötig sind, sowie für die Validierung des Identifikationscodes der versorgten Person anhand des Validierungsdienstes, das vom Wirtschafts- und Finanzministerium (MEF) laut Abschnitt 5.3 zur Verfügung gestellt wird.

Die Privatkliniken haben an die Abteilung „Leistungen“ ihres Gesundheitsbezirks alle Daten zu senden, die bereits dem formellen Kontrollverfahren unterzogen wurden.

Jede Abteilung „Leistungen“ hat die Patientendaten im Rahmen des eigenen Zuständigkeitsbereichs zu kontrollieren und zu korrigieren. Nach allen entsprechenden Kontrollen und Korrekturen müssen die Daten an das Land gesendet werden.

5.3. CUNI – Einzelheiten zur Einspeisung

Der eindeutige nicht invertierbare Code (CUNI) bestimmt die versorgte Person. Es wurde ein nicht invertierbares kollisionsresistentes Verfahren angewandt, das aus einem Hash-Algorithmus besteht und auf die Erkennungsdaten des Betreuten (Eingabedaten) angewandt einen eindeutigen nicht invertierbaren Code (Output Daten) erstellt, der die Zurückverfolgung der Ursprungsdaten nicht ermöglicht. Dieselben Eingabedaten ergeben immer dieselben Output Daten.

Der Hash-Algorithmus wird von der DGSISS des Gesundheitsministeriums bestimmt und findet bei allen Input Akteuren Anwendung, damit der aus den Input Daten resultierende eindeutige nicht invertierbare Code italienweit vorzufinden ist.

Bevor die Erkennungsdaten des Betreuten zum CUNI umgewandelt werden, müssen sie vom Validierungsdienst, der vom Wirtschafts- und Finanzministerium (MEF) zur Verfügung gestellt wird, für gültig erklärt werden.

Nachstehend die Typologien von Identifikationscodes, die zur Speisung des Verfahrens zur Erstellung des CUNI, nach dem Anruf beim Validierungsdienst, der vom TS-System dem MEF zur Verfügung gestellt wird, möglich sind:

- für im italienweiten Gesundheitsdienst eingetragenen Personen wird die Steuernummer, die aus 16 Ziffern besteht, verwendet (Gesetz 412/91);
- für europäische Staatsbürger mit Europäischer Krankenversicherungskarte (TEAM) wird die auf der TEAM vermerkte persönliche Identifikationsnummer bestehend aus 20 Ziffern verwendet;
- für europäische Staatsbürger ohne Europäischer Krankenversicherungskarte (TEAM)

und ohne Eintragung im italienweiten Gesundheitsdienst wird der europäische Code für „nicht eingetragen (ENI)“ bestehend aus 16 Ziffern verwendet (Rundschreiben des Gesundheitsministers vom 19. Februar 2008);

- für Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung wird der Code für „zeitweiligen Aufenthalt für Ausländer (STP)“ bestehend aus 16 Ziffern verwendet (laut D.P.R. 31.8.1999 Nr. 394 und Rundschreiben des Gesundheitsministers vom 24.4.2000, Nr.5);
- für Ausländer, die internationalen Schutz beantragen, wird die provisorische Steuer-
nummer bestehend aus 11 Ziffern verwendet (Legislativdekret 142/2015) .
- für alle Personen, die keiner der vorhergehenden Typologien angehören, wird das Feld
mit dem Zeichen „X“, das 20-mal wiederholt wird, ausgefüllt.

5.3.1 Eindeutiger Identifikationscode des Datensatzes (ID_REC) – *Einzelheiten zur Einspeisung*

Der eindeutige Identifikationscode des Datensatzes steht für einen einzelnen Datensatz und wird durch die Verknüpfung der Schlüsselfelder des Datensatzes + dem CUNI, der einem nicht invertierbarem kollisionsresistentem Verfahren unterzogen wird, erstellt. Dieses Verfahren besteht aus einem Hash-Algorithmus, der auf den id_rec (Eingabedaten) angewandt einen eindeutigen Code (Output Daten) erstellt und es ist nicht möglich den ursprünglichen id_rec zurückzuverfolgen. Der Hash-Algorithmus wird von der DGSISS des Gesundheitsministeriums bestimmt und findet bei allen Input Akteuren Anwendung, damit der aus den Input Daten resultierende eindeutige nicht invertierbare Code italienweit vorzufinden ist.

Nachstehend die Liste der Felder, die nach festgelegter Reihenfolge verknüpft werden und dem Hash-Algorithmus zur Erstellung des ID_REC (für den Datensatz 1 und 2) unterzogen werden:

#	Felder für die Verknüpfung
1	Aufnahmeregion
2	Sanitätsbetrieb
3	Leistungserbringende Einrichtung
4	Aufnahmedatum
5	Eindeutiger nicht invertierbarer Code – CUNI (88 Ziffern)

5.4. Kriterien Reihenfolge übermittelter Informationen

Das Laden der Datenflüsse (Datensatz 1 und 2) in das Data Warehouse wird wie folgt durchgeführt:

- Unter der Woche werden die Dateien vom GAF-System (Gestione Accoglienza Flussi) gesammelt;
- Am Wochenende werden die geladenen Dateien mit den HOSPICE Daten im DWH vom Kontroll- und Uploade-ETL verarbeitet, um nach Datensatz (zuerst alle Datensätze 1 anschließend alle Datensätze 2) und nach ID_UPLOAD in aufsteigender Reihenfolge zu ordnen.

Was die Reihenfolge des Uploads der Informationen im Datensatz2 in das Data Warehouse angeht, werden nachstehend die Sortier- und Ordnungskriterien der Informationen des übermittel-

ten Datenflusses angeführt:

Absteigende Reihenfolge für:

- Art der Übermittlung (zuerst alle Löschungen, dann alle Änderungen, dann alle Eingaben) für dasselbe Aufnahmedatum;
- Aufnahme-region;
- Sanitätsbetrieb
- Leistungserbringende Einrichtung;
- Aufnahmedatum;
- Id_record.

6. INHALT DES AN DAS MINISTERIUM GERICHTETEN HOSPICE-INFORMATIONSFLOWES

6.1. Datensatzformate

DATENSATZFORMAT 1: AUFNAHME

1. Übermittlung (technisches Feld)
2. Eindeutiger nicht invertierbarer Code (CUNI)
3. Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person
4. Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person
5. Wohnsitzregion
6. Wohnsitzgemeinde
7. Wohnsitzsanitätsbetrieb
8. Ausländischer Wohnsitzstaat
9. Geburtsjahr
10. Geschlecht
11. Staatsbürgerschaft
12. Studententitel
13. Aufnahme-region (Schlüselfeld)
14. Aufnahmesanitätsbetrieb (Schlüselfeld)
15. Leistungserbringende Einrichtung (Schlüselfeld)
16. Aufnahmedatum (Schlüselfeld)
17. Eindeutiger Identifikationscode (technisches Feld)

DATENSATZFORMAT 2: TÄTIGKEITEN

1. Übermittlung (technisches Feld)
2. Eindeutiger Identifikationscode (technisches Feld)
3. Aufnahme-region (Schlüselfeld)
4. Aufnahmesanitätsbetrieb (Schlüselfeld)

5. Leistungserbringende Einrichtung (Schlüsselfeld)
6. Aufnahmedatum (Schlüsselfeld)
7. Tagerarif
8. Art der Herkunftseinrichtung
9. Datum des Aufnahmeantrags
10. Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags
11. Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes
12. Hauptgrund für die Aufnahme
13. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 1
14. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 2
15. Nichtklinischer Grund 1
16. Nichtklinischer Grund 2
17. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1
18. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2
19. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1
20. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2
21. Makroleistungen (Kernschlüssel)
22. Entlassungsdatum
23. Art der Entlassung

6.2. Spezifizierung der Variablen

DATENSATZFORMAT 1: AUFNAHME

1. Übermittlung

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

Zulässige Werte:

I = Eingabe;

V = Änderung;

C = Löschung.

„I“ ist der Code für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten.

„V“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen.

„C“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.

Ein übermittelter Datensatz kann nur geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Geänderte Daten können nur erneut geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Gelöschte Daten können nur als neu eingegebene Daten (Eingabe) übermittelt werden (Code I).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zur Aufnahme (Datensatzformat 1) löscht das System

auch die damit verknüpften Tätigkeitsdaten (Datensatzformat 2).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zu den Tätigkeiten (Datensatzformat 2) löscht das System auch die damit verknüpften Aufnahmedaten (Datensatzformat 1).

Pflichtfeld.

2. Eindeutiger nicht invertierbarer Code (CUNI)

Im Feld muss der Identifikationscode der versorgten Person eingetragen werden. Die Erstellung des Codes wird im Abschnitt 5.3 – CUNI – Einzelheiten zur Einspeisung beschrieben.

Pflichtfeld.

3. Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person (PRES COD ID)

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

Folgende Codes sind zu verwenden:

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

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

Pflichtfeld.

4. Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person (TS COD ID)

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

Folgende Codes sind zu verwenden:

0 = Steuerkennzeichen,

1 = CRS-Code,

2 = ENI-Code,

3 = EHIC-Code,

99 = Code in der Datenbank nicht vorhanden

Pflichtfeld.

5. Wohnsitzregion

Gibt die Region an, in welcher der Patient ansässig ist.

Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Ministerialdekret vom 17. September 1986, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 240 vom 15. Oktober 1986 in geltender Fassung, der auch in den Modellen zur Erhebung der verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der lokalen Sanitätsbetriebe verwendet wird.

Für einen im Ausland ansässigen Patient muss der Code 999 eingetragen werden.

Pflichtfeld.

6. Wohnsitzgemeinde

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

Zu verwenden ist der ISTAT-Code, dessen erste 3 Ziffern für die Provinz stehen und die darauffolgenden Ziffern die fortlaufende Nummer der Gemeinde innerhalb jeder Provinz darstellen.

Für einen im Ausland ansässigen Patient muss der Code 999999 eingetragen werden.

Pflichtfeld.

7. Wohnsitzsanitätsbetrieb

Gibt den Wohnsitzsanitätsbetrieb des Patienten an.

Dabei ist auf die MRA-Stammdaten (Überwachung des Betreuungsnetzes) Bezug zu nehmen.

Für einen im Ausland ansässigen Patient muss der Code 999 eingetragen werden.

Pflichtfeld.

8. Ausländischer Wohnsitzstaat

Gibt des ausländischen Wohnsitzstaat des Patienten an.

Zu verwenden ist der Alpha2-Code (mit zwei Buchstaben) gemäß ISO 3166-Kodierliste.

Weitere zulässige Werte sind XK=Kosovo, ZZ=Staatenlose.

Dieses Feld ist für italienische Staatsbürger nicht auszufüllen.

9. Geburtsjahr

Gibt das Geburtsjahr des Patienten an.

Das Jahr ist im Format JJJJ einzugeben.

Pflichtfeld.

10. Geschlecht

Gibt das Geschlecht des Patienten an.

Zulässige Werte:

1 = männlich;

2 = weiblich.

Pflichtfeld.

11. Staatsbürgerschaft

Gibt die Staatsbürgerschaft des Patienten an.

Zu verwenden ist der Alpha2-Code (mit zwei Buchstaben) gemäß ISO 3166-Kodierliste.

Für Staatenlose ist der Code ZZ einzugeben.

Bei unbekannter Staatsbürgerschaft wird der Code XX verwendet.

Weitere zulässige Werte: XK=Kosovo.

Pflichtfeld.

12. Studententitel

Gibt den Studententitel des Patienten an.

Zulässige Werte:

- 1 = keiner;
- 2 = Grundschulabschluss;
- 3 = Mittelschulabschluss;
- 4 = Oberschulabschluss;
- 5 = Laureatabschluss;
- 6 = nicht bekannt.

Pflichtfeld.

13. Aufnahmeregion

Gibt die Region an, in der sich die Hospice-Einrichtung befindet, die den Patient aufgenommen hat.

Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Ministerialdekret vom 17. September 1986, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 240 vom 15. Oktober 1986 in geltender Fassung, der auch in den Modellen zur Erhebung der verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der lokalen Sanitätsbetriebe verwendet wird.

Pflichtfeld.

14. Aufnahmesanitätsbetrieb

Gibt den Sanitätsbetrieb an, in dessen Gebiet sich die Hospice-Einrichtung befindet.

Dabei ist auf die MRA-Stammdaten (Überwachung des Betreuungsnetzes) Bezug zu nehmen.

Pflichtfeld.

15. Leistungserbringende Einrichtung

Gibt die Hospice-Einrichtung an, die den Patient aufgenommen hat.

In Erwartung der Annahme des vom „Mattone 1“ „Klassifizierung der Einrichtungen“ vorgeschlagenen Modells, das in das Neue Gesundheitsinformationssystem anhand des Überwachungsprojektes „Überwachung des Betreuungsnetzes“ aufgenommen wird, werden für das Feld die Codes der Ministerialmodelle HSP.11, HSP.11bis und STS.11 verwendet.

Pflichtfeld.

16. Aufnahmedatum

Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an.

Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.

Pflichtfeld.

17. ID record

Eindeutiger Identifikationscode. Die Erstellung des Codes wird im Abschnitt 5.3.1 – eindeutiger nicht invertierbarer Codes des Datensatzes (ID_REC) –Einzelheiten zur Einspeisung beschrieben.

Pflichtfeld.

DATENSATZFORMAT 2: TÄTIGKEITEN

1. Übermittlung

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

Zulässige Werte:

I = Eingabe;

V = Änderung;

C = Löschung.

„I“ ist der Code für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten.

„V“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen.

„C“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.

Ein übermittelter Datensatz kann nur geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Geänderte Daten können nur erneut geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Gelöschte Daten können nur als neu eingegebene Daten (Eingabe) übermittelt werden (Code I).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zur Aufnahme (Datensatzformat 1) löscht das System auch die damit verknüpften Tätigkeitsdaten (Datensatzformat 2).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zu den Tätigkeiten (Datensatzformat 2) löscht das System auch die damit verknüpften Aufnahmedaten (Datensatzformat 1).

Pflichtfeld.

2. ID record

Eindeutiger Identifikationscode. Die Erstellung des Codes wird im Abschnitt 5.3.1 – eindeutiger nicht invertierbarer Codes des Datensatzes (ID_REC) –Einzelheiten zur Einspeisung beschrieben.

Pflichtfeld.

3. Aufnahmeregion

Gibt die Region an, in der sich die Hospice-Einrichtung befindet, die den Patient aufgenommen hat.

Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Ministerialdekret vom 17. September 1986, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 240 vom 15. Oktober 1986 in geltender Fassung, der auch in den Modellen zur Erhebung der verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der lokalen Sanitätsbetriebe verwendet wird.

Pflichtfeld.

4. Aufnahmesanitätsbetrieb

Gibt den Sanitätsbetrieb an, in dessen Gebiet sich die Hospice-Einrichtung befindet.

Dabei ist auf die MRA-Stammdaten (Überwachung des Betreuungsnetzes) Bezug zu nehmen.
Pflichtfeld.

5. Leistungserbringende Einrichtung

Gibt die Hospice-Einrichtung an, die den Patient aufgenommen hat.

In Erwartung der Annahme des vom „Mattone 1“ „Klassifizierung der Einrichtungen“ vorgeschlagenen Modells, das in das Neue Gesundheitssystem anhand des Überwachungsprojektes „Überwachung des Betreuungsnetzes“ aufgenommen wird, werden für das Feld die Codes der Ministerialmodelle HSP.11, HSP.11bis und STS.11 verwendet.

Pflichtfeld.

6. Aufnahmedatum

Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an.

Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.

Pflichtfeld.

7. Tagestarif

Gibt die Tarifkomponente zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes an.

Zahlenwert zwischen 0.01 und 999999.99.

8. Art der Herkunftseinrichtung

Gibt die Herkunftseinrichtung oder den Herkunftsort des Patienten an.

Zulässige Werte:

1 = Haus des Patienten, ohne aktive häusliche Palliativbehandlung;

2 = Haus des Patienten, mit aktiver häuslicher Palliativbehandlung;

3 = stationäre soziosanitäre Einrichtung;

4 = soziale Einrichtung;

5 = Krankenhauseinrichtung;

6 = Rehabilitationseinrichtung;

9 = Sonstiges.

Pflichtfeld.

Zu den stationären soziosanitären Einrichtungen (Code 3) gehören die Altersheime, das Pflegeheim „Firmian“, die Privatklinik „Martinsbrunn“ und die Pflegestätte „Sarnthein“.

Zu den Krankenhauseinrichtungen (Code 5) gehören die anderen Abteilungen desselben Krankenhauses oder andere Krankenhäuser.

Zu den Rehabilitationseinrichtungen gehören die Privatkliniken „Bonvicini“ und „Villa Melitta“.

9. Datum des Aufnahmeantrags

Gibt das Datum auf der ärztlichen Verschreibung an, welche die Aufnahme des Patienten vorschlägt.

Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.

10. Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags

Gibt das Datum an, zu dem die Hospice-Einrichtung den Aufnahmeantrag (Verschreibung) erhalten hat.

Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.

11. Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes

Gibt an, welche Pathologie für das Krankheitsbild verantwortlich ist. Es kann nur eine einzige Pathologie angegeben werden.

Die ersten drei Zeichen der ICD-9-CM-Kodierung für die Kategorie angeben.

Pflichtfeld.

12. Hauptgrund für die Aufnahme

Gibt den Hauptgrund an, aus welchem die Aufnahme beantragt wurde.

Zulässige Werte:

1 = klinisch;

2 = nichtklinisch.

Pflichtfeld.

13. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 1

Gibt das nicht anders kontrollierbare klinische Anzeichen/Krankheitssymptom an, das der Aufnahme zugrunde liegt.

Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen).

Pflichtfeld.

Die Diagnosen in der Tabelle stellen die häufigsten klinischen Anzeichen und Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen dar.

Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom	ICD-9-CM-Kodierung
Delir durch andernorts klassifizierte pathologische Zustände	293.0
Angststörung, nicht näher bezeichnet (Angst)	300.00
Dysthymia (reaktive Depression, Stimmungstrübung)	300.4
Schmerz in Verbindung mit Neoplasie (akut, chronisch)	338.3
Blutung, unspezifisch	459.0
Störungen der Speichelsekretion (Xerostomie-Ptyalismus)	527.7
Dyspepsie und sonstige Störungen der Magenfunktion	536.8
Sonstiger Darmverschluss: komplett oder inkomplett	560.39
Sonstige Obstipation	564.09
Blutung des Rektums und Anus	569.3
Hämatemesis	578.0
Meläna und Hämatochezie	578.1

Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom	ICD-9-CM-Kodierung
Nicht näher bezeichneter (oder unspezifischer) Pruritus	698.9
Dekubitus (andere Lokalisationen)	707.09
Zervikalneuralgie (Schmerzen im Bereich Kopf-Hals)	723.1
Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	724.1
Schmerzen der Extremitäten	729.5
Koma	780.01
Vorübergehende Bewusstseinsstörung (oder Verlust) (Verwirrtheit)	780.02
Sonstige Bewusstseinsstörungen (Somnolenz, Sopor, Stupor)	780.09
Nicht näher bezeichnete Schlafstörungen	780.50
Insomnie, nicht näher bezeichnet	780.52
Sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (Asthenie SAI)	780.79
Hyperhidrosis, generalisiert (übermäßige Schweißsekretion)	780.8
Schmerz, generalisiert	780.96
Abnorme unwillkürliche Bewegungen (Tremor)	781.0
Sensibilitätsstörungen der Haut	782.0
Ödem (Haut)	782.3
Gelbsucht, nicht näher bezeichnet	782.4
Inappetenz	783.0
Abnorme Gewichtsabnahme	783.21
Sonstige Dyspnoe und Störungen der Atmung	786.09
Husten	786.2
Hämoptyse	786.3
Sonstige Brustschmerzen	786.59
Schluckauf	786.8
Erbrechen mit Übelkeit	787.01
Übelkeit (allein)	787.02
Erbrechen (allein)	787.03
Dysphagie	787.2
Unfreiwilliger Stuhlabgang	787.6
Diarrhoe	787.91
Sonstiger und näher bezeichneter Harnverhalt	788.29
Sonstige Harninkontinenz	788.39
Anurie und Oligurie	788.5
Bauchschmerzen und Schmerzen mit anderen bezeichneten Lokalisationen	789.09
Aszites	789.5
Kachexie	799.4
Palliativbehandlung	V66.7

14. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 2

Gibt ein weiteres, nicht anders kontrollierbares klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das der Aufnahme zugrunde liegt.

15. Nichtklinischer Grund 1

Gibt den nichtklinischen Grund an, welcher der Aufnahme zugrunde liegt.

Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen).

Ist kein nichtklinischer Grund vorhanden, mit „XXXXXX“ ausfüllen.

Pflichtfeld.

Die Diagnosen in der Tabelle stellen die häufigsten nichtklinischen Gründe in den Hospice-Einrichtungen dar.

Nichtklinischer Grund	ICD-9-CM-Kodierung
Inadäquate Unterkunft	V60.1
Alleinlebende Person	V60.3
Pflegeperson nicht verfügbar	V60.4
Stationäre Aufnahme zur temporären Entlastung der familiären Betreuung	V60.5
Problem mit Bezug auf nicht näher bezeichnete psychosoziale Umstände (existenzpsychologisches Leid)	V62.9
Sonstige Gründe für die Kontaktaufnahme mit den Diensten (Wahl des Kranken als Betreuungsstätte)	V65.8

16. Nichtklinischer Grund 2

Gibt einen weiteren nichtklinischen Grund an, welcher der Aufnahme zugrunde liegt.

Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen).

17. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1

Gibt das klinische Anzeichen/Krankheitssymptom an, das die meisten Ressourcen der Einrichtung beansprucht hat.

Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen).

Pflichtfeld.

Die Diagnosen in der Tabelle stellen die häufigsten klinischen Anzeichen und Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen dar.

Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom	ICD-9-CM-Kodierung
Delir durch andernorts klassifizierte pathologische Zustände	293.0
Angststörung, nicht näher bezeichnet (Angst)	300.00
Dysthymia (reaktive Depression, Stimmungstrübung)	300.4
Schmerz in Verbindung mit Neoplasie (akut, chronisch)	338.3
Blutung, unspezifisch	459.0
Störungen der Speichelsekretion (Xerostomie-Ptyalismus)	527.7
Dyspepsie und sonstige Störungen der Magenfunktion	536.8
Sonstiger Darmverschluss: komplett oder inkomplett	560.39
Sonstige Obstipation	564.09
Blutung des Rektums und Anus	569.3
Hämatemesis	578.0
Meläna und Hämatochezie	578.1
Nicht näher bezeichneter (oder unspezifischer) Pruritus	698.9
Dekubitus (andere Lokalisationen)	707.09
Zervikalneuralgie (Schmerzen im Bereich Kopf-Hals)	723.1
Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	724.1
Schmerzen der Extremitäten	729.5
Koma	780.01
Vorübergehende Bewusstseinsstörung (oder Verlust) (Verwirrtheit)	780.02
Sonstige Bewusstseinsstörungen (Somnolenz, Sopor, Stupor)	780.09
Nicht näher bezeichnete Schlafstörungen	780.50

Insomnie, nicht näher bezeichnet	780.52
Sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (Asthenie SAI)	780.79
Hyperhidrosis, generalisiert (übermäßige Schweißsekretion)	780.8
Schmerz, generalisiert	780.96
Abnorme unwillkürliche Bewegungen (Tremor)	781.0
Sensibilitätsstörungen der Haut	782.0
Ödem (Haut)	782.3
Gelbsucht, nicht näher bezeichnet	782.4
Inappetenz	783.0
Abnorme Gewichtsabnahme	783.21
Sonstige Dyspnoe und Störungen der Atmung	786.09
Husten	786.2
Hämoptyse	786.3
Sonstige Brustschmerzen	786.59
Schluckauf	786.8
Erbrechen mit Übelkeit	787.01
Übelkeit (allein)	787.02
Erbrechen (allein)	787.03
Dysphagie	787.2
Unfreiwilliger Stuhlabgang	787.6
Diarrhoe	787.91
Sonstiger und näher bezeichneter Harnverhalt	788.29
Sonstige Harninkontinenz	788.39
Anurie und Oligurie	788.5
Bauchschmerzen und Schmerzen mit anderen bezeichneten Lokalisationen	789.09
Aszites	789.5
Kachexie	799.4
Palliativbehandlung	V66.7

18. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2

Gibt ein weiteres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das die meisten Ressourcen der Einrichtung beansprucht hat.

19. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1

Gibt ein weiteres Anzeichen/Krankheitssymptom an, das in der Einrichtung behandelt wird.

20. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2

Gibt ein zusätzliches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das in der Einrichtung behandelt wird.

21. Makroleistung (Kernschlüssel)

Gibt die Makroleistung der Betreuung an. Es können maximal 10 Makroleistungen angegeben werden; die Makroleistungen dürfen sich nur auf die Betreuungsphase beziehen.

Zulässige Werte:

1 = Schmerzkontrolle;

2 = Dyspnoe-Kontrolle;

3 = Kontrolle der Magendarmsymptome (Übelkeit, Erbrechen etc.);

4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome (Angstneurosen, Agitiertheit, Delir etc.);

5 = komplexe Wundbehandlungen;

6 = Terminalsedierung/Palliativsedierung;

7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern (Fisteln, Geschwüre, Stomien, Drainagen, weitreichende Hautverletzungen etc.);

8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie;

9 = Pflege des Patienten (teilweise oder vollständig pflegebedürftig);

99 = sonstige Makroleistung.

Pflichtfeld.

22. Entlassungsdatum

Gibt das Datum der Entlassung des Patienten an.

Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.

Pflichtfeld.

23. Art der Entlassung (MOD DIM)

Gibt den Grund an, weshalb die Betreuung abgeschlossen wurde.

Zulässige Werte:

1 = ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause;

2 = Entlassung des Patienten nach Hause mit häuslicher Versorgung;

3 = Entlassung des Patienten mit häuslicher Palliativbehandlung;

4 = Entlassung des Patienten in stationäre, krankenhausexterne Einrichtungen;

5 = Verlegung ins Krankenhaus;

6 = Tod;

9 = Sonstiges.

Pflichtfeld.

7. INHALT DES AN DIE SIAG GERICHTETEN HOSPICE- INFORMATIONSFLOSSES

7.1. Datensatzformate

DATENSATZFORMAT 1: MELDEAMTLICHE DATEN

1. Nachname
2. Vorname
3. Erworbener Nachname
4. Geschlecht
5. Geburtsdatum
6. Geburtsgemeinde
7. Familienstand
8. Sanitätsnummer
9. Steuernummer

10. Wohnsitzregion
11. Wohnsitzgesundheitsbezirk/Wohnsitzsanitätsbetrieb
12. Betreuungsregion
13. Betreuungsgesundheitsbezirk/Betreuungssanitätsbetrieb
14. Wohnsitzgemeinde
15. Ausländischer Wohnsitz
16. Ausländische Krankenkasse
17. Adresse der ausländischen Krankenkasse
18. PLZ der ausländischen Krankenkasse
19. Identifikationsart des Patienten
20. Code des Patienten
21. TEAM-ID
22. Code der TEAM-Institution
23. Sigle der TEAM-Institution
24. TEAM-Staat
25. Art der vom TEAM vorgesehenen Betreuung
26. Ablaufdatum des TEAM-Ausweises
27. Staatsbürgerschaft
28. Studentitel
29. Nummer des Hospice-Bogens - Nosographischer Code (Schlüselfeld)
30. Leistungserbringende Einrichtung (Schlüselfeld)
31. Nummer des Abteilungsbogens
32. Übermittlung
33. Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person
34. Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person

DATENSATZFORMAT 2: TÄTIGKEITEN

1. Nummer des Hospice-Bogens - Nosographischer Code (Schlüselfeld)
2. Leistungserbringende Einrichtung (Schlüselfeld)
3. Art der Herkunftseinrichtung
4. Art des Aufenthalts
5. Datum der Aufnahme
6. Angewandter Tagestarif
7. Datum des Aufnahmeantrags
8. Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags
9. Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes
10. Hauptgrund für die Aufnahme
11. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar - SS1
12. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar - SS2
13. Nichtklinischer Grund - MNC1
14. Nichtklinischer Grund - MNC2

- 15. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom - SSP1
- 16. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom - SSP2
- 17. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom - SSS1
- 18. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom - SSS2
- 19. Makroleistung 1
- 20. Makroleistung 2
- 21. Makroleistung 3
- 22. Makroleistung 4
- 23. Makroleistung 5
- 24. Makroleistung 6
- 25. Makroleistung 7
- 26. Makroleistung 8
- 27. Makroleistung 9
- 28. Makroleistung 10
- 29. Entlassungsdatum
- 30. Art der Entlassung
- 31. Gesamtzahl der Zugänge zum Tageshospice
- 32. Übermittlung

7.2. Spezifizierung der Variablen

DATENSATZFORMAT 1: MELDEAMTLICHE DATEN

1. Leistungserbringende Einrichtung (ISTITUTO)

Gibt die Hospice-Einrichtung an, die den Patient aufgenommen hat.

In Erwartung der Annahme des vom „Mattone 1“ „Klassifizierung der Einrichtungen“ vorgeschlagenen Modells, das in das Neue Gesundheitsinformationssystem anhand des Überwachungsprojektes „Überwachung des Betreuungsnetzes“ aufgenommen wird, werden für das Feld die Codes der Ministerialmodelle HSP.11, HSP.11bis und STS.11 verwendet.

Pflichtfeld.

2. Nummer des Hospice-Bogens (NOSOGRAF)

Die Nummer des Hospice-Bogens entspricht der ID-Nummer des Krankenblattes.

Der zu verwendende Code besteht aus 10 Zeichen; die ersten 4 stehen für das Aufnahmejahr, die anderen 6 sind die fortlaufende Nummerierung in einem Jahr.

Die fortlaufende Nummerierung ist eindeutig, unabhängig von der Art des Aufenthalts (ordentlicher Aufenthalt oder Tageshospice-Aufenthalt), sodass jede Nummer den einzelnen Aufenthalt eindeutig festlegt.

Pflichtfeld.

3. Nummer des Abteilungsbogens (NR SCHED)

Die 8-stellige „Nummer des Abteilungsbogens“ ist eine fortlaufende Nummer innerhalb des Krankenhausaufenthaltsbogens (nosographischer Code). Das Feld ist mit 00000001 auszufüllen.

Pflichtfeld.

4. Nachname (COG)

Den Nachnamen des Patienten eingeben. Einzugeben ist ausschließlich der Nachname, ohne Titel oder ähnliche Zusätze (nicht Dr. Rossi, sondern Rossi).

Bei Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird der Nachname nicht erhoben. In diesem Fall ist im Feld der Wortlaut „ANONIMO“ in Großbuchstaben einzugeben.

Pflichtfeld.

5. Vorname (NOME)

Den Vornamen des Patienten eingeben. Einzugeben ist ausschließlich der Vorname, ohne Titel oder ähnliche Zusätze (nicht Schwester Maria, sondern Maria).

Bei Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird der Vorname nicht erhoben. In diesem Fall ist im Feld der Wortlaut „ANONIMO“ in Großbuchstaben einzugeben.

Pflichtfeld.

6. Erworbener Nachname (NOMEA)

Bei weiblichen Patienten ist der eventuell erworbene Nachname einzugeben.

Bei Patientinnen, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird der erworbene Nachname nicht erhoben.

7. Geschlecht (SESSO)

Das Geschlecht des Patienten eingeben.

Zu verwendende Codes:

1 = männlich;

2 = weiblich.

Pflichtfeld.

8. Geburtsdatum (DNASCITA)

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

Das Datum ist im Format TTMMJJJJ einzugeben.

Pflichtfeld.

9. Geburtsgemeinde (COM NASC)

Gibt die Geburtsgemeinde des Patienten an. Zu verwenden ist der ISTAT-Code, dessen ersten drei Kennziffern für die Provinz stehen (Provinz Bozen = 021) und die darauffolgenden die fortlaufende Nummer der Gemeinde in der Provinz darstellen.

Bei im Ausland geborenen Patienten wird der Code 999 anstelle des Codes der Provinz eingegeben, gefolgt vom Code des ausländischen Staates gemäß Definition des Innenministeriums für das Bevölkerungsmelderegister.

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

Ist der Patient im Ausland geboren, aber der ausländische Staat ist nicht bekannt, den Code 999998 verwenden.

Sind keine Daten zum Geburtsort des Patienten vorhanden, den Code 999999 eingeben.

Bei Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, sind nur die ersten drei Kennziffern der Provinz gemäß ISTAT-Kodierung einzugeben (Bsp.: Im Fall eines anonymen Patienten, der in der Provinz Bozen geboren ist, wird '021000' eingegeben). Ist die Provinz nicht bekannt oder ist die Person im Ausland geboren, nur die ersten drei Ziffern mit '999' ausfüllen (Bsp.: Im Fall eines anonymen Patienten, der in einer nicht bekannten Provinz oder im Ausland geboren ist, '999000' eingeben).

Im Falle von Patienten, die in ursprünglich zu Italien gehörenden Gemeinden geboren wurden (z. B. Gemeinden in Istrien), muss der spezifische ISTAT-Code für die Gemeinde eingegeben werden, auch wenn dieser Code heute nicht mehr gültig ist).

Pflichtfeld.

10. Familienstand (S CIVILE)

Den Familienstand des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme eingeben.

Zu verwendende Codes:

- 1 = ledig;
- 2 = verheiratet;
- 3 = getrennt;
- 4 = geschieden;
- 5 = verwitwet;
- 6 = nicht erklärt.

Pflichtfeld.

11. Wohnsitzgemeinde (COM RES)

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

Es wird dasselbe Kodierungssystem wie für die Variable „Geburtsgemeinde“ verwendet:

- 6-stelliger ISTAT-Code der italienischen Gemeinden im Fall von in Italien ansässigen Patienten;
- für die in der Provinz Bozen ansässigen Patienten stehen die ersten 3 Ziffern für die Provinz (Provinz Bozen = 021) und die nachfolgenden 3 für die Gemeinde;

- im Falle von Patienten, die im Ausland ansässig sind, der Code 999, gefolgt vom Code des ausländischen Staates gemäß Definition des Innenministeriums.

Für die Neugeborenen muss die Wohnsitzgemeinde der Mutter angegeben werden, unbeschadet der Bestimmungen des Gesetzes Nr. 127 vom 15. Mai 1997.

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

Ist der Patient Ausländer und der ausländische Staat ist nicht bekannt, 999998 verwenden.

Ist die Gemeinde nicht bekannt, 999999 verwenden.

Hat der Patient keinen festen Wohnsitz, 999999 verwenden.

Pflichtfeld.

12. Staatsbürgerschaft (C CITT)

Gibt die Staatsbürgerschaft des Patienten an.

Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Definition des Innenministeriums.

Für Staatenlose ist der Code 999 einzugeben.

Bei unbekannter Staatsbürgerschaft den Code 998 verwenden.

Pflichtfeld.

13. Sanitätsnummer (LIBRETTO)

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

Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst eingetragen und wird er in einem öffentlichen Krankenhaus aufgenommen, wird die Sanitätsnummer automatisch mit einem Berechnungsverfahren generiert, das dem Patient auf der Grundlage der meldeamtlichen Daten einen eindeutigen Code zuweist.

Bei Personen, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, wird ein fiktiver Code generiert.

Beispiel:

Nummer des Sanitätsbüchleins = 6g1/14456346/1 ⇒ 14456346BBBBBBBB wobei B= Leerzeichen.

Nummer des Sanitätsbüchleins = F12/0103015311/4 ⇒ 0103015311BBBBBB Pflichtfeld.

14. Steuernummer (FISCALE)

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

Für Ausländer ohne reguläre Einreise- und Aufenthaltsgenehmigung ist der 16-stellige Regionalcode STP (vorübergehend anwesender Ausländer) einzutragen (Code bestehend aus STP + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000).

Diese Variable ist für nicht-ansässige Ausländer und für gesunde Neugeborene nicht auszufüllen. Bei Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, wird die Variable ebenfalls nicht ausgefüllt.

15. Wohnsitzregion (REG RES)

Die Region, in welcher der Patient seinen Wohnsitz hat.

Die Wohnsitzregion muss nicht mit der Betreuungsregion übereinstimmen.

Für die im Ausland ansässigen Patienten ist der Code des ausländischen Staates einzugeben.

Die Kodierung bezieht sich auf den 3-stelligen Code des Gesundheitsministeriums (Ministerialdekret vom 17.09.86) oder auf den Code des Innenministeriums für die ausländischen Staaten.

Das Feld erscheint automatisch auf der Grundlage der Wohnsitzgemeinde.

Ist die Wohnsitzgemeinde nicht bekannt (COM_RES = 999999 oder 999998 oder 999997), ist der Code 999 einzugeben.

Pflichtfeld.

16. Wohnsitzgesundheitsbezirk/Wohnsitzsanitätsbetrieb (ASL RES)

Der Gesundheitsbezirk oder der Sanitätsbetrieb (für Nicht-Ansässige), zu dem die Wohnsitzgemeinde des Patienten gehört.

Die Kodierung nimmt auf den 3-stelligen Code des Gesundheitsministeriums Bezug (Ministerialdekret vom 17.09.86).

Das Feld wird für die im Ausland Ansässigen nicht ausgefüllt.

Dieses Feld muss korrekt ausgefüllt werden, um Anfechtungen seitens anderer Regionen zu vermeiden. Ist der Wohnsitzgesundheitsbezirk/Wohnsitzsanitätsbetrieb nicht bekannt, den Code 999 eingeben.

Für die in Italien ansässigen Patienten wird dieses Feld, falls es nicht vom Gesundheitsbezirk ausgefüllt wird, von der Provinz ausgefüllt (auf der Grundlage der Wohnsitzgemeinde).

Ist die Wohnsitzgemeinde nicht bekannt (z. B. bei Patienten ohne festen Wohnsitz oder anonymen Patienten), muss der Code 999 eingeben werden.

Pflichtfeld für die in Italien ansässigen Patienten (Code der italienischen Gemeinde unter der Variable „Wohnsitzgemeinde“).

17. Betreuungsregion (REG ASS)

Die Region, zu welcher der betreuende Sanitätsbetrieb gehört.

Die Betreuungsregion muss nicht mit der Wohnsitzregion übereinstimmen.

Die Kodierung nimmt auf den 3-stelligen Code des Gesundheitsministeriums Bezug (Ministerialdekret vom 17.09.86).

Das Feld wird für die im Ausland ansässigen Patienten nicht ausgefüllt.

Für die in Italien ansässigen Patienten, die jedoch im Ausland versichert sind, den Code 999 (Region nicht bekannt) für die Betreuungsregion und den Code 997 (Eintragung/Wahl des Arztes im Ausland) für den Betreuungsgesundheitsbezirk/Betreuungssanitätsbetrieb eingeben.

18. Betreuungsgesundheitsbezirk/Betreuungssanitätsbetrieb (ASL ASS)

Der Gesundheitsbezirk oder der Sanitätsbetrieb (für die Nicht-Ansässigen), bei dem der Patient gemeldet ist.

Die Kodierung nimmt auf den 3-stelligen Code des Gesundheitsministeriums Bezug (Ministerialdekret vom 17.09.86).

Das Feld wird für die im Ausland Ansässigen nicht ausgefüllt.

Für die in Italien ansässigen Patienten, die jedoch im Ausland versichert sind, den Code 999 (Region nicht bekannt) für die Betreuungsregion und den Code 997 (Eintragung/Wahl des Arztes im Ausland) für den Betreuungsgesundheitsbezirk/Betreuungssanitätsbetrieb eingeben.

19. Ausländischer Wohnsitz (RES EST)

Beschreibung des ausländischen Wohnsitzortes des Patienten.

20. Ausländische Krankenkasse (CAS EST)

Beschreibung der ausländischen Krankenkasse, bei welcher der ausländische Patient versichert ist.

21. Adresse der ausländischen Krankenkasse (I CASEST)

Adresse der ausländischen Krankenkasse, bei welcher der ausländische Patient versichert ist.

22. PLZ der ausländischen Krankenkasse (C CASEST)

Postleitzahl des Sitzes der ausländischen Krankenkasse.

23. Identifikationsart des Patienten (TIPO ID)

Angaben, worauf sich der Code des Feldes COD_ID (Code des Patienten) 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 betreuter Bürger)¹.

Pflichtfeld.

¹ Rundschreiben des Ressorts für Gesundheit, 7/4/2008, Prot. Nr. 23.2/5507/193474 – „Circolare esplicativa a seguito della comunicazione del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 concernente l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari indigenti dimoranti in Italia“

24. Code des Patienten (COD ID)

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

Für Ausländer ohne reguläre Einreise- und Aufenthaltsgenehmigung ist der 16-stellige Regionalcode STP (vorübergehend anwesender Ausländer) einzutragen (Code bestehend aus STP + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000).

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

Für anonyme Patienten: 20 mal „X“ eingeben.

Im Falle von nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgern müssen die persönliche ID-Nummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises (TEAM) und die Versicherungsdaten des Patienten in die TEAM-Felder eingetragen werden.

Für die Nicht-EU-Bürger ohne TEAM-Ausweis, die den Leistungstarif selbst zahlen müssen (SPAG), wird der 20-stellige Regionalcode SPAG eingegeben (Code bestehend aus SPAG + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer).

Für Ausländer aus konventionierten Ländern (ASC - sonstige konventionierte Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp) muss der 20-stellige Regionalkode ASC eingegeben werden (Code bestehend aus ASC + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer).

Für mittellose ausländische EU-Bürger (CTA) muss der 20-stellige Regionalcode CTA eingegeben werden (Code bestehend aus CTA + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer). Die fortlaufende Nummer entspricht der Sanitätsnummer, die vom Landeseinwohnerregister der Betreuungsberechtigten bei der Zuweisung des CTA-Codes generiert wird.

Pflichtfeld.

25. TEAM-ID (N TEAM)

Die Identifikationsnummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises: fortlaufender Regionalcode. Der Regionalcode bezieht sich auf die Region des Wohnsitzsanitätsbetriebs des Patienten zum Zeitpunkt der Ausstellung des Ausweises.

Pflichtfeld, falls es sich um einen nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürger mit TEAM-Ausweis handelt (Code 4 unter der Variable „Identifikationsart des Patienten“).

26. Code der TEAM-Institution (COD IST)

Pflichtfeld, falls es sich um einen nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürger mit TEAM-Ausweis handelt (Code 4 unter der Variable „Identifikationsart des Patienten“).

27. Sigle der TEAM-Institution (DEN IST)

Pflichtfeld, falls es sich um einen nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürger mit TEAM-Ausweis handelt (Code 4 unter der Variable „Identifikationsart des Patienten“).

28. TEAM-Staat (ST_ESTERO)

Pflichtfeld, falls es sich um einen nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürger mit TEAM-Ausweis handelt (Code 4 unter der Variable „Identifikationsart des Patienten“).

29. Art der vom TEAM vorgesehenen Betreuung TEAM (TIPO_TEAM)

Die Art der Betreuung mit „E111“ oder „E106“ nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis angeben.

Pflichtfeld, falls es sich um einen nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürger mit TEAM-Ausweis handelt (Code 4 unter der Variable „Identifikationsart des Patienten“).

30. Ablaufdatum des TEAM-Ausweises (DATA_SCAD)

Den Tag, den Monat und das Jahr im Format TTMMJJJJ angeben.

Pflichtfeld, falls es sich um einen nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürger mit TEAM-Ausweis handelt (Code 4 unter der Variable „Identifikationsart des Patienten“).

31. Studientitel (TITOLO)

Gibt den Studientitel des Patienten an.

Zulässige Werte:

- 1 = Laureatabschluss;
- 2 = Universitätsdiplom oder dreijähriger Laureatabschluss;
- 3 = Oberschulabschluss;
- 4 = Mittelschulabschluss;
- 5 = Grundschulabschluss oder keiner;
- 9 = nicht bekannt.

Pflichtfeld.

32. Übermittlung

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

Zulässige Werte:

- I = Eingabe;
- V = Änderung;
- C = Löschung.

„I“ ist der Code für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten.

„V“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen.

„C“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.

Ein übermittelter Datensatz kann nur geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Geänderte

Daten können nur erneut geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Gelöschte Daten können nur als neu eingegebene Daten (Eingabe) übermittelt werden (Code I).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zu den meldeamtlichen Daten (Datensatzformat 1) löscht das System auch die damit verknüpften Tätigkeitsdaten (Datensatzformat 2).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zu den Tätigkeiten (Datensatzformat 2) löscht das System auch die damit verknüpften meldeamtlichen Daten (Datensatzformat 1).

Pflichtfeld.

33. Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person (PRES COD ID)

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

Folgende Codes sind zu verwenden:

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

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

Pflichtfeld.

34. Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person (TS COD ID)

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

Folgende Codes sind zu verwenden:

0 = Steuerkennzeichen,

1 = CRS-Code,

2 = ENI-Code,

3 = EHIC-Code,

99 = Code in der Datenbank nicht vorhanden

Pflichtfeld.

DATENSATZFORMAT 2: TÄTIGKEITEN

1. Nummer des Hospice-Bogens (NOSOGRAF)

Die Nummer des Hospice-Bogens entspricht der ID-Nummer des Krankenblattes.

Der zu verwendende Code besteht aus 10 Zeichen; die ersten 4 stehen für das Aufnahmejahr, die anderen 6 sind die fortlaufende Nummerierung in einem Jahr.

Die fortlaufende Nummerierung ist eindeutig, unabhängig von der Art des Aufenthalts (ordentlicher Aufenthalt oder Tageshospice-Aufenthalt), sodass jede Nummer den einzelnen Aufenthalt eindeutig festlegt.

Pflichtfeld.

2. Leistungserbringende Einrichtung (ISTITUTO)

Gibt die Hospice-Einrichtung an, die den Patient aufgenommen hat.

In Erwartung der Annahme des vom „Mattone 1“ „Klassifizierung der Einrichtungen“ vorgeschlagenen Modells, das in das Neue Gesundheitsinformationssystem anhand des Überwachungsprojektes „Überwachung des Betreuungsnetzes“ aufgenommen wird, werden für das Feld die Codes der Ministerialmodelle HSP.11, HSP.11bis und STS.11 verwendet.

Pflichtfeld.

3. Art der Herkunftseinrichtung (PROVEN)

Gibt die Herkunftseinrichtung oder den Herkunftsort des Patienten an.

Zulässige Werte:

1 = Haus des Patienten, ohne aktive häusliche Palliativbehandlung;

2 = Haus des Patienten, mit aktiver häuslicher Palliativbehandlung;

3 = stationäre soziosanitäre Einrichtung;

4 = soziale Einrichtung;

5 = Krankenhauseinrichtung;

6 = Rehabilitationseinrichtung;

9 = Sonstiges.

Pflichtfeld.

Zu den stationären soziosanitären Einrichtungen (Code 3) gehören die Altersheime, das Pflegeheim „Firmian“, die Privatklinik „Martinsbrunn“ und die Pflegestätte „Sarnthein“.

Zu den Krankenhauseinrichtungen (Code 5) gehören die anderen Abteilungen desselben Krankenhauses oder andere Krankenhäuser.

Zu den Rehabilitationseinrichtungen gehören die Privatkliniken „Bonvicini“ und „Villa Melitta“.

4. Art des Aufenthalts (REGRIC)

Die Art des Aufenthalts unterscheidet sich in „ordentlicher Aufenthalt“ und „Tageshospice-Aufenthalt“.

Dabei sind folgende 1-stellige Codes zu verwenden:

1 = ordentlich;

2 = Tageshospice.

Wird der Code 2 eingegeben, muss auch die Variable „Gesamtzahl der Zugänge zum Tageshospice“ ausgefüllt werden.

Pflichtfeld.

5. Datum der Aufnahme (D_RICOSP)

Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an.

Das Datum ist im Format TTMMJJJJhhmm einzugeben.

Pflichtfeld.

6. Angewandter Tagerstarif (TARPRO)

Gibt die Tarifkomponente zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes an.

Zahlenwert zwischen 0,01 und 999999,99.

Das Feld wird auf Landesebene ausgefüllt.

7. Datum des Aufnahmeantrags (D_RICH)

Gibt das Datum auf der ärztlichen Verschreibung an, welche die Aufnahme des Patienten vorschlägt.

Das Datum ist im Format TTMMJJJJ einzugeben.

8. Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags (D_RICEZ)

Gibt das Datum an, zu dem die Hospice-Einrichtung den Aufnahmeantrag (Verschreibung) erhalten hat.

Das Datum ist im Format TTMMJJJJ einzugeben.

9. Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes (PATOLOGIA)

Gibt an, welche Pathologie für das Krankheitsbild verantwortlich ist. Es kann nur eine einzige Pathologie angegeben werden.

Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden.

Pflichtfeld.

10. Hauptgrund für die Aufnahme (MOTIVO)

Gibt den Hauptgrund an, aus welchem die Aufnahme beantragt wurde.

Zulässige Werte:

1 = klinisch;

2 = nichtklinisch.

Pflichtfeld.

11. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 1 (SINTOMO1)

Gibt das nicht anders kontrollierbare klinische Anzeichen/Krankheitssymptom an, das der Aufnahme zugrunde liegt.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung die Diagnose aus der Tabelle wählen.

Pflichtfeld.

Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom	ICD-9-CM-Kodierung
Delir durch andernorts klassifizierte pathologische Zustände	293.0
Angststörung, nicht näher bezeichnet (Angst)	300.00
Dysthymia (reaktive Depression, Stimmungstrübung)	300.4
Schmerz in Verbindung mit Neoplasie (akut, chronisch)	338.3
Blutung, unspezifisch	459.0
Störungen der Speichelsekretion (Xerostomie-Ptyalismus)	527.7

Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom	ICD-9-CM-Kodierung
Dyspepsie und sonstige Störungen der Magenfunktion	536.8
Sonstiger Darmverschluss: komplett oder inkomplett	560.39
Sonstige Obstipation	564.09
Blutung des Rektums und Anus	569.3
Hämatemesis	578.0
Meläna und Hämatochezie	578.1
Nicht näher bezeichneter (oder unspezifischer) Pruritus	698.9
Dekubitus (andere Lokalisationen)	707.09
Zervikalneuralgie (Schmerzen im Bereich Kopf-Hals)	723.1
Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	724.1
Schmerzen der Extremitäten	729.5
Koma	780.01
Vorübergehende Bewusstseinsstörung (oder Verlust) (Verwirrtheit)	780.02
Sonstige Bewusstseinsstörungen (Somnolenz, Sopor, Stupor)	780.09
Nicht näher bezeichnete Schlafstörungen	780.50
Insomnie, nicht näher bezeichnet	780.52
Sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (Asthenie SAI)	780.79
Hyperhidrosis, generalisiert (übermäßige Schweißsekretion)	780.8
Schmerz, generalisiert	780.96
Abnorme unwillkürliche Bewegungen (Tremor)	781.0
Sensibilitätsstörungen der Haut	782.0
Ödem (Haut)	782.3
Gelbsucht, nicht näher bezeichnet	782.4
Inappetenz	783.0
Abnorme Gewichtsabnahme	783.21
Sonstige Dyspnoe und Störungen der Atmung	786.09
Husten	786.2
Hämoptyse	786.3
Sonstige Brustschmerzen	786.59
Schluckauf	786.8
Erbrechen mit Übelkeit	787.01
Übelkeit (allein)	787.02
Erbrechen (allein)	787.03
Dysphagie	787.2
Unfreiwilliger Stuhlabgang	787.6
Diarrhoe	787.91
Sonstiger und näher bezeichneter Harnverhalt	788.29
Sonstige Harninkontinenz	788.39
Anurie und Oligurie	788.5
Bauchschmerzen und Schmerzen mit anderen bezeichneten Lokalisationen	789.09
Aszites	789.5
Kachexie	799.4
Palliativbehandlung	V66.7

12. Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 2 (SIN-TOMO2)

Gibt ein weiteres, nicht anders kontrollierbares klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das der Aufnahme zugrunde liegt.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung die Diagnose aus der Tabelle wählen.

13. Nichtklinischer Grund 1 (NO CLIN1)

Gibt den nichtklinischen Grund an, welcher der Aufnahme zugrunde liegt.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung den Grund aus der Tabelle wählen.

Pflichtfeld bei MOTIVO=2.

Nichtklinischer Grund	ICD-9-CM-Kodierung
Inadäquate Unterkunft	V60.1
Alleinlebende Person	V60.3
Pflegeperson nicht verfügbar	V60.4
Stationäre Aufnahme zur temporären Entlastung der familiären Betreuung	V60.5
Problem mit Bezug auf nicht näher bezeichnete psychosoziale Umstände (existenzpsychologisches Leid)	V62.9
Sonstige Gründe für die Kontaktaufnahme mit den Diensten (Wahl des Kranken als Betreuungsstätte)	V65.8

14. Nichtklinischer Grund 2 (NO CLIN2)

Gibt einen weiteren nichtklinischen Grund an, welcher der Aufnahme zugrunde liegt.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung den Grund aus der Tabelle der Variable „Nichtklinischer Grund“ wählen.

15. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1 (SINT PR1)

Gibt das klinische Anzeichen/Krankheitssymptom an, das die meisten Ressourcen der Einrichtung beansprucht hat.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung die Diagnose aus der Tabelle der Variable „Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar“ wählen.

Pflichtfeld.

16. Primäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2 (SINT PR2)

Gibt ein weiteres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das die meisten Ressourcen der Einrichtung beansprucht hat.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung die Diagnose aus der Tabelle der Variable „Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar“ wählen.

17. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1 (SINT SE1)

Gibt ein weiteres Anzeichen/Krankheitssymptom an, das in der Einrichtung behandelt wird.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung die Diagnose aus der Tabelle der Variable „Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar“ wählen.

18. Sekundäres klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2 (SINT SE2)

Gibt ein zusätzliches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das in der Einrichtung behandelt wird.

In Verwendung der ICD-9-CM-Kodierung die Diagnose aus der Tabelle der Variable „Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar“ wählen.

19. Makroleistung 1 (PRESTAZ01)

Gibt die Makroleistung der Betreuung an.

Zulässige Werte:

1 = Schmerzkontrolle;

2 = Dyspnoe-Kontrolle;

3 = Kontrolle der Magendarmsymptome (Übelkeit, Erbrechen etc.);

4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome (Angstneurosen, Agitiertheit, Delir etc.);

5 = komplexe Wundversorgungen;

6 = Terminalsedierung/Palliativsedierung;

7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern (Fisteln, Geschwüre, Stomien, Drainagen, weitreichende Hautverletzungen etc.);

8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie;

9 = Pflege des Patienten (teilweise oder vollständig pflegebedürftig);

99 = sonstige Makroleistung.

Pflichtfeld.

20. Makroleistung 2 (PRESTAZ02)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

21. Makroleistung 3 (PRESTAZ03)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

22. Makroleistung 4 (PRESTAZ04)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

23. Makroleistung 5 (PRESTAZ05)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

24. Makroleistung 6 (PRESTAZ06)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

25. Makroleistung 7 (PRESTAZ07)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

26. Makroleistung 8 (PRESTAZ08)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

27. Makroleistung 9 (PRESTAZ09)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

28. Makroleistung 10 (PRESTAZ10)

Weitere Makroleistung, die die geleistete Betreuung beschreibt. Die zulässigen Werte sind dieselben wie bei Makroleistung 1.

29. Entlassungsdatum (D_DIMOSP)

Gibt das Datum der Entlassung des Patienten an.

Das Datum ist im Format TTMMJJJJhhmm einzugeben.

Pflichtfeld.

30. Art der Entlassung (MOD_DIM)

Gibt den Grund an, weshalb die Betreuung abgeschlossen wurde.

Zulässige Werte:

1 = verstorben,

2 = ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause;

3 = Entlassung des Patienten in stationäre, krankenhausexterne Einrichtungen;

4 = Entlassung des Patienten nach Hause mit häuslicher Versorgung;

6 = Verlegung ins Krankenhaus;

20 = Entlassung des Patienten mit häuslicher Palliativbehandlung;

99 = Sonstiges.

Pflichtfeld.

31. Gesamtzahl der Zugänge zum Tageshospice (GGANNODH)

Diese Daten sind nur für die Tageshospice-Aufenthalte (Code 2 unter der Variable „Art des Aufenthalts“) einzugeben. Sie bezeichnen die Gesamtzahl der Tage, an denen der Patient im Laufe desselben Betreuungszyklus mit der Aufnahmeeinrichtung Kontakt hatte.

Für die Tageshospice-Zyklen, die sich über den 31. Dezember hinausziehen, entspricht das Entlassungsdatum dem 31. Dezember jedes Jahres.

Pflichtfeld für die Tageshospice-Aufenthalte (Code 2 unter der Variable „Art des Aufenthalts“).

32. Übermittlung

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

Zulässige Werte:

I = Eingabe;

V = Änderung;

C = Löschung.

„I“ ist der Code für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten.

„V“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen.

„C“ ist der Code für die Übermittlung von Daten, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.

Ein übermittelter Datensatz kann nur geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Geänderte Daten können nur erneut geändert oder gelöscht werden (Code V oder C). Gelöschte Daten können nur als neu eingegebene Daten (Eingabe) übermittelt werden (Code I).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zu den meldeamtlichen Daten (Datensatzformat 1) löscht das System auch die damit verknüpften Tätigkeitsdaten (Datensatzformat 2).

Im Falle der Löschung eines Datensatzes zu den Tätigkeiten (Datensatzformat 2) löscht das System auch die damit verknüpften meldeamtlichen Daten (Datensatzformat 1).

Pflichtfeld.

8. AUFGABEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN

Für eine gute Verwaltung des Informationsverfahrens müssen die Aufgaben und Zuständigkeiten des in die Erhebung mit einbezogenen Personals präzise abgesteckt werden.

Die **Kodierung** der klinischen Daten im Hospice-Bogen (Pathologie, klinische Anzeichen und Krankheitssymptome) muss durch entsprechend geschultes ärztliches Personal erfolgen und muss sowohl die Reihenfolge als auch den Inhalt der im Hospice-Bogen enthaltenen Formulierung beachten.

Für die **Verwaltung, Koordinierung und Supervision** der Tätigkeiten sind die Sanitätskoordinatoren der Gesundheitsbezirke zuständig. Deren Aufgabe ist es:

- die Kontrollen an den erhobenen Daten durchzuführen;
- auf die Qualität der Ausfüllung und Kodierung der im Bogen enthaltenen Informationen zu achten;
- zu prüfen, dass der Informationsfluss den Landesleitlinien entspricht;
- für die Schulung des kodierenden Personals zu sorgen;
- für die korrekte Verwendung der Daten zu sorgen und die Ärzte über das Informationspotenzial der nosologischen Daten zu unterrichten;
- die periodische Revision der Landesleitlinien zu fördern.

Der Arzt der für die Entlassung aus der Hospice-Einrichtung zuständigen Abteilung (vom Abteilungsleiter ernannt) ist **verantwortlich** für die korrekte Ausfüllung des Bogens sowohl in Bezug auf die klinischen Daten als auch auf die meldeamtlichen Daten des Patienten in Übereinstimmung mit den Vorgaben dieser Leitlinien.

Jeder Abteilungsleiter oder leitende Arzt für die Privatkliniken (Beschluss der Landesregierung Nr. 7963 vom 17.12.1990, Art. 27) hat die Verantwortung für die Ausfüllung des Entlassungsbogens zu übernehmen.

Der Abteilungsleiter oder dessen Beauftragter hat sich laufend mit der Sanitätsdirektion abzusprechen und muss die Verwendung der Daten fördern.

9. KONTROLLSYSTEM

Die Verwendung der Hospice-Daten macht akkurate Systeme für die Kontrolle der Datenqualität auf Genauigkeit und Vollständigkeit unerlässlich (nicht nur zu statistisch-epidemiologischen, sondern auch zu wirtschaftlichen Zwecken), um nicht klassifizierbare oder ungenau beschriebene Fälle zu vermeiden.

Jeder Gesundheitsbezirk ist verpflichtet, das automatische Kontrollsystem zu aktivieren und gemäß den neuen Bestimmungen zu aktualisieren.

Das Land prüft die Daten des Entlassungsbogens auf ihre Vollständigkeit, Übereinstimmung und Genauigkeit anhand der automatischen Kontrolle und überwacht die Korrektheit der Kodierung gemäß den Landeskodierungsregeln des Anhangs 3.

ANHANG 1: DATENSATZFORMAT FÜR DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DIE SIAG**Meldeamtliche Daten (ARCHIV 1)**

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
1	ISTITUTO	Leistungserbringende Einrichtung	AN	8	1	8	NN		MD 19/03/88, MD 6/9/88; MD 23/12/96 (z. B. BZ = 041001).
2	NOSOGRAF	Nummer des Hospice-Bogens	AN	10	9	18	NN		JJJJ+NNNNNN
3	NR_SCHED	Nummer des Abteilungsbo-gens	N	8	19	26	NN		NNNNNNNN
4	COG	Nachname	AN	30	27	56	NN		
5	NOME	Vorname	AN	20	57	76	NN		
6	NOMEA	Erworbener Nachname	AN	20	77	96			
7	SESSO	Geschlecht	AN	1	97	97	NN	1, 2	1 = männlich; 2 = weiblich.
8	DNASCITA	Geburtsdatum	Datum	8	98	105	NN		TTMMJJJJ
9	COM_NASC	Geburtsge-meinde	AN	6	106	111	NN		ISTAT-Code der Ge-meinde (z. B. Bozen = 021008). Nicht bekannte italieni-sche Gemeinde: 999997. Ausländer und nicht be-kannter Staat: 999998. Nicht bekannt: 999999.
10	S_CIVILE	Familienstand	AN	1	112	112	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = ledig; 2 = verheiratet; 3 = getrennt; 4 = geschieden; 5 = verwitwet; 6 = nicht erklärt; für Neugeborene 1 oder 6.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
11	COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN	6	113	118	NN		ISTAT-Code der Gemeinde (z. B. Bozen = 021008). Ausländischer Wohnsitz: 999+Code des Staates. Ausländer und nicht bekannter Staat: 999998. Nicht bekannt oder ohne festen Wohnsitz: 999999. Nicht bekannte italienische Gemeinde: 999997. Für die Neugeborenen muss die Wohnsitzgemeinde der Mutter angegeben werden, unbeschadet der Bestimmungen des Gesetzes Nr. 127 vom 15. Mai 1997.
12	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	3	119	121	NN		Codes des Innenministeriums (z. B. 100=Italien). Staatenlose = 999. Nicht bekannt = 998. Anonym = 998.
13	LIBRETTO	Sanitätsnummer	AN	16	122	137	NN		Verknüpft mit Datenbank der Versorgungsberechtigten. Bei fehlender Verknüpfung mit der Datenbank der Versorgungsberechtigten: Die Ziffern zwischen den Querstrichen „/“ der Nummer des Sanitätsbüchleins ohne die letzten beiden Ziffern, die das Geburtsdatum darstellen, verwenden. Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst eingetragen und wird er in einem öffentlichen Krankenhaus aufgenommen, wird die Sanitätsnummer automatisch mit einem Berechnungsverfahren generiert, das dem Patient auf der Grundlage der meldeamtlichen Daten einen eindeutigen Code zuweist. Bei anonymen Patienten muss ein fiktiver Code eingegeben werden. Linksbündig ausgerichtet.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
14	FISCALE	Steuernummer	AN	16	138	153			Code des Finanzministeriums. Für Ausländer ohne reguläre Einreise- und Aufenthaltsgenehmigung: Code STP. Nicht auszufüllen für nicht-ansässige Ausländer, gesunde Neugeborene und anonyme Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
15	REG_RES	Wohnsitzregion	AN	3	154	156	NN		Für im Ausland ansässige Patienten: Code des ausländischen Staates. Falls nicht bekannt = 999. Codes MD 17/09/86. Codes des Innenministeriums für ausländische Staaten.
16	ASL_RES	Wohnsitzgesundheitsbezirk/Wohnsitzsanitätsbetrieb	AN	3	157	159			Pflichtfeld für die in Italien ansässigen Patienten. Für Patienten mit nicht bekannter Wohnsitzgemeinde oder anonyme Patienten: 999. Falls nicht bekannt = 999.
17	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	3	160	162			Codes MD 17/09/86. Nicht auszufüllen für im Ausland ansässige Patienten. Falls nicht bekannt = 999. Für in Italien ansässige, aber im Ausland versicherte Patienten = 999.
18	ASL_ASS	Betreuungsgesundheitsbezirk/Betreuungs-sanitätsbetrieb	AN	3	163	165			Für in Italien ansässige, aber im Ausland versicherte Patienten = 997. Codes MD 17/09/86.
19	RES_EST	Ausländischer Wohnsitz	AN	25	166	190			
20	CAS_EST	Ausländische Krankenkasse	AN	40	191	230			
21	I_CASEST	Adresse der ausländischen Krankenkasse	AN	40	231	270			
22	C_CASEST	PLZ der ausländischen Krankenkasse	AN	10	271	280			

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
23	TIPO_ID	Identifikationsart des Patienten	AN	1	281	281	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, A	1 = Steuernummer; 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer); 3 = AA (anonym); 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer); 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer); 6 = ASC (sonstiger konventionierter Ausländer); 9 = CTA (vorübergehend betreuter Bürger); A = HIC (Rentner und Arbeiterfamilien, die in einem anderen Land als das Familienoberhaupt ansässig sind).

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
24	COD_ID	Code des Patienten	AN	20	282	301	NN		Steuernummer für in Italien ansässige Patienten und Betreute des NGD. 20-stelliger Regionalcode STP (vorübergehend anwesender Ausländer), bestehend aus STP + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer. Steuernummer für Neugeborene. Für anonyme Patienten: 20 mal „X“. Persönliche ID-Nummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises (TEAM) für Patienten, die bei ausländischen Institutionen versichert sind. 20-stelliger Regionalcode SPAG (selbstzahlender Ausländer), bestehend aus SPAG + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer. 20-stelliger Regionalcode ASC (sonstiger konventionierter Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp), bestehend aus ASC + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer. 20-stelliger Regionalcode CTA (vorübergehend betreuter Bürger), bestehend aus CTA + Code der Region + Code des Sanitätsbetriebs + fortlaufende Nummer. Regionalcode HIC (Rentner und Familienmitglieder von Arbeitern, die in einem anderen Land als das Familienoberhaupt ansässig sind), bestehend aus HIC + Code der Region 041 + Code des Sanitätsbetriebs 201 + folgenden Siglen: PT (für Rentner), PF (für Familienmitglied eines Rentners), FL (für Familienmitglied eines Arbeiters E109), FD (für Familienmitglied eines Arbeiters E106) + fortlaufende eindeutige Nummer innerhalb des Sanitätsbetriebs ab 10001.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
25	N_TEAM	Identifikationsnummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises (TEAM)	AN	20	302	321			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
26	COD_IST	Code der TEAM-Institution	AN	15	322	336			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
27	DEN_IST	Sigle der TEAM-Institution	AN	30	337	366			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
28	ST_ESTERO	TEAM-Staat	AN	2	367	368			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
29	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Betreuung	AN	4	369	372			Auszufüllen nur mit „E111“ oder „E106“ in Abhängigkeit der Betreuung, nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
30	DATA_SCAD	Ablaufdatum des TEAM-Ausweises	Datum	8	373	380			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
31	TITOLO	Bildungsgrad	AN	1	381	381		1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = Laureatabschluss; 2 = Universitätsdiplom oder dreijähriger Laureatabschluss; 3 = Oberschulabschluss; 4 = Mittelschulabschluss; 5 = Grundschulabschluss oder keiner; 9 = nicht bekannt.
32	TRASMISSIONE	Art der Übermittlung des Datensatzes	AN	1	382	382		I, V, C	Die Art der Übermittlung bezieht sich auf den vollständigen Datensatz (bestehend aus den Feldern der drei Archive). I = Eingabe; V = Änderung; C = Löschung.
33	PRES_ID_COD	Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person	AN	1	383	383		0, 1	0=gültiger Identifikationscode (vorhanden in der MEF-Datenbank); 1=falscher Identifikationscode (nicht vorhanden in der MEF-Datenbank)

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
34	TS_COD_ID	Typologie des Identifikations-codes der versorgten Person	AN	2	384	385		0, 1, 2, 3, 99	0=Steuerkennzeichen; 1=CRS-Code; 2=ENI-Code; 3=EHIC-Code; 99=Code in der Datenbank nicht vorhanden

Tätigkeiten (ARCHIV 2)

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
1	ISTITUTO	Leistungserbringende Einrichtung	AN	8	1	8	NN		MD 19/3/88, MD 6/9/88, MD 23/12/96 (z. B. BZ = 041001).
2	NOSOGRAP	Nummer des Hospice-Bogens	AN	10	9	18	NN		JJJJ+NNNNNN
3	NR_SCHED	Nummer des Abteilungs-bogens	N	8	19	26	NN		Auszufüllen mit 00000001.
4	PROVEN	Art der Herkunftseinrichtung	AN	1	27	27	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1 = Haus des Patienten, ohne aktive häusliche Palliativbehandlung; 2 = Haus des Patienten, mit aktiver häuslicher Palliativbehandlung; 3 = stationäre soziosanitäre Einrichtung; 4 = soziale Einrichtung; 5 = Krankenhauseinrichtung; 6 = Rehabilitationseinrichtung; 9 = Sonstiges.
5	REGRIC	Art des Aufenthalts	AN	1	28	28	NN	1, 2	1 = ordentlich; 2 = Tageshospice.
6	D_RICOSP	Datum und Uhrzeit der Aufnahme	Datum	12	29	40	NN		TTMMJJJJHHMM
7	D_RICH	Datum des Aufnahmeantrags	Datum	8	41	48			TTMMJJJJ
8	D_RICEZ	Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags	Datum	8	49	56			TTMMJJJJ
9	PATOLOG	Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes	AN	5	57	61	NN		(Siehe Tabelle der ICD-9-CM-Kodierung). Linksbündig ausgerichtet.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
10	MOTIVO	Hauptgrund für die Aufnahme	AN	1	62	62	NN		1 = klinisch; 2 = nichtklinisch.
11	SINTOMO1	Anzeichen oder Symptom 1	AN	6	63	68	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
12	SINTOMO2	Anzeichen oder Symptom 2	AN	6	69	74	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
13	NO_CLIN1	Nichtklinischer Grund 1	AN	6	75	80	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
14	NO_CLIN2	Nichtklinischer Grund 2	AN	6	81	86	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
15	SINT_PR1	Primäres Anzeichen oder Symptom 1	AN	6	87	92	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
16	SINT_PR2	Primäres Anzeichen oder Symptom 2	AN	6	93	98	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
17	SINT_SE1	Sekundäres Anzeichen oder Symptom 1	AN	6	99	104	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
18	SINT_SE2	Sekundäres Anzeichen oder Symptom 2	AN	6	105	110	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
19	PRESTAZ01	Makroleistung 1	AN	2	111	112	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören / Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
20	PRESTAZ02	Makroleistung 2	AN	2	113	114	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhal- tenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminalsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.
21	PRESTAZ03	Makroleistung 3	AN	2	115	116	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhal- tenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminalsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
22	PRESTAZ04	Makroleistung 4	AN	2	117	118	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhalten- spsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.
23	PRESTAZ05	Makroleistung 5	AN	2	119	120	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhalten- spsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
24	PRESTAZ06	Makroleistung 6	AN	2	121	122	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhal- tenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminalsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.
25	PRESTAZ07	Makroleistung 7	AN	2	123	124	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhal- tenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminalsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
26	PRESTAZ08	Makroleistung 8	AN	2	125	126	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhalten- spsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.
27	PRESTAZ09	Makroleistung 9	AN	2	127	128	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magen- darmsymptome; 4 = Kontrolle der verhalten- spsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundver- sorgungen; 6 = Terminsedierung/ Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbil- dern; 8 = Anhören / Unterstüt- zung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleis- tung.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
28	PRESTAZ10	Makroleistung 10	AN	2	129	130	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 99	1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung/Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören / Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
20	D_DIMOSP	Datum und Uhrzeit der Entlassung oder des Todes	Datum	12	131	142	NN		TTMMJJJJHHMM
21	MOD_DIM	Art der Entlassung	AN	2	143	144	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 20, 99	1 = verstorben; 2 = ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause; 3 = Entlassung des Patienten in stationäre, krankenhausexterne Einrichtungen; 4 = Entlassung des Patienten nach Hause mit häuslicher Versorgung; 6 = Verlegung ins Krankenhaus; 20 = Entlassung des Patienten mit häuslicher Palliativbehandlung; 99 = Sonstiges.
22	GGANNODH	Gesamtzahl der Zugänge zum Tageshospice	N	3	145	147			Pflichtfeld bei REGRIC=2.
23	TRASMISSIONE	Art der Übermittlung des Datensatzes	AN	1	148	148		I, V, C	Die Art der Übermittlung bezieht sich auf den vollständigen Datensatz (bestehend aus den Feldern der drei Archive). I = Eingabe; V = Änderung; C = Löschung.

ANHANG 2: DATENSATZFORMAT DES ARCHIVS VISTA

Das Archiv VISTA besteht aus den verknüpften Archiven 1 (meldeamtliche Daten) und 2 (Aufnahme, Betreuung und Abschluss) gemäß Anhang 1, **ohne die Felder „COG“, „NOME“, „NOMEA“ und „COD_ID“**. **Das Feld „LIBRETTO“ des Archivs Vista muss mit der verschlüsselten Sanitätsnummer** ausgefüllt werden, die derzeit für die anderen Gesundheitsinformationsflüsse verwendet wird. Die Felder des Archivs 2 „D_RICOSP“ (Datum und Uhrzeit der Aufnahme) und „D_DIMOSP“ (Datum und Uhrzeit der Entlassung oder des Todes) wurden geändert: Die Uhrzeit wurde vom Datum getrennt, was zur Schaffung von zwei neuen Feldern geführt hat. Die Daten dieses Archivs sind im Datawarehouse enthalten.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
ISTITUTO	Leistungserbringende Einrichtung	AN	8	NN		MD 19/3/88, MD 6/9/88, MD 23/12/96 (z. B. BZ = 041001).
NOSOGRAF	Nummer des Hospice-Bogens	AN	10	NN		JJJJ+NNNNNN
SESSO	Geschlecht	AN	1	NN	1, 2	1 = männlich; 2 = weiblich;
DNASCITA	Geburtsdatum	Datum	8	NN		TTMMJJJJ
COM_NASC	Geburtsgemeinde	AN	6	NN		ISTAT-Code der Gemeinde (z. B. Bozen = 021008) oder Code des Innenministeriums für im Ausland Geborene (z. B. Albanien 999101). Nicht bekannte italienische Gemeinde: 999997. Ausländer und nicht bekannter Staat: 999998. Nicht bekannt: 999999
S_CIVILE	Familienstand	AN	1	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6	1 = ledig; 2 = verheiratet; 3 = getrennt; 4 = geschieden; 5 = verwitwet; 6 = nicht erklärt.
LIBRETTO	Sanitätsnummer	AN	16	NN		Verschlüsselte Sanitätsnummer. Linksbündig ausgerichtet.
REG_RES	Wohnsitzregion	AN	3	NN		Für im Ausland ansässige Ausländer: Code des ausländischen Staates. Falls nicht bekannt = 999. Codes MD 17/09/86. Codes des Innenministeriums für ausländische Staaten.
ASL_RES	Wohnsitzsanitätsbetrieb	AN	3			Pflichtfeld für die in Italien ansässigen Patienten. Für Patienten mit nicht bekannter Wohnsitzgemeinde oder anonyme Patienten: 999. Falls nicht bekannt = 999.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
REG_ASS	Betreuungsregion	AN	3			Codes MD 17/09/86. Nicht auszufüllen für im Ausland ansässige Patienten. Falls nicht bekannt = 999. Für in Italien ansässige, aber im Ausland versicherte Patienten = 999.
ASL_ASS	Betreuungssanitätsbetrieb	AN	3			Für in Italien ansässige, aber im Ausland versicherte Patienten = 997. Codes MD 17/09/86.
COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN	6	NN		ISTAT-Code der Gemeinde (z. B. Bozen = 021008). Ausländischer Wohnsitz: 999+Code des Staates. Ausländer und nicht bekannter Staat: 999998. Nicht bekannt oder ohne festen Wohnsitz: 999999. Nicht bekannte italienische Gemeinde: 999997. Für die Neugeborenen muss die Wohnsitzgemeinde der Mutter angegeben werden, unbeschadet der Bestimmungen des Gesetzes Nr. 127 vom 15. Mai 1997.
RES_EST	Ausländischer Wohnsitz	AN	25			
CAS_EST	Ausländische Krankenkasse	AN	40			
I_CASEST	Adresse der ausländischen Krankenkasse	AN	40			
C_CASEST	PLZ der ausländischen Krankenkasse	AN	10			
TIPO_ID	Identifikationsart des Patienten	AN	1	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1 = Steuernummer; 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer); 3 = AA (anonym); 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer); 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer); 6 = ASC (sonstiger konventionierter Ausländer); 9 = CTA (vorübergehend betreuter Bürger).
N_TEAM	Identifikationsnummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises (TEAM)	AN	20			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
COD_IST	Code der TEAM-Institution	AN	15			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
DEN_IST	Sigle der TEAM-Institution	AN	30			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
ST_ESTERO	TEAM-Staat	AN	2			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Betreuung	AN	4			Auszufüllen nur mit „E111“ oder „E106“ in Abhängigkeit der Betreuung, nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
DATA_SCAD	Ablaufdatum des TEAM-Ausweises	Datum	8			Auszufüllen nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis.
C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	3	NN		Codes des Innenministeriums (z. B. 100=Italien). Staatenlose =999. Nicht bekannt = 998. Anonym = 998.
TITOLO	Bildungsgrad	AN	1		1, 2, 3, 4, 5	1 = Laureatabschluss; 2 = Universitätsdiplom oder dreijähriger Laureatabschluss; 3 = Oberschulabschluss; 4 = Mittelschulabschluss; 5 = Grundschulabschluss oder keiner; 9 = nicht bekannt.
NR_SCHED	Nummer des Abteilungsbo-gens	N	8	NN		Auszufüllen mit 00000001.
PROVEN	Art der Herkunftseinrichtung	AN	1	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1 = Haus des Patienten, ohne aktive häusliche Palliativbehandlung; 2 = Haus des Patienten, mit aktiver häuslicher Palliativbehandlung; 3 = stationäre soziosanitäre Einrichtung; 4 = soziale Einrichtung; 5 = Krankenhauseinrichtung; 6 = Rehabilitationseinrichtung; 9 = Sonstiges.
REGRIC	Art des Aufenthalts	AN	1	NN	1, 2	1 = ordentlich; 2 = Tageshospice.
D_RICOSP	Aufnahmedatum	Datum	8	NN		TTMMJJJJ
D_RICH	Datum des Aufnahmeantrags	Datum	8			TTMMJJJJ
D_RICEZ	Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags	Datum	8			TTMMJJJJ
PATOLOGIA	Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes	AN	5	NN		(Siehe Tabelle der ICD-9-CM-Kodierung). Linksbündig ausgerichtet.
MOTIVO	Hauptgrund für die Aufnahme	AN	1	NN		1 = klinisch; 2 = nichtklinisch.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
SINTOMO1	Anzeichen oder Symptom 1	AN	5	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
SINTOMO2	Anzeichen oder Symptom 2	AN	5			(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
NO_CLIN1	Nichtklinischer Grund 1	AN	5			(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
NO_CLIN2	Nichtklinischer Grund 2	AN	5			(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
SINT_PR1	Primäres Anzeichen oder Symptom 1	AN	5	NN		(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
SINT_PR2	Primäres Anzeichen oder Symptom 2	AN	5			(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
SINT_SE1	Sekundäres Anzeichen oder Symptom 1	AN	5			(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
SINT_SE2	Sekundäres Anzeichen oder Symptom 2	AN	5			(Siehe Tabelle der verfügbaren Codes). Linksbündig ausgerichtet.
PRESTAZ01	Makroleistung 1	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
PRESTAZ02	Makroleistung 2	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
PRESTAZ03	Makroleistung 3	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
PRESTAZ04	Makroleistung 4	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
PRESTAZ05	Makroleistung 05	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
PRESTAZ06	Makroleistung 6	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
PRESTAZ07	Makroleistung 7	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
PRESTAZ08	Makroleistung 8	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
PRESTAZ09	Makroleistung 9	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
PRESTAZ10	Makroleistung 10	AN	2	NN		1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome; 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome; 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminalsedierung / Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern; 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten; 99 = sonstige Makroleistung.
D_DIMOSP	Datum der Entlassung oder des Todes	Datum	8	NN		TTMMJJJJ
MOD_DIM	Art der Entlassung	AN	2	NN	1, 2, 3, 4, 5, 6, 20, 99	1 = verstorben; 2 = ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause; 3 = Entlassung des Patienten in stationäre, krankenhausexterne Einrichtungen; 4 = Entlassung des Patienten nach Hause mit häuslicher Versorgung; 6 = Verlegung ins Krankenhaus; 20 = Entlassung des Patienten mit häuslicher Palliativbehandlung; 99 = Sonstiges.
GGANNODH	Gesamtzahl der Zugänge zum Tageshospice	N	3			Pflichtfeld bei REGRIC=2.
TRASMISSIONE	Art der Übermittlung des Datensatzes	AN	1			Die Art der Übermittlung bezieht sich auf den vollständigen Datensatz (bestehend aus den Feldern der drei Archive). I = Eingabe; V = Änderung; C = Löschung.

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. Werte	Anmerkungen
ID_REC	Eindeutiger Identifikationscode	AN	88	NN		Der Wert wird laut Abschnitt 5.3.1 generiert.
PRES_COD_ID	Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person	AN	1		0,1	0=gültiger Identifikationscode (vorhanden in der MEF-Datenbank); 1=falscher Identifikationscode (nicht vorhanden in der MEF-Datenbank)
TS_COD_ID	Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person	AN	2		0,1,2,3,9 9	0=Steuerkennzeichen; 1=CRS-Code; 2=ENI-Code; 3=EHIC-Code; 99=Code in der Datenbank nicht vorhanden;

Zu diesem Archiv kommen folgende Variablen hinzu:

Name	Beschreibung	Typ	Länge	Null	Zul. W.	Anmerkungen
T_RICOSP	Uhrzeit der Aufnahme	Uhrzeit	4			HHMM
T_DIMOSP	Uhrzeit der Entlassung	Uhrzeit	4			HHMM
TARPRO	Landestarif	N	9	NN		
DEG_OSP	Dauer des Aufenthalts in der Hospice-Einrichtung	N	4	NN		Differenz zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum aus dem Hospice abzüglich der Abwesenheitstage.
GGPERTOT	Gesamtzahl der Abwesenheitstage	N	2			Summe der Abwesenheitstage der Abteilung
IMP_FATT	Rechnungsbetrag	N	9			NICHT AUSZUFÜLLEN
ASS_SESSO	Geschlecht	AN	1			Kontrollvariable aus der Kreuzung mit anderen Datenbanken.
ASS_DATA_NA	Geburtsdatum	Datum	8			Kontrollvariable aus der Kreuzung mit anderen Datenbanken.
ASS_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	3			Kontrollvariable aus der Kreuzung mit anderen Datenbanken.
ASS_COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN	6			Kontrollvariable aus der Kreuzung mit anderen Datenbanken.
ASS_REG_RES	Wohnsitzregion	AN	3			Kontrollvariable aus der Kreuzung mit anderen Datenbanken.
ASS_ASL_RES	Betreuungssanitätsbetrieb	AN	3			Kontrollvariable aus der Kreuzung mit anderen Datenbanken.
ASS_PROVENIENZA	Herkunft der Daten	AN	1			A = Meldeamt; F = KEB-Fluss; M = gemischt.
ETA_ANNO	Alter	N	3			Berechnet als Differenz zwischen Geburtsjahr und Analysejahr.
ETA_PRES	Alter	N	3			Berechnet als Differenz zwischen Geburtsdatum und Entlassungsdatum.

ANHANG 3: AUTOMATISCHE DATENQUALITÄTSKONTROLLEN

LEGENDE:

OBB V: verbindliches Pflichtfeld

OBB: Pflichtfeld unter bestimmten Umständen

A) MELDEAMTLICHE DATEN

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
1. ISTITUTO Leistungserbringende Einrichtung	AN (8)	OBB V	Pflicht Prüfung auf Vorhandensein des Codes der Einrichtung in der Liste der Codes der Einrichtungen.
2. NOSOGRAF Nosographischer Code	AN (10)	OBB V Länge 10; die ersten 4 Ziffern stehen für das Aufnahmejahr, die nachfolgenden sind die fortlaufende Nummer der Einrichtung in einem Jahr.	Pflicht JJJJ = JAHR DES AUFNAHMEDATUMS JJJJ+NNNNNN
3. NR_SCHED Nummer des Abteilungsbogens	N(8)	OBB	Auszufüllen mit 00000001.
4. COG Nachname	AN (30)	OBB V	Pflicht Prüfung auf ungültige Zeichen.
5. NOME Vorname	AN (20)	OBB V	Pflicht Prüfung auf ungültige Zeichen.
6. NOMEA Erworbener Nachname	AN (20)		Prüfung der Übereinstimmung mit Geschlecht = 2. Prüfung auf ungültige Zeichen.
7. SESSO Geschlecht	AN (1)	OBB V	Pflicht 1 = männlich; 2 = weiblich.
8. DNASCITA Geburtsdatum	Datum (8)	OBB V	Pflicht Prüfung auf Gültigkeit des Datums im Format TTMMJJJJ. Geburtsdatum muss vor dem Systemdatum liegen. Geburtsdatum muss vor dem Aufnahmedatum liegen (kann nur für die in der Einrichtung Neugeborenen übereinstimmen). Geburtsdatum kann nicht 120 Jahre vor dem Aufnahmedatum liegen.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
9. COM_NASC Geburtsgemeinde	AN (6)	OBB V	Pflicht ISTAT-Codes der italienischen Gemeinden; 999+Codes des Innenministeriums für ausländische Staaten. Falls die erste 3 Zeichen = „999“, Prüfung auf Vorhandensein der Gemeinde in der Liste der ausländischen Staaten. Ansonsten Prüfung auf Vorhandensein der Geburtsgemeinde in der Liste der Gemeinden. Andere mögliche Codes: 999997, falls in Italien geboren, aber Gemeinde nicht bekannt; 999998 = falls im Ausland geboren und der ausländische Staat ist nicht bekannt; 999999 = nicht bekannt.
10. S_CIVILE Familienstand	AN (1)	OBB V	Pflicht Muss zwischen 1 und 6 liegen.
11. COM_RES Wohnsitz	AN (6)	OBB V	Pflicht ISTAT-Codes der italienischen Gemeinden; Codes des Innenministeriums für ausländische Staaten. Falls die erste 3 Zeichen = „999“, Prüfung auf Vorhandensein der Gemeinde in der Liste der ausländischen Staaten. Ansonsten Prüfung auf Vorhandensein des Wohnsitzes in der Liste der Gemeinden. Andere mögliche Codes: 999997 (italienische Gemeinde nicht bekannt); 999998 (ansässig im Ausland und Gemeinde nicht bekannt); 999999 (keine Informationen).
12. C_CITT Staatsbürgerschaft	AN (3)	OBB	Prüfung auf Vorhandensein des ausländischen Staates in der Liste der ausländischen Staaten. Andere Codes: 999 für Staatenlose; 998 für nicht bekannt oder anonym.
13. LIBRETTO Sanitätsnummer	AN (16)	OBB V	Pflicht Prüfung des Codes anhand des automatischen Verfahrens in Bezug auf die meldeamtliche Datenbank. Linksbündig ausgerichtet.
14. FISCALE Steuernummer	AN (16)		Code des Finanzministeriums. Falls Steuernummer nicht mit „Leerzeichen“ ausgefüllt ist, sind die Zeichen 7-11 wie folgt zu prüfen: 7-8: Zeichen entsprechen den letzten beiden Zeichen des Geburtsjahres; 9: Zeichen entspricht dem Geburtsmonat A=Januar, B=Februar, C=März, D= April, E=Mai, H=Juni, L=Juli, M=August, P=September, R=Oktober, S=November, T=Dezember; 10-11: Zeichen = vom Geburtstag ist bei Wert > 40 die Zahl 40 abzuziehen; 10-11: Zeichen entspricht Geschlecht (bei <40 Geschlecht=M, bei > 40 Geschlecht=F).
15. REG_RES Wohnsitzregion	AN (3)	OBB V	Pflicht Prüfung auf Vorhandensein des Codes der Wohnsitzregion in der Liste der Regionen oder in der Liste der ausländischen Staaten. Codes des Gesundheitsministeriums und Codes des Innenministeriums für ausländische Staaten. Prüfung der Übereinstimmung mit der Wohnsitzgemeinde. Falls Gemeinde nicht bekannt COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997 → REG_RES= „999“.
16. ASL_RES Wohnsitzgesundheitsbezirk/Wohnsitzsanitätsbetrieb	AN (3)	OBB	Pflicht bei italienischer Wohnsitzgemeinde Prüfung auf Vorhandensein des Paares Gemeinde/Region und Wohnsitzsanitätsbetrieb in der Liste der Sanitätsbetriebe oder Code ASL_RES= „Leerzeichen“, falls der Code der Wohnsitzregion (REG_RES) in der Liste der ausländischen Staaten vorhanden ist oder falls der Code der Wohnsitzregion (REG_RES) = „999“ . MD 17/9/86.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
17. REG_ASS Betreuungsregion	AN (3)	OBB	Prüfung auf Vorhandensein des Codes der Region in der Liste der Regionen. Codes des Gesundheitsministeriums (MD 17/9/86).
18. ASL_ASS Betreuungssanitätsbetrieb	AN (3)		Prüfung auf Vorhandensein des Paars Region und Code des Betreuungssanitätsbetriebs in der Liste der Sanitätsbetriebe oder Code des Betreuungssanitätsbetriebs = „Leerzeichen“, falls Code der Betreuungsregion = „Leerzeichen“. Codes des Gesundheitsministeriums (MD 17/9/86).
19. RES_EST Ausländischer Wohnsitzstaat	AN (25)		Prüfung des ausländischen Staates in der Wohnsitzgemeinde.
20. CAS_EST Beschreibung der ausländischen Krankenkasse	AN (40)		Prüfung des ausländischen Staates in der Wohnsitzgemeinde.
21. I_CASEST Adresse der ausländischen Krankenkasse	AN (40)		Prüfung des ausländischen Staates in der Wohnsitzgemeinde.
22. C_CASET PLZ der ausländischen Krankenkasse	AN (10)		Prüfung des ausländischen Staates in der Wohnsitzgemeinde.
23. TIPO_ID Identifikationsart des Patienten	AN (1)	OBB V	Pflicht 1 = Steuernummer; 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer); 3 = AA (anonym); 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer); 5 = SPAG (selbstzahlender Ausländer); 6 = ASC (sonstiger konventionierter Ausländer); 9 = CTA (vorübergehend betreuter Bürger).

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
24. COD_ID Code des Patienten	AN (20)	OBB V	Pflicht Falls TIPO_ID = 1, mit Steuernummer des Finanzministeriums ausfüllen (die Zeichen 7-11 werden wie folgt überprüft): 7-8: Zeichen entsprechen den letzten beiden Zeichen des Geburtsjahres; 9: Zeichen entspricht dem Geburtsmonat A=Januar, B=Februar, C=März, D= April, E=Mai, H=Juni, L=Juli, M=August, P=September, R=Oktober, S=November, T=Dezember; 10-11: Zeichen = vom Geburtstag ist bei Wert > 40 die Zahl 40 abzuziehen; 10-11: ZEICHEN ENTSPRICHT DEM GESCHLECHT (FALLS <40 GESCHLECHT=M, FALLS > 40 GESCHLECHT=F). Falls TIPO_ID = 2, mit Code STP ausfüllen: STP + Code der Region (3) + Code des Sanitätsbetriebs (3) + fortlaufende Nummer. Falls TIPO_ID = 3, mit 20 mal „X“ ausfüllen. Falls TIPO_ID = 4, mit TEAM-Code ausfüllen. Falls TIPO_ID = 5, mit Code SPAG ausfüllen: SPAG + Code der Region (3) + Code des Sanitätsbetriebs (3) + fortlaufende Nummer. Falls TIPO_ID = 6, mit Code ASC ausfüllen: ASC + Code der Region (3) + Code des Sanitätsbetriebs (3) + fortlaufende Nummer. Falls TIPO_ID = 9, mit Code CTA ausfüllen: CTA + Code der Region (3) + Code des Sanitätsbetriebs (3) + fortlaufende Nummer.
25. N_TEAM TEAM-ID	AN (20)	OBB	Falls TIPO_ID = 4, auszufüllen.
26. COD_IST Code der TEAM-Institution	AN (15)	OBB	Falls TIPO_ID = 4, auszufüllen.
27. DEN_IST Sigle der TEAM-Institution	AN (30)	OBB	Falls TIPO_ID = 4, auszufüllen.
28. ST_ESTERO TEAM-Staat	AN (2)	OBB	Falls TIPO_ID = 4, auszufüllen.
29. TIPO_TEAM Art der vom TEAM vorgesehenen Betreuung	AN (4)	OBB	Falls TIPO_ID = 4, auszufüllen. Der Wert muss „E106“ oder „E111“ sein; andernfalls muss das Feld leer bleiben.
30. DATA_SCAD Ablaufdatum des TEAM-Ausweises	Data (8)	OBB	Prüfung auf Gültigkeit des Formats TTMMJJJJ. Falls TIPO_ID = 4, auszufüllen.
31. TITOLO Bildungsgrad	AN (1)	OBB	1 = Laureatabschluss; 2 = Universitätsdiplom oder dreijähriger Laureatabschluss; 3 = Oberschulabschluss; 4 = Mittelschulabschluss; 5 = Grundschulabschluss oder keiner; 9 = nicht bekannt.

B)TÄTIGKEITEN

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
1. ISTITUTO Leistungserbringende Einrichtung	AN (8)	OBB V	Pflicht Prüfung auf Vorhandensein des Codes der Einrichtung in der Liste der Codes der Einrichtungen.
2. NOSOGRAF Nosographischer Code	AN (10) Länge 10; die ersten 4 Ziffern stehen für das Aufnahmejahr, die nachfolgenden sind die fortlaufende Nummer der Einrichtung in einem Jahr.	OBB V	Pflicht JJJJ = JAHR DES AUFNAHMEDATUMS. JJJJ+NNNNNN
3. NR_SCHED Nummer des Abteilungsbogens	N(8)		Auszufüllen mit 00000001.
32. PROVEN Art der Herkunftseinrichtung	AN (1)	OBB V	Pflicht 1 = Haus des Patienten, ohne aktive häusliche Palliativbehandlung; 2 = Haus des Patienten, mit aktiver häuslicher Palliativbehandlung; 3 = stationäre soziosanitäre Einrichtung; 4 = soziale Einrichtung; 5 = Krankenhauseinrichtung; 6 = Rehabilitationseinrichtung; 9 = Sonstiges.
33. REGRIC Art des Aufenthalts	AN (1)	OBB V	Pflicht 1 = ordentlicher Hospice-Aufenthalt; 2 = Tageshospice-Aufenthalt. Falls REGRIC = 2, darf sich der nosographische Code nicht (zeitlich) mit dem Aufenthalt derselben Sanitätsnummer (LIBRETTO) mit REGRIC = 1 in derselben Einrichtung (ISTITUTO) überlagern. Falls REGRIC = 1, darf sich der nosographische Code nicht (zeitlich) mit dem Aufenthalt derselben Sanitätsnummer (LIBRETTO) mit REGRIC = 2 in derselben Einrichtung (ISTITUTO) überlagern.
34. D_RICOSP Datum und Uhrzeit der Aufnahme	Datum (1 2)	OBB V	Pflicht Prüfung auf Gültigkeit des Formats TTMMJJJJHHMM. Aufnahmedatum muss vor dem Systemdatum liegen. Aufnahmedatum muss vor oder gleich dem Entlassungsdatum liegen. Überprüfung auf Konflikte mit anderen Aufnahmen desselben Patienten: Aufnahmedatum liegt hinter dem Entlassungsdatum von vorherigen Aufnahmen desselben Patienten. Aufnahmedatum muss hinter dem Geburtsdatum liegen (kann nur für die in der Einrichtung Neugeborenen übereinstimmen).

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
36. D_RICH Datum des Aufnahmeantrags	Datum (8)		Prüfung auf Gültigkeit des Formats TTMMJJJJ. Datum des Aufnahmeantrags vor/gleich Aufnahmedatum. Datum des Aufnahmeantrags hinter/gleich Geburtsdatum (gleich nur für Neugeborene).
37. D_RICEZ Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags	Datum (8)		Prüfung auf Gültigkeit des Formats TTMMJJJJ. Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags hinter/gleich dem Datum des Aufnahmeantrags (falls vorhanden). Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags vor/gleich dem Aufnahmedatum Aufnahmedatum hinter dem Geburtsdatum (oder gleich nur für die in der Einrichtung Neugeborenen).
38. PATOLOGIA Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes	AN (5)	OBB V	Pflicht Die ersten 3 Zeichen des Pathologiecodes dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Erstes Zeichen ungleich E bzw. M; falls formell korrekt kodifiziert, werden die folgenden Kontrollen ausgeführt: – Vorhandensein der 3-stelligen Codes in der Liste der Diagnosecodes mit 3 Ziffern – Nicht-Vorhandensein der ersten 3 Zeichen der Codes mit mehr als 3 Ziffern in der Liste der Diagnosecodes mit 3 Ziffern. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
39. MOTIVO Hauptgrund für die Aufnahme	AN (1)	OBB V	Pflicht 1 = klinisch; 2 = nichtklinisch.
40. SINTOMO1 Klinisches Anzeichen oder Krankheits-symptom, nicht anders kontrollierbar	AN (5)	OBB V	Die ersten 3 Zeichen des klinischen Anzeichens/Krankheitssymptoms dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
41. SINTOMO2 Weiteres klinisches Anzeichen oder Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar	AN (5)		Die ersten 3 Zeichen des klinischen Anzeichens/Krankheitssymptoms dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
42. NO_CLIN1 Nichtklinischer Grund	AN (5)	OBB	Das klinische Anzeichen/Krankheitssymptom darf nicht mit Leerzeichen kodifiziert sein. Erstes Zeichen gleich V. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Linksbündig ausgerichtet.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
43. NO_CLIN2 Weiterer nichtklinischer Grund	AN (5)		Das klinische Anzeichen/Krankheitssymptom darf nicht mit Leerzeichen kodifiziert sein. Erstes Zeichen gleich V. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Linksbündig ausgerichtet.
44. SINT_PR1 Primäres klinisches Anzeichen oder Krankheitssymptom 1	AN (5)	OBB V	Pflicht Die ersten 3 Zeichen des klinischen Anzeichens/Krankheitssymptoms dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
45. SINT_PR2 Weiteres primäres klinisches Anzeichen oder Krankheitssymptom	AN (5)		Die ersten 3 Zeichen des klinischen Anzeichens/Krankheitssymptoms dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
46. SINT_SE1 Sekundäres klinisches Anzeichen oder Krankheitssymptom	AN (5)		Die ersten 3 Zeichen des klinischen Anzeichens/Krankheitssymptoms dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.
47. SINT_SE2 Weiteres sekundäres klinisches Anzeichen oder Krankheitssymptom	AN (5)		Die ersten 3 Zeichen des klinischen Anzeichens/Krankheitssymptoms dürfen keine Leerzeichen sein und die letzten beiden Zeichen müssen Leerzeichen sein; oder die ersten 4 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein und das letzte Zeichen muss ein Leerzeichen sein, oder alle 5 Zeichen dürfen keine Leerzeichen sein. Vorhandensein der Codes in der Liste der Diagnosecodes. Überstimmung mit Geschlecht und Alter des Patienten. Linksbündig ausgerichtet.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
48. PRESTAZ (von 1 bis 10) Makroleistung	AN (2)	OBB V	Pflicht für PRESTAZ01 1 = Schmerzkontrolle; 2 = Dyspnoe-Kontrolle; 3 = Kontrolle der Magendarmsymptome (Übelkeit, Erbrechen etc.); 4 = Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome (Angstneurosen, Agitiertheit, Delir etc.); 5 = komplexe Wundversorgungen; 6 = Terminsedierung/Palliativsedierung; 7 = Behandlung von komplexen Krankheitsbildern (Fisteln, Geschwüre, Stomien, Drainagen, weitreichende Hautverletzungen etc.); 8 = Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; 9 = Pflege des Patienten (teilweise oder vollständig pflegebedürftig); 99 = sonstige Makroleistung.
49. D_DIMOSP Datum und Uhrzeit der Entlassung oder des Todes	Datum (1 2)	OBB V	Pflicht Prüfung auf Gültigkeit des Formats TTMMJJJJHHMM. Entlassungsdatum vor oder gleich dem Systemdatum. Entlassungsdatum hinter oder gleich dem Aufnahmedatum. Entlassungsdatum hinter oder gleich der Eröffnung der Abteilung. Entlassungsdatum vor oder gleich eventuellem Datum der Schließung der Abteilung. Überprüfung auf Konflikte mit anderen Aufnahmen desselben Patienten: Entlassungsdatum vor dem Aufnahmedatum nachfolgender Aufnahmen. Falls REGRIC = 2 Jahr des Aufnahmedatums = Jahr des Entlassungsdatums.
50. MOD_DIM Art der Entlassung	AN (2)	OBB V	Pflicht 1 = verstorben; 2 = ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause; 3 = Entlassung des Patienten in stationäre, krankenhausexterne Einrichtungen; 4 = Entlassung des Patienten nach Hause mit häuslicher Versorgung; 6 = Verlegung ins Krankenhaus; 20 = Entlassung des Patienten mit häuslicher Palliativbehandlung; 99 = Sonstiges.
51. GGANNODH Gesamtzahl der Zugänge zum Tageshospice	N (3)	OBB	Falls REGRIC = 2. Pflicht Weniger oder gleich der Differenz in Tagen zwischen Aufnahmedatum und Entlassungsdatum. Nicht auszufüllen bei REGRIC = 1.
52. TRASMISS Art der Übermittlung des Datensatzes	AN (1)	OBB V	Zukünftige Pflicht Zukünftig wird die Variable für die Datenübermittlung an das Ministerium verwendet; sie enthält Informationen zur Art der Aktualisierung des vollständigen Datensatzes (bestehend aus den Feldern der drei Archive). I=Eingabe; V=Änderung; C=Löschung.

ANHANG 4: DATENSATZFORMATE FÜR DIE DATENÜBERMITTLUNG AN DAS MINISTERIUM

Entsprechung zwischen den Flüssen und eventuelle Bearbeitung der Variablen vor der Übermittlung an das Ministerium:

Datensatzformat 1 „Aufnahme“

ÜBERMITTLUNG an SIAG	VISTA	ÜBERMITTLUNG an Gesundheitsministerium
TRASMISSIONE		Übermittlung
	LIBRETTO	
DNASCITA Das Geburtsjahr extrahieren.		Geburtsjahr
SESSO		Geschlecht
C_CITT Transkodieren vom 3-stelligen Code des Innenministeriums in Alpha2-Code; von 999 in ZZ; von 998 in XX.		Staatsbürgerschaft
TITOLO Transkodieren von 1 in 5; von 2 in 5; von 3 in 4; von 4 in 3; von 5 in 2; von 9 in 6.		Studententitel
REG_RES Transkodieren in 999 für im Ausland Ansässige.		Wohnsitzregion
ASL_RES Transkodieren in 201, falls REG_RES=041. Transkodieren in 999 für im Ausland Ansässige.		Wohnsitzsanitätsbetrieb
COM_RES Transkodieren von (999997, 999998) in 999999.		Wohnsitzgemeinde
COM_RES Den ausländischen Wohnsitzstaat extrahieren und transkodieren vom 3-stelligen Codes des Innenministeriums in den Alpha2-Code. Falls COM_RES=999997, nicht ausfüllen. Transkodieren von 999 in ZZ; von 998 in XX.		Ausländischer Wohnsitzstaat
REG_ASS Transkodieren in 041.		Aufnahmeregion
ASL_ASS Transkodieren in 201.		Aufnahmesanitätsbetrieb
ISTITUTO		Leistungserbringende Einrichtung

ÜBERMITTLUNG an SIAG	VISTA	ÜBERMITTLUNG an Gesundheitsministerium
D_RICOSP Ins Format JJJJ-MM-TT umwandeln.		Aufnahmedatum
		CUNI
PRES_COD_ID	PRES_COD_ID	Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person
TS_COD_ID	TS_COD_ID	Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person
ID_REC	ID_REC	eindeutiger Identifikationscode

Datensatzformat 2 „Tätigkeiten“

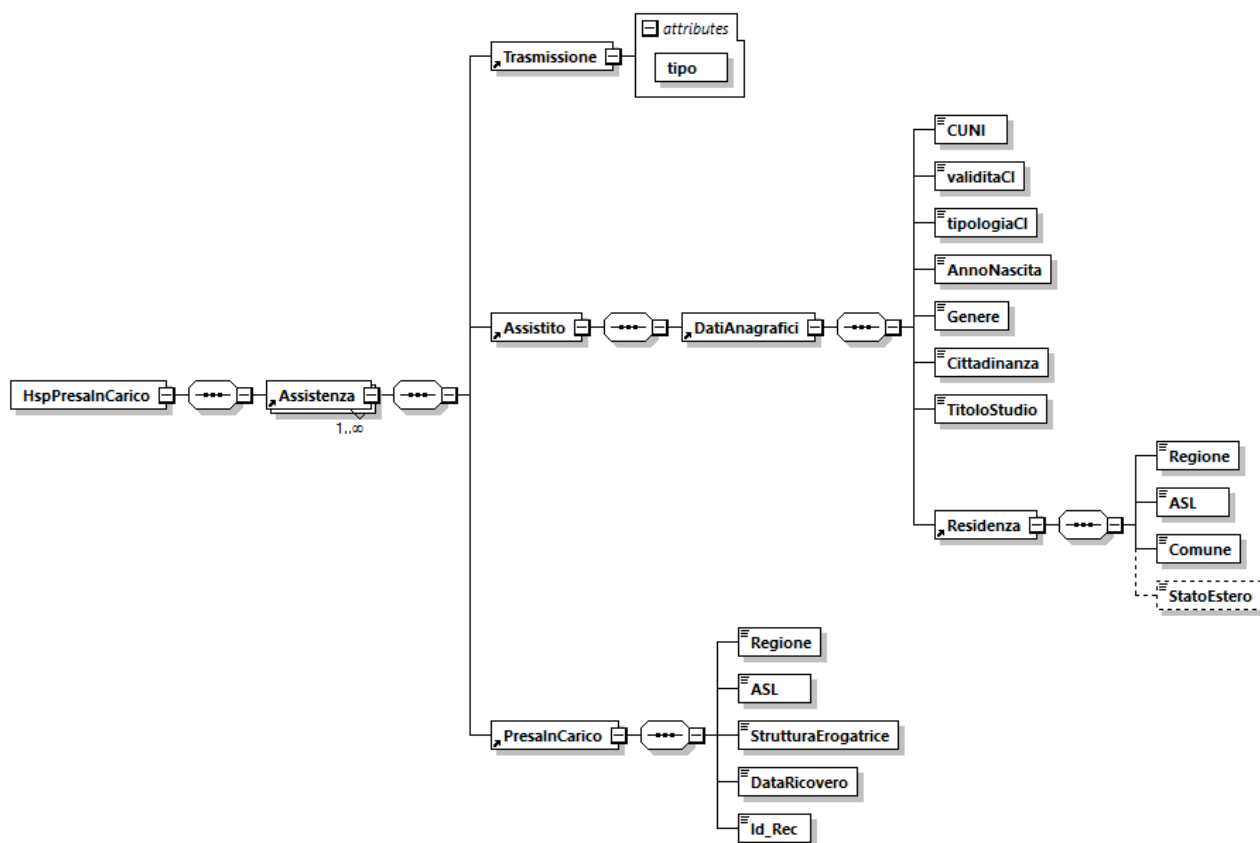
ÜBERMITTLUNG an SIAG	VISTA	ÜBERMITTLUNG an Gesundheitsministerium
TRASMISSIONE		Übermittlung
	LIBRETTO	Eindeutiger Code des Patienten
REG_ASS		Aufnahmeregion
ASL_ASS Transkodieren in 201.		Aufnahmesanitätsbetrieb
ISTITUTO		Leistungserbringende Einrichtung
D_RICOSP Ins Format JJJJ-MM-TT umwandeln.		Aufnahmedatum
	TARPRO teilen durch DEG_OSP	Tagestarif
PROVEN		Art der Herkunftseinrichtung
D_RICH Ins Format JJJJ-MM-TT umwandeln.		Datum des Aufnahmeantrags
D_RICEZ Ins Format JJJJ-MM-TT umwandeln.		Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags
PATOLOGIA Die ersten 3 Zeichen von links extrahieren (einschließlich '0').		Verantwortliche Pathologie des Krankheitsbildes
MOTIVO		Hauptgrund für die Aufnahme
SINTOMO1		Klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 1
SINTOMO2		Klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar 2
NO_CLIN1 Mit XXXXXX kodieren, falls das Feld nicht ausgefüllt sein sollte.		Nichtklinischer Grund 1
NO_CLIN2		Nichtklinischer Grund 2
SINT_PR1		Primäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 1
SINT_PR2		Primäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 2
SINT_SE1		Sekundäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 1
SINT_SE2		Sekundäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 2
PRESTAZ		Makroleistungen
D_DIMOSP Ins Format JJJJ-MM-TT umwandeln.		Entlassungsdatum
MOD_DIM		Art der Entlassung

ÜBERMITTLUNG an SIAG	VISTA	ÜBERMITTLUNG an Gesundheitsministerium
Transkodieren von 1 in 6; von 2 in 1; von 3 in 4; von 4 in 2; von 6 in 5; von 20 in 3; von 99 in 9.		
	ID_REC	eindeutiger Identifikationscode

Struktur des Datensatzformats 1 „Aufnahme“

Ereignis	Bezugsknoten	Feld (Schlüsselfelder in Rot)
	Übermittlung (<i>technisches Feld</i>)	Typ
Aufnahme	Meldeamtliche Daten	Eindeutiger nicht invertierbarer Identifikationscode (CUNI)
		Gültigkeit Identifikationscodes der versorgten Person
		Typologie des Identifikationscodes der versorgten Person
		Geburtsjahr
		Geschlecht
		Staatsbürgerschaft
		Studententitel
	Wohnsitz	Region
		Sanitätsbetrieb
		Gemeinde
		Ausländischer Staat
	Aufnahme	Region
		Sanitätsbetrieb
		Leistungserbringende Einrichtung
		Aufnahmedatum (logischer Schlüssel)
		Eindeutiger Identifikationscode

Diagramm des Datensatzformats 1 „Aufnahme“



Datensatzformat „Aufnahme“

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
Übermittlung	Typ	Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten verwendet wird.	A	OBB	Zulässige Werte: I: Eingabe; V: Änderung; C: Löschung. Der Code „I“ wird für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten verwendet. Der Code „V“ wird für die Übermittlung von Daten verwendet, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen. Der Code „C“ wird für die Übermittlung von Daten verwendet, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.	1
Patient	Eindeutiger Code	Gibt den Code des Patienten im Sinne der Verordnung des Gesundheitsministeriums an, die von der Datenschutzbehörde bei der Sitzung des Kollegiums am 28. Februar 2007 genehmigt wurde, sowie der Bestimmungen des Standard-Verordnungsschemas der Regionen, das von der Datenschutzbehörde bei der Sitzung vom 13. April 2006 genehmigt wurde.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD Das Feld darf maximal 32 Zeichen enthalten. Das Feld muss mit dem eindeutigen Code ausgefüllt werden, der aus dem Kodierungsprozess in Übereinstimmung mit dem regionalen Standard-Verordnungsschema generiert wurde (anwendbar sowohl auf die italienischen als auch ausländischen Bürger).	Max. 32

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
Wohnsitz	Region	Gibt die Region an, in welcher der Patient ansässig ist.	AN	OBB	Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Ministerialdekret vom 17. September 1986, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 240 vom 15. Oktober 1986 in geltender Fassung, der auch in den Modellen zur Erhebung der verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der lokalen Sanitätsbetriebe verwendet wird. Für einen im Ausland ansässigen Patient muss der Code 999 eingetragen werden.	3
	Gemeinde	Gibt die Gemeinde an, bei deren Einwohnermeldeamt der Patient eingetragen ist.	AN	OBB	Zu verwenden ist der ISTAT-Code, dessen erste 3 Ziffern für die Provinz stehen und die darauffolgenden Ziffern die fortlaufende Nummer der Gemeinde innerhalb jeder Provinz darstellen. Für einen im Ausland ansässigen Patient muss der Code 999999 eingetragen werden.	6
	Sanitätsbetrieb	Gibt den Wohnsitzsanitätsbetrieb des Patienten an.	AN	OBB	(Bezug: MRA (Überwachung des Betreuungsnetzes)) Zulässige Werte: - MRA-Stammdaten; - 999 = im Ausland ansässig.	3

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELD-LÄNGE
	Ausländischer Staat	Gibt des ausländischen Wohnsitzstaat des Patienten an.	A	NBB	Zu verwenden ist der Alpha2-Code (mit zwei Buchstaben) gemäß ISO 3166-Kodierliste. Falls ausgefüllt, sind die anderen Attribute zum Wohnsitz anzugeben mit: Code der Region=999, Code des Sanitätsbetriebs=999 und Code der Gemeinde = 999999. Aus Gründen der Folgerichtigkeit darf dieses Feld nie mit IT ausgefüllt werden. Weitere zulässige Werte: • XK = Kosovo; • XX = nicht bekannter ausländischer Wohnsitzstaat; • ZZ = Staatenlose.	2
Meldeamtliche Daten	Geburtsjahr	Gibt das Geburtsjahr des Patienten an.	N	OBB	Das Jahr ist im Format JJJJ einzugeben.	4
	Geschlecht	Gibt das Geschlecht des Patienten an.	N	OBB	Zulässige Werte: 1. männlich 2. weiblich	1
	Staatsbürgerschaft	Gibt die Staatsbürgerschaft des Patienten an.	A	OBB	Zu verwenden ist der Alpha2-Code (mit zwei Buchstaben) gemäß ISO 3166-Kodierliste. Bei nicht bekannter Staatsbürgerschaft: XX angeben Weitere zulässige Werte: • XK = Kosovo; • XX = Staatsbürgerschaft nicht bekannt; • ZZ = Staatenlose.	2

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Studentitel	Gibt den Studentitel des Patienten an.	N	OBB	Zulässige Werte: 1. keiner; 2. Grundschulabschluss; 3. Mittelschulabschluss; 4. Oberschulabschluss; 5. Laureatabschluss; 6. nicht bekannt.	1
Aufnahme	Region	Gibt die Region an, in der sich die Hospice-Einrichtung befindet, die den Patient aufgenommen hat.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Ministerialdekret vom 17. September 1986, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 240 vom 15. Oktober 1986 in geltender Fassung, der auch in den Modellen zur Erhebung der verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der lokalen Sanitätsbetriebe verwendet wird.	3
	Sanitätsbetrieb	Gibt den Sanitätsbetrieb an, in dessen Gebiet sich die Hospice-Einrichtung befindet.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD (Bezug: MRA (Überwachung des Betreuungsnetzes). Zulässige Werte: MRA-Stammdaten.	3

BEZUGSKNO- TEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELD- LÄNGE
	Leistungser- bringende Ein- richtung	Gibt die Hospice-Einrichtung an, die den Patient aufgenommen hat.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD In Erwartung der Annahme des vom „Mat- tone 1“ „Klassifizierung der Einrichtungen“ vorgeschlagenen Modells, das in das Neue Gesundheitsinformationssystem anhand des Überwachungsprojektes „Überwachung des Betreuungsnetzes“ aufgenommen wird, werden für das Feld die Codes der Ministe- rialmodelle HSP.11, HSP.11bis und STS.11 verwendet.	6/8
	Aufnahmeda- tum	Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an.	D	OBB	SCHLÜSSELFELD (logischer Schlüssel) Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT ein- zugeben.	10

XSD-Datensatzformat 1

Aktualisierungen unter der Adresse:

<http://www.nsis.salute.gov.it/>

```
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:simpleType name="Id_Rec">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="88"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="CUNI">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="88"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="validitaCI">
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:pattern value="[0-1]{1}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="tipologiaCI">
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:enumeration value="0"/>
      <xs:enumeration value="1"/>
      <xs:enumeration value="2"/>
      <xs:enumeration value="3"/>
      <xs:enumeration value="99"/>
    </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="cittadinanza">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[A-Z]{2}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="titoloStudio">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[1-6]{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:restriction>
  </xs:simpleType>
</xs:schema>
```

```

        <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="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:pattern value="100"/>
        <xs:pattern value="110"/>
        <xs:pattern value="120"/>
        <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="[0-9]{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="strutturaErogatrice">
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:minLength value="6"/>
        <xs:maxLength value="8"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:element name="Trasmissione">
    <xs:complexType>
        <xs:attribute name="tipo" type="tipoTrasmissione" use="required"/>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistito">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="DatiAnagrafici"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="DatiAnagrafici">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="CUNI" type="CUNI"/>
            <xs:element name="validitaCI" type="validitaCI"/>
            <xs:element name="tipologiaCI" type="tipologiaCI"/>
            <xs:element name="AnnoNascita" type="anno"/>
            <xs:element name="Genere" type="genere"/>
            <xs:element name="Cittadinanza" type="cittadinanza"/>
            <xs:element name="TitoloStudio" type="titoloStudio"/>
            <xs:element ref="Residenza"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="HspPresalInCarico">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element maxOccurs="unbounded" ref="Assistenza"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Assistenza">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element ref="Trasmissione"/>
            <xs:element ref="Assistito"/>
            <xs:element ref="PresalInCarico"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>
</xs:element>
<xs:element name="Residenza">
    <xs:complexType>
        <xs:sequence>
            <xs:element name="Regione" type="regioneResidenza"/>
            <xs:element name="ASL" type="codASL"/>
            <xs:element name="Comune" type="comune"/>
            <xs:element minOccurs="0" name="StatoEstero" type="statoEstero"/>
        </xs:sequence>
    </xs:complexType>

```

```

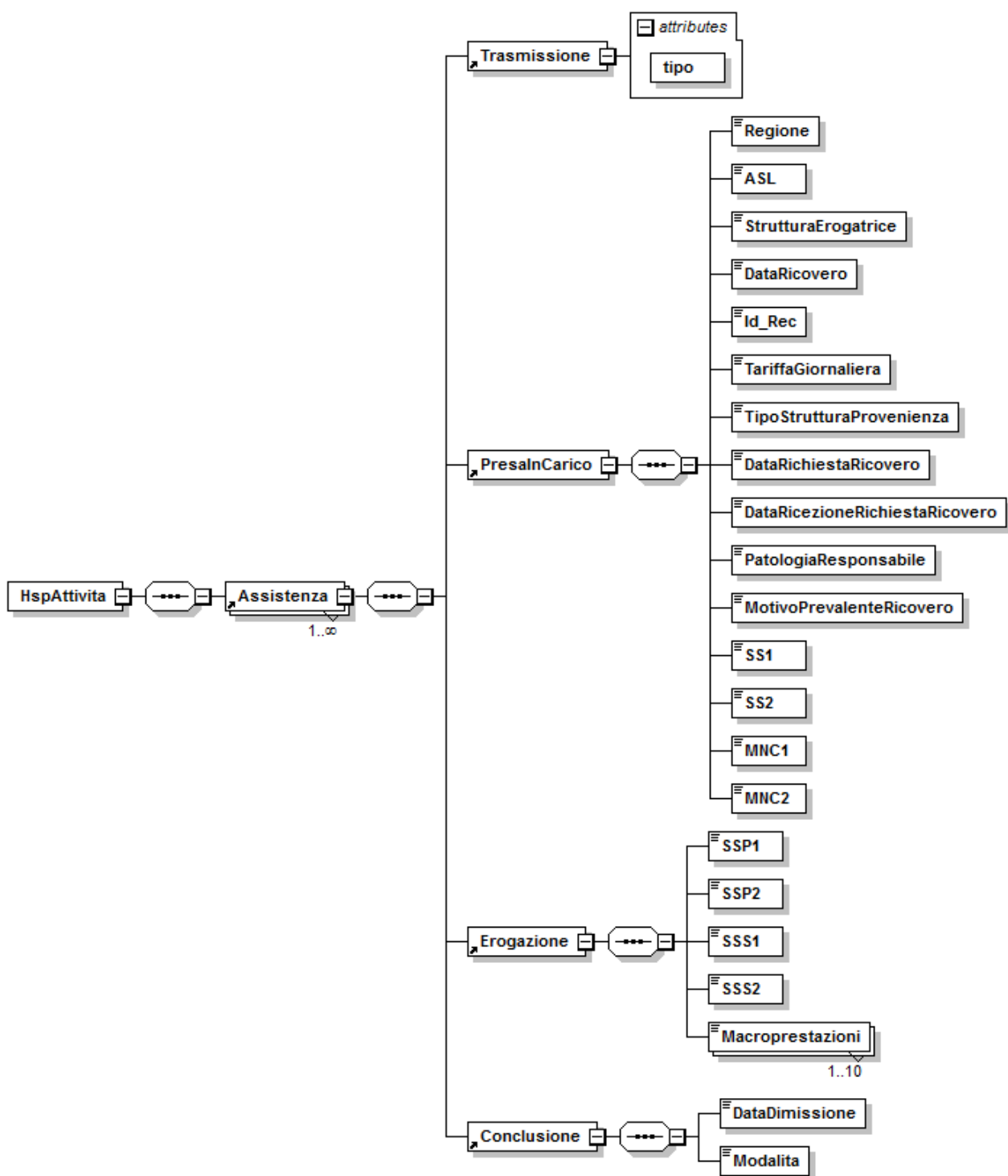
</xs:element>
<xs:element name="PresalInCarico">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="Regione" type="regioneErogazione"/>
      <xs:element name="ASL" type="codASL"/>
      <xs:element name="StrutturaErogatrice" type="strutturaErogatrice"/>
      <xs:element name="DataRicovery" type="xs:date"/>
      <xs:element name="Id_Rec" type="Id_Rec"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>

```

Struktur des Datensatzformats 2 „Tätigkeiten“

Ereignis	Bezugsknoten	Feld (Schlüselfelder in Rot)
Technisches Feld	Übermittlung	Typ
Tätigkeit	Aufnahme	Code der Region
		Code des Sanitätsbetriebs
		Leistungserbringende Einrichtung
		Aufnahmedatum (logischer Schlüssel)
		Eindeutiger Identifikationscode
		Tagestarif
		Art der Herkunftseinrichtung
		Datum des Aufnahmeantrags
		Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags
		Verantwortliche Pathologie
		Hauptgrund für die Aufnahme
		Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 1
		Klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom 2
		Nichtklinischer Grund 1
		Nichtklinischer Grund 2
	Betreuung	Primäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 1
		Primäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 2
		Sekundäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 1
		Sekundäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom 2
		Makroleistungen (logischer Schlüssel)
	Abschluss	Entlassungsdatum
		Art der Entlassung

Diagramm des Datensatzformats 2 „Tätigkeiten“



Datensatzformat „Tätigkeiten“

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
Übermittlung	Typ	Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten verwendet wird.	A	OBB	Zulässige Werte: I: Eingabe; V: Änderung; C: Löschung. Der Code „I“ wird für die Übermittlung von neuen Daten oder für die erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten verwendet. Der Code „V“ wird für die Übermittlung von Daten verwendet, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen. Der Code „C“ wird für die Übermittlung von Daten verwendet, die aus dem Erfassungssystem gelöscht werden sollen.	1

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
Patient	Eindeutiger Code	Gibt den Code des Patienten im Sinne der Verordnung des Gesundheitsministeriums an, die von der Datenschutzbehörde bei der Sitzung des Kollegiums am 28. Februar 2007 genehmigt wurde, sowie der Bestimmungen des Standard-Verordnungsschemas der Regionen, das von der Datenschutzbehörde bei der Sitzung vom 13. April 2006 genehmigt wurde.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD Das Feld darf maximal 32 Zeichen enthalten. Das Feld muss mit dem eindeutigen Code ausgefüllt werden, der aus dem Kodierungsprozess in Übereinstimmung mit dem regionalen Standard-Verordnungsschema generiert wurde (anwendbar sowohl auf die italienischen als auch ausländischen Bürger).	Max. 32
Aufnahme	Region	Gibt die Region an, in der sich die Hospice-Einrichtung befindet, die den Patient aufgenommen hat.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD Zu verwenden ist der 3-stellige Code gemäß Ministerialdekret vom 17. September 1986, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 240 vom 15. Oktober 1986 in geltender Fassung, der auch in den Modellen zur Erhebung der verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Tätigkeiten der lokalen Sanitätsbetriebe verwendet wird.	3
	Sanitätsbetrieb	Gibt den Sanitätsbetrieb an, in dessen Gebiet sich die Hospice-Einrichtung befindet.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD (Bezug: MRA (Überwachung des Betreuungsnetzes). Zulässige Werte: MRA-Stammdaten.	3

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Leistungserbringende Einrichtung	Gibt die Hospice-Einrichtung an, die den Patient aufgenommen hat.	AN	OBB	SCHLÜSSELFELD In Erwartung der Annahme des vom „Mattone 1“ „Klassifizierung der Einrichtungen“ vorgeschlagenen Modells, das in das Neue Gesundheitsinformationssystem anhand des Überwachungsprojektes „Überwachung des Betreuungsnetzes“ aufgenommen wird, werden für das Feld die Codes der Ministerialmodelle HSP.11, HSP.11bis und STS.11 verwendet.	6/8
	Aufnahmedatum	Gibt das Datum der Aufnahme des Patienten an.	D	OBB	SCHLÜSSELFELD (logischer Schlüssel) Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.	10
	Tagestarif	Gibt die Tarifkomponente zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes an.	N	FAC	Zahlenwert zwischen 0.01 und 999999.99.	9

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Art der Herkunftseinrichtung	Gibt die Herkunftseinrichtung oder den Herkunftsort des Patienten an.	N	OBB	Zulässige Werte: 1. Haus des Patienten, ohne aktive häusliche Palliativbehandlung; 2. Haus des Patienten, mit aktiver häuslicher Palliativbehandlung; 3. stationäre soziosanitäre Einrichtung; 4. soziale Einrichtung; 5. Krankenhauseinrichtung; 6. Rehabilitationseinrichtung; 9. Sonstiges.	1
	Datum des Aufnahmeantrags	Gibt das Datum auf der ärztlichen Verschreibung an, welche die Aufnahme des Patienten vorschlägt.	D	FAC	Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.	10
	Datum des Erhalts des Aufnahmeantrags	Gibt das Datum an, zu dem die Hospice-Einrichtung den Aufnahmeantrag (Verschreibung) erhalten hat.	D	FAC	Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.	10
	Verantwortliche Pathologie	Gibt an, welche Pathologie für das Krankheitsbild verantwortlich ist. Es kann nur eine einzige Pathologie angegeben werden.	AN	OBB	Die ersten drei Zeichen der ICD-9-CM-Kodierung für die Kategorie angeben.	3
	Hauptgrund für die Aufnahme	Gibt den Hauptgrund an, aus welchem die Aufnahme beantragt wurde.	N	OBB	Zulässige Werte: 1. klinisch; 2. nichtklinisch.	1

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar - SS1	Gibt das nicht anders kontrollierbare klinische Anzeichen/Krankheitssymptom an, das der Aufnahme zugrunde liegt.	AN	OBB	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten klinischen Anzeichen/Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 1 verwiesen. ²	3/6
	Klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom, nicht anders kontrollierbar - SS2	Gibt ein weiteres, nicht anders kontrollierbares klinisches Anzeichen/Krankheitssymptom an, das der Aufnahme zugrunde liegt.	AN	FAC	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten klinischen Anzeichen/Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 1 verwiesen. ¹	3/6
	Nichtklinischer Grund - MNC1	Gibt den nichtklinischen Grund an, welcher der Aufnahme zugrunde liegt.	AN	OBB	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten nichtklinischen Gründe in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 2 verwiesen. ¹ Ist kein nichtklinischer Grund vorhanden, mit „XXXXXX“ ausfüllen.	3/6

² STRG + Mausklick, um den Link zu Tabelle 1 am Schluss des Dokuments zu aktivieren.

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Nichtklinischer Grund - MNC2	Gibt einen weiteren, nichtklinischen Grund an, welcher der Aufnahme zugrunde liegt.	AN	FAC	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten nichtklinischen Gründe in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 2 verwiesen. ¹ Ist kein nichtklinischer Grund vorhanden, mit „XXXXXX“ ausfüllen.	3/6
	Primäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom - SSP1	Gibt das klinische Anzeichen/ Krankheitssymptom an, das die meisten Ressourcen der Einrichtung beansprucht hat.	AN	OBB	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten klinischen Anzeichen/Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 1 verwiesen. ³	3/6
	Primäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom - SSP2	Gibt ein weiteres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom an, das die meisten Ressourcen der Einrichtung beansprucht hat.	AN	OBB	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten klinischen Anzeichen/Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 1 verwiesen. ⁴	3/6

³ STRG + Mausklick, um den Link zu Tabelle 1 am Schluss des Dokuments zu aktivieren.

⁴ STRG + Mausklick, um den Link zu Tabelle 1 am Schluss des Dokuments zu aktivieren.

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Sekundäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom - SSS1	Gibt ein weiteres Anzeichen/ Krankheitssymptom an, das in der Einrichtung behandelt wird.	AN	FAC	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten klinischen Anzeichen/Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 1 verwiesen. ³	3/6
	Sekundäres klinisches Anzeichen/ Krankheitssymptom - SSS2	Gibt ein zusätzliches Anzeichen/ Krankheitssymptom an, das in der Einrichtung behandelt wird.	AN	FAC	Die ICD-9-CM-Kodierung verwenden (zulässig sind die Längen, die diese Codes vorsehen). Es wird auf die Liste der häufigsten klinischen Anzeichen/Krankheitssymptome in den Hospice-Einrichtungen der Tabelle 1 verwiesen. ³	3/6

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Makroleistungen	Gibt die Makroleistung der Betreuung an. (NB: Es können maximal 10 Makroleistungen angegeben werden; die Makroleistungen dürfen sich nur auf die Betreuungsphase beziehen).	N	OBB	Zulässige Werte: - Schmerzkontrolle; - Dyspnoe-Kontrolle; - Kontrolle der Magendarmsymptome (Übelkeit, Erbrechen etc.); - Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome (Angstneurosen, Agitiertheit, Delir etc.); - Komplexe Wundbehandlungen - Terminalsedierung/ Palliativsedierung; - Behandlung von komplexen Krankheitsbildern (Fisteln, Geschwüre, Stomien, Drainagen, weitreichende Hautverletzungen etc.); - Anhören/Unterstützung des Patienten/der Familie; - Pflege des Patienten (teilweise oder vollständig pflegebedürftig); - sonstige Makroleistung.	2
Abschluss	Entlassungsdatum	Gibt das Datum der Entlassung des Patienten an.	D	OBB	Das Datum ist im Format JJJJ-MM-TT einzugeben.	10

BEZUGSKNOTEN	FELDNAME	BESCHREIBUNG	TYP	PFLICHT	FELD-INFORMATIONEN	FELDLÄNGE
	Art der Entlassung	Gibt den Grund an, weshalb die Betreuung abgeschlossen wurde.	N	OBB	Zulässige Werte: 1. ordentliche Entlassung des Patienten nach Hause; 2. Entlassung des Patienten nach Hause mit häuslicher Versorgung; 3. Entlassung des Patienten mit häuslicher Palliativbehandlung; 4. Entlassung des Patienten in stationäre, krankenhausexterne Einrichtungen; 5. Verlegung ins Krankenhaus; 6. Tod; 9. Sonstiges.	1

XSD-Datensatzformat 2

Aktualisierungen unter der Adresse:

<http://www.nsis.salute.gov.it/>

```
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <xs:simpleType name="Id_Rec">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="88"/>
    </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="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="tipoTrasmissione">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:pattern value="[IVC]{1}"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="strutturaErogatrice">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="6"/>
      <xs:maxLength value="8"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="SSP">
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:minLength value="3"/>
      <xs:maxLength value="6"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="macroPrestazioni">
```

```

        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="1"/>
            <xs:pattern value="2"/>
            <xs:pattern value="3"/>
            <xs:pattern value="4"/>
            <xs:pattern value="5"/>
            <xs:pattern value="6"/>
            <xs:pattern value="7"/>
            <xs:pattern value="8"/>
            <xs:pattern value="9"/>
            <xs:pattern value="99"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:simpleType name="modDimissione">
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="[1-69]{1}"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:element name="Trasmissione">
        <xs:complexType>
            <xs:attribute name="tipo" type="tipoTrasmissione" use="required"/>
        </xs:complexType>
    </xs:element>
    <xs:element name="HspAttivita">
        <xs:complexType>
            <xs:sequence>
                <xs:element ref="Assistenza" maxOccurs="unbounded"/>
            </xs:sequence>
        </xs:complexType>
    </xs:element>
    <xs:element name="Assistenza">
        <xs:complexType>
            <xs:sequence>
                <xs:element ref="Trasmissione"/>
                <xs:element ref="PresalInCarico"/>
                <xs:element ref="Erogazione"/>
                <xs:element ref="Conclusione"/>
            </xs:sequence>
        </xs:complexType>
    </xs:element>
    <xs:element name="PresalInCarico">
        <xs:complexType>
            <xs:sequence>
                <xs:element name="Regione" type="regioneErogazione"/>
                <xs:element name="ASL" type="codASL"/>
                <xs:element name="StrutturaErogatrice" type="strutturaErogatrice"/>
                <xs:element name="DataRicovero" type="xs:date"/>
                <xs:element name="Id_Rec" type="Id_Rec"/>
                <xs:element name="TariffaGiornaliera" type="tariffa"/>
                <xs:element name="TipoStrutturaProvenienza" type="tipoStruttura"/>
                <xs:element name="DataRichiestaRicovero" type="xs:date"/>
                <xs:element name="DataRicezioneRichiestaRicovero" type="xs:date"/>
                <xs:element name="PatologiaResponsabile" type="patologia"/>
                <xs:element name="MotivoPrevalenteRicovero" type="motivo"/>
                <xs:element name="SS1" type="sintomo"/>
                <xs:element name="SS2" type="sintomo"/>
                <xs:element name="MNC1" type="motivoNonClinico"/>
                <xs:element name="MNC2" type="motivoNonClinico"/>
            </xs:sequence>
        </xs:complexType>
    </xs:element>

```

```

        </xs:complexType>
    </xs:element>
    <xs:simpleType name="tariffa">
        <xs:restriction base="xs:decimal">
            <xs:totalDigits value="8"/>
            <xs:fractionDigits value="2"/>
            <xs:minInclusive value="0.01"/>
            <xs:maxInclusive value="999999.99"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:simpleType name="tipoStruttura">
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="[1-69]{1}"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:simpleType name="patologia">
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:length value="3"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:simpleType name="motivo">
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:pattern value="[1-2]{1}"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:simpleType name="sintomo">
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:minLength value="3"/>
            <xs:maxLength value="6"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:simpleType name="motivoNonClinico">
        <xs:restriction base="xs:string">
            <xs:minLength value="3"/>
            <xs:maxLength value="6"/>
        </xs:restriction>
    </xs:simpleType>
    <xs:element name="Erogazione">
        <xs:complexType>
            <xs:sequence>
                <xs:element name="SSP1" type="SSP"/>
                <xs:element name="SSP2" type="SSP"/>
                <xs:element name="SSS1" type="SSP"/>
                <xs:element name="SSS2" type="SSP"/>
                <xs:element name="Macroprestazioni" type="macroPrestazioni" maxOc-
curs="10"/>
            </xs:sequence>
        </xs:complexType>
    </xs:element>
    <xs:element name="Conclusioni">
        <xs:complexType>
            <xs:sequence>
                <xs:element name="DataDimissione" type="xs:date"/>
                <xs:element name="Modalita" type="modDimissione"/>
            </xs:sequence>
        </xs:complexType>
    </xs:element>
</xs:schema>

```