



Leitlinien

**für die Erhebung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen,
der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen (SPA)**

Herausgegeben von der Beobachtungstelle für Gesundheit

(Beschluss der L.R. n. 965 von 25.06.2012)

Aktualisiert am 18.12.2025

Leitlinien für die Erhebung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen (SPA)

Dezember 2025

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen

Abteilung Gesundheitswesen

Beobachtungstelle für Gesundheit

Herunterzuladen unter:

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

EINHALT

SEITE

1. EINFÜHRUNG	4
2. ÜBERBLICK DES DOKUMENTES	5
3. DEFINITION.....	5
4. ERHEBUNGSEINHEIT	6
5. EINRICHTUNGEN, WELCHE DIE LEISTUNGEN ERHEBEN MÜSSEN	7
6. PRIVACY.....	7
7. ÜBERMITTLUNG UND KORREKTUR DER DATEN	7
8. ANZAHL VON LEISTUNGEN PRO VERSCHREIBUNG	8
9. BETEILIGUNG AN DEN GESUNDHEITSKOSTEN (TICKET) FÜR NOTAUFNABME UND OBI	8
10. AUFGABEN UND VERANTWORTLICHKEITEN.....	9
11. SONDERFÄLLE.....	9
12. LISTE DER VARIABLEN	10
13. SPEZIFIZIERUNG DER VARIABLEN	12
13.1. MELDEAMTLICHE DATEN	12
13.2. KLINISCHE DATEN	16
14. ERHEBUNG GESAMTBETRAG UND TICKETBETRAG.....	27
14.1 NICHT NOTAUFNABME-LEISTUNGEN	27
14.2 NOTAUFNABME-LEISTUNGEN	28
14.3 ERHEBUNG DER LEISTUNGEN DES OBI.....	30
ANLAGEN.....	31
ANLAGE A: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG.....	32
ANLAGE B: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT.....	45
ANLAGE C: DATENSATZFORMATE (SIAG) ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DIE BEOBACHTUNGSTELLE FÜR GESUNDHEIT.....	71
ANLAGE D: CODES DES FACHBEREICHES (DPCM 12.01.2017)	74
ANLAGE E: CODES DER FACHGEBIETE	75
ANLAGE F: ART DER TICKERBEFREIUNG	76
ANLAGE G: TICKET BEFREIUNGSCODE	77
ANLAGE H: CHIRURGISCHE PAC LEISTUNGEN.....	83
ANLAGE I: DIE DIAGNOSTISCH-TERAPEUTISCHEN PROZESSE WAS STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS ANBELANGT (ART).....	90
ANLAGE J: DIE DIAGNOSTISCH-TERAPEUTISCHEN PROZESSE WAS STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS ANBELANGT (CODE).....	91
ANLAGE K: NICHT CHIRURGISCHE PAC LEISTUNGEN	95
ANLAGE L: LEISTUNGEN, DIE GEGENSTAND DER ÜBERWACHUNG DER WARTEZEITEN (PPGLA) SIND – FACHÄRZTLICHE VISITEN	98
ANLAGE M: LEISTUNGEN, DIE GEGENSTAND DER ÜBERWACHUNG DER WARTEZEITEN (PPGLA) SIND – INSTRUMENTELLE LEISTUNGEN	99
ANLAGE N: VERZEICHNIS DER ANMERKUNGEN UND ENTSPRECHENDEN ERBRINGUNGSBEDINGUNGEN /INDIKATIONEN FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	101
ANLAGE O: PATHOLOGIEGENETIK	113
ANLAGE P: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS WIRTSCHAFTS- UND FINANZMINISTERIUM (MEF)	129

1. EINFÜHRUNG

Gegenständliches Dokument enthält die Leitlinien für die Erhebung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen.

Die Datenübertragung und der Datenaustausch im Bereich der ambulatorischen fachärztlichen Versorgung sind am Anfang durch die Schreiben des Gesundheitsministeriums 100/scps/4.4583 vom 23.03.1994, 100/scps/4.6593 vom 09.05.1996 und 100/scps/4.344spec. vom 28.01.1997 zwecks Ausgleiches der Mobilität im Gesundheitswesen zwischen den Regionen geregelt worden. Auf Landesebene hat die Landesregierung mit Beschluss Nr. 1071 vom 23.03.1998 die Richtlinien über die Regelung des Informationsverfahrens zur Erhebung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laborleistungen, gültig ab 01.06.1998, verabschiedet; diese Regelung ist mit Beschluss der Landesregierung Nr. 88 vom 24.01.2000, sowie mit nachfolgenden Rundschreiben des Landesrates für das Gesundheitswesen geändert worden¹. Aufgrund der normativen Regelung in Anwendung der Bestimmungen des Art. 50 des Gesetzesdekretes Nr. 269 vom 30.09.2003 betreffend die Festlegung von Modellen für standardisierte Arztrezepte und für Arztrezepte mit optischer Lesbarkeit, wurden auch die Landesrichtlinien mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1016, vom 27.03.2006 aktualisiert, die am 01.04.2006 in Kraft getreten sind. Im Jänner 2007 wurde das Verfahren geringfügig abgeändert, um die Erhebung der Daten zu verbessern und um sich an einige Neuerungen auf Landesebene anzupassen (z.B. das Pilotprojekt der zahnärztlichen Betreuung in den Sprengeln). Anschließend, im Juli 2007, haben die Änderungen des Art. 50 des Gesetzesdekretes Nr. 269 vom 30.09.2003 und folglich der Datensätze zur Übertragung der Daten an das Wirtschafts- und Finanzministerium zu einer Revision des Landesdatensatzes geführt. Im selben Jahr wurde für die Notaufnahme ein spezifischer Datenfluss eingerichtet, um nicht nur die erbrachten Leistungen und die wirtschaftlichen Daten zu erheben, sondern auch Informationen zur Diagnose, zum Grund des Zugangs, zur Art der Ankunft, sowie im Falle von Skiunfällen, die Beschreibung des Unfalls.

Dieser Datenfluss, als Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“ bezeichnet, ist mit Beschluss der L.R. Nr. 4824 vom 18.12.2006 genehmigt worden und ab 01.02.2007² in Kraft getreten.

Um einen Überblick über den Verlauf und die Behandlung eines Patienten in der Notaufnahme zu gewinnen, ist es notwendig den Datenfluss der fachärztlichen ambulatorischen Versorgung (SPA) mit dem Datenfluss der Ersten Hilfe (EHB) zu verbinden.

Mit der Einführung der neuen Betreuungsform „Intensivbeobachtung“ (OBI), Beschluss der Landesregierung Nr. 3642 vom 06.10.2008, wurde der Datensatz erneut abgeändert und mit Beschluss der L.R. Nr. 4822 del 15.12.2008 genehmigt, mit In-Kraft-Treten ab 01.01.2009 und nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen.

Infolge des Beschlusses der L.R. N. 1988 vom 19.12.2011, der ab 01.01.2012 neue ambulatorisch chirurgische und ambulatorisch chemiotherapische Leistungen vorsieht, die bislang im stationären Krankenhausaufenthalt erbracht wurden, und die im Wesentlichen den Leistungspaketen (PAC) entsprechen, sind im Datensatz der fachärztlichen Leistungen ab 01.07.2012 neue Abänderungen vorgenommen worden. Nach der Genehmigung des Landesplanes zur Verwaltung der Wartelisten (PPGLA) mit Beschluss L.R. Nr. 915 vom 05.11.2019, wurde der Datenfluss geändert. Der Plan sieht die Einhaltung der Höchstwartzeiten für eine Reihe von erbrachten Leistungen auf dem eigenen Territorium vor. Mit Beschluss L.R. Nr. 1070 vom 26.11.2024 wurden alle Veränderungen (Leistungen und Tarife) aufgrund der Umsetzung von DPMR vom 12.01.2017 eingeführt, mit dem die wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) auf nationaler Ebene aktualisiert wurden.

¹ Seit dem Ausgleichsjahr 2001 wird der Datenfluss der ambulatorischen Facharztleistungen im Rahmen der Mobilität im Gesundheitswesen zwischen den Regionen direkt der Landesdatenbank für ambulatorische Facharztleistungen entnommen (wie im Rundschreiben des Assessorats für das Gesundheitswesen Prot.FH/BK/55.04.09/3133 vom 14.03.2001 festgelegt). Diese Daten werden dann den anderen Regionen innerhalb der für die interregionale Mobilität angesetzten Fristen weitergeleitet.

² Das Informationsverfahren „Erste Hilfe-Bogen“, wurde mit 01.01.2012 laut den technischen Vorschriften „Informationssystem der erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen, die die spezifischen Merkmale der Datensätze der Notrufzentrale 118 und der Ersten Hilfe beinhalten“, abgeändert. Die technischen Vorschriften wurden vom Gesundheitsministerium verfasst, da die Übermittlung der Daten an das Neue Gesundheitsinformationssystem (NSIS) obligatorisch (MD 17.12.2008) geworden ist.

2. ÜBERBLICK DES DOKUMENTES

VERSION	DATUM	ANMERKUNGEN/ANGEBRACHTE ABÄNDERUNGEN
Januar 2020	15.01.2020	Eingabe von Felder: TIPO_ACCESSO (Zugangsart) GARANZIA (Garantie der maximalen Wartezeit) DIAGNOSI (Diagnose) Abänderung von Feld POS_TICKET
April 2020	02.04.2020	Eingabe von Fachbereich-Code 51 (Verlassen EH)
Juli 2020	17.07.2020	Abänderung von Position des Feldes COD_PRES Eingabe von Ticket Befreiungscode COV, TEL, E10, E11, E12
Januar 2021	26.01.2021	Eingabe von Feld MOD_ERO (Erbringung der Leistung)
März 2021	02.03.2021	Abänderung von Beschreibung der Befreiungsart X
Oktober 2021	08.10.2021	Eingabe von Ticket Befreiungscode CV2123
Juni 2022	16.06.2022	Eingabe von Ticket Befreiungscode X22
Juli 2022	06.07.2022	Eingabe von Ticket Befreiungscode BZ04
Dezember 2022	22.12.2022	Eingabe von Ticket Befreiungscode D01, D02, D03, D04, D05, D99, X23, X24
Februar 2024	16.02.2024	Eingabe von Feld Übermittlung der dematerialisierten Verschreibungen, die nicht geschlossen sind Eingabe von Ticket Befreiungscode 0031, 0A02, 0A31, 0B02, BZ6
April 2024	10.04.2024	Eingabe von MOD_ACC (Zugangsform) = 16 (MUB)
Dezember 2024	30.12.2024	Pflichtfeld: DATA_IMP (Datum der Verschreibung) Abänderung von Länge des Feldes C_NOMENC Eingabe von Felder: CICLO_SEDUTE (Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus) CPP (Code von Landeskatalog für verschreibbare ausgegebene Leistungen) NUMERO_NOTA (Nummer der Anmerkung in Bezug Auf entsprechenden Erbringungsbedingungen /Angaben für die Angemessenheit der Verschreibung) CODICE_PAT (Code der Pathologie)
Mai 2025	05.05.2025	Abänderung von Pflichtfeld CDC
August 2025	12.08.2025	Abänderung von Feld REG_EROG
Dezember 2025	18.12.2025	Abänderung von Ticket Befreiungscode CP Eingabe von MOD_ACC (Zugangsform) = 17 (NPJA)

3. DEFINITION

Das Informationsverfahren "Ambulatorische fachärztliche Betreuung" erfasst alle fachärztlichen Leistungen, instrumentale Diagnostik und Laboruntersuchungen, sowie die ärztlichen Untersuchungen und die sonstigen im nationalen Tarifverzeichnis (Min. Dekret vom 22.07.1996) vorgesehenen Leistungen mit den auf Landesebene beschlossenen Ergänzungen. Gegenstand der Erhebung sind daher alle im geltenden Landestarifverzeichnis, gemäß Beschluss der Landesregierung Nr. 399 vom 09.02.2004 "Ajournerung des Beschlusses der L.R. Nr. 2568 del 15.06.1998: Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen, für Instrumentaldiagnostik und Laborleistungen" und nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen, genannten Leistungen.

Ausgeschlossen von dieser Erhebung sind alle vom Dienst für öffentliche Hygiene, Dienst für Arbeitsmedizin, Dienst für Gesundheitsphysik und vom Rechtsmedizinischen Dienst erbrachten Leistungen, bzw. die im Beschluss der Landesregierung Nr. 2573 vom 15.06.1998 ("Tarife für Leistungen, die im Interesse oder auf Anfrage von Privaten erbracht wurden") und nachfolgenden Änderungen und Ergänzungen, aufgeführten Leistungen.

4. ERHEBUNGSEINHEIT

Die Erhebungseinheit des neuen Informationsverfahrens ist:

- jede einzelne Leistung, die in öffentlichen fachärztlichen Ambulatorien im Krankenhaus oder in krankenhausexternen öffentlichen Einrichtungen an alle externen Patienten erbracht wird;
- jede einzelne Leistung, die in den Notaufnahme Abteilungen des Landes, auch wenn sie einen Aufenthalt im Krankenhaus zur Folge hat, erbracht wird;
- jede einzelne Leistung, die in den Intensivbeobachtungseinheiten (OBI), auch wenn sie einen Aufenthalt im Krankenhaus zur Folge hat, erbracht wird;
- jede einzelne Leistung, die von den konventionierten und akkreditierten privaten fachärztlichen Ambulatorien (durch Vorlage eines Arztrezeptes) an alle externen Patienten erbracht wird.

Unter Beachtung der Vorschriften zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten sieht das Informationsverfahren die Archivierung der Daten in zwei getrennten Archiven vor: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Zugangs- und Gesundheitsdaten.

Die beiden Archive können anhand von drei „Schlüsselvariablen“ verknüpft werden: Übermitteln-der Sanitätsbetrieb, Verschreibungsnummer, Verschreibungs-Id und Fortlaufende Zeile für Verschreibung.

Durch den Datenfluss der fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium (SPA) werden deshalb außer den fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium im engeren Sinn, auch die Leistungen der Notaufnahme und der OBI erhoben, während die die Leistungen die direkt mit dem programmierten Aufenthalt (also nicht in der Notaufnahme oder in der OBI) zusammenhängen und den Patienten vor oder nach dem KH-Aufenthalt³ erbracht werden, von der Erhebung ausgeschlossen sind.

Die Tätigkeiten der Notaufnahme und der OBI sind auch Gegenstand eines spezifischen Datenflusses (Erhebungsbogen der Notaufnahme); um ein komplettes Gesamtbild der Tätigkeiten Notaufnahme und der OBI zu erhalten, ist es deshalb notwendig den Datenfluss der fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium (Datenfluss SPA) mit dem Datenfluss der Notaufnahme (Datenfluss EMUR Notaufnahme) durch der Schlüsselvariablen „ID ACC“ zu verbinden⁴. In der Datenverarbeitungsphase ist es notwendig, je nach Zweck der Analyse, zwischen fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium im engeren Sinne und Leistungen zu unterscheiden, die direkt mit dem Aufenthalt verbunden sind, wie die Leistungen der Notaufnahme und der Intensivbeobachtungseinheit (OBI), denen ein Aufenthalt folgt. Dies deshalb, da die obgenannten Leistungen mit dem allumfassenden Tarif für den Aufenthalt vergütet werden (Tarif für die betreffende Aufenthalts-DRG) und nicht Gegenstand der Kostenbeteiligung seitens des Bürgers sind.

³ Vor dem KH-Aufenthalt erbrachte fachärztliche Leistungen gelten als integrierender Bestandteil des Aufenthalts (Gegenstand des Dekrets der Landesregierung Nr. 6337, Rundschreiben vom 14.07.1997, DGP Nr. 1385/1999) wenn sie in enger und direkter Verbindung zum programmierten Aufenthalt stehen. Außerdem müssen sie von der gleichen Einrichtung durchgeführt werden, in der auch der Aufenthalt stattfindet (mit Ausnahme des KH Brixen für die fachärztlichen Bereiche Dermatologie und Augenheilkunde für die eigenen Ansässigen, die anschließend im KH Bruneck aufgenommen werden, sowie das KH Bruneck für die Fachbereiche HNO und Urologie für die eigenen Ansässigen, die anschließend ins KH Brixen aufgenommen werden; von einem KH der Provinz für die eigenen Ansässigen, die anschließend in einem anderen, zum gleichen Sanitätsbetrieb gehörenden KH aufgenommen werden – Meran, Brixen, Bruneck) und innerhalb von 30 Tagen vor Aufnahme ins Krankenhaus stattfinden. Die Leistungen, mit deren Hilfe die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts begründet/festgestellt werden können, unterliegen weiterhin einer Kostenbeteiligung seitens der Bürger. Als integrierender Bestandteil des Aufenthalts gelten auch (gemäß Beschluss der L.R. Nr. 2797 vom 27.08.2001; Beschluss der L.R. Nr. 4560 vom 17.12.2001) die erste fachärztliche ambulante Untersuchung nach dem Aufenthalt und die erste ambulatorische Versorgung innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung. Das Rundschreiben des Landes vom 14.07.1997 "4.a legt fest: " Kommt der Krankenhausaufenthalt aufgrund einer begründeten Entscheidung des Arztes (klinische oder interne organisatorische Gründe) nicht zustande, ist der Patient nicht zur Zahlung der Leistung verpflichtet"; "4.b "Wird der Aufenthalt aus ausschließlich vom Willen des Patienten abhängigen Gründen nicht ausgeführt, ist dieser zur Zahlung der erbrachten Leistungen verpflichtet ..."

⁴ Der Datenfluss von SPS wurde aufgrund des Ministerialen Dekrets vom 17.12.2008 „Errichtung des Informationssystems zur Überwachung der erbrachten Leistungen im Bereich Gesundheitsbetreuung in Notlagen“ aktualisiert.

5. EINRICHTUNGEN, WELCHE DIE LEISTUNGEN ERHEBEN MÜSSEN

Mit diesem Informationsverfahren werden die von den nachfolgenden im Landesgebiet der Provinz Bozen aktiven Einrichtungen erbrachten fachärztlichen Leistungen erfasst:

1. öffentliche Einrichtungen innerhalb von Krankenanstalten (Polyambulatorium und krankenhausinterne Ambulatorien);
2. öffentliche Einrichtungen außerhalb von Krankenanstalten (Sprengel, krankenhausexterne Polyambulatorien);
3. private Einrichtungen und konventionierte Freiberufler (nur für die im Rahmen der Konvention erbrachten fachärztlichen Leistungen).

6. PRIVACY

Aufgrund der Art der zu erhebenden Daten wird auf die Einhaltung des „Kodex über den Schutz von persönlichen Daten“ hingewiesen. Legislativdekret Nr. 196 vom 30.06.2003 und nachfolgende Änderungen und Integrationen. Die Daten, mit denen auch indirekt Patienten identifiziert werden können, werden aufgrund der Prinzipien laut Art. 22, Absatz 6 und 7 des Legislativdekretes Nr. 196 vom 30.06.2003 und nachfolgenden Änderungen und Integrationen, behandelt.

Die Einrichtungen, die in den Datenfluss der fachärztlichen Leistungen im Ambulatorium miteinbezogen sind, bestimmen intern die Verantwortlichen und Beauftragten zur Behandlung von persönlichen Daten im Sinne der Art. 29 und 30 des genannten Legislativdekretes, und wenden die Mindestsicherheitsvorkehrungen im Sinne des Art. 34 des Kodex und der Anlage B „technische Vorgangsweise“ an.

Der Identifikationscode des Betreuten wird von der Südtiroler Informatik AG durch ein Standardverfahren anonymisiert.

Zur Einhaltung der Bestimmungen zum Schutz von persönlichen Daten, werden die Daten in zwei verschiedenen Archiven aufbewahrt: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Gesundheitsdaten.

Die Verbindung der beiden Archive wird durch die Schlüsselvariablen Code des Sanitätsbetriebes + Verschreibungs-Id und Fortlaufende Zeile für Verschreibung gewährleistet.

7. ÜBERMITTLUNG UND KORREKTUR DER DATEN

Alle jeden einzelnen ansässigen oder nicht ansässigen Patienten, der eine Leistung in Anspruch genommen hat, betreffenden Daten, müssen der Südtiroler Informatik AG innerhalb den 6. Tag des auf den Monat der Inanspruchnahme der Arztverschreibung folgenden Monats übermittelt werden; die Daten müssen laut beschriebenen Datensatz und in einer Art übermittelt werden, damit sie vom Wirtschafts- und Finanzministeriums innerhalb des 10. Tages kontrolliert werden können.

Die Daten, die an die Südtiroler Informatik AG zu übermitteln sind, müssen in zwei getrennten Archiven enthalten sein: das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Gesundheitsdaten. Die Verbindung der beiden Archive wird durch die Schlüsselvariablen Code des Sanitätsbetriebes + Verschreibungs-Id und Fortlaufende Zeile für Verschreibung gewährleistet.

Bevor die Daten in die Landesdatenbank eingegeben werden, werden sie einem Kontrollverfahren unterzogen. Die falschen Daten werden dem Sanitätsbetrieb zur Korrektur zugesandt und dann in die Landesdatenbank eingegeben. Die letzte Übermittlung der Daten vom Sanitätsbetrieb und allen privaten Aufenthaltseinrichtungen wird als gültig erachtet.

Damit allen institutionellen Pflichten Rechnung getragen werden kann, **wird die Landesdatenbank unumgänglich innerhalb 31. März geschlossen.**

Die Provinz übermittelt dem MEF, die Daten der öffentlichen Strukturen gemäß dem vorgesehenen Datenfluss (siehe Anlage N). Private Strukturen übermitteln die Daten direkt an MEF. Die Leistungen, die an selbstzahlende Privatpatienten erbracht werden sind ausgeschlossen, da gemäß Artikel 50 das TS-System nur die vom Gesundheitsdienst zu tragenden Leistungen sowie die in der Notaufnahme erachten Leistungen erhalten darf. Die Leistungen, denen ein Aufenthalt folgt, sind auch ausgeschlossen, da der Tarif für die betreffende Aufenthalts-DRG den Tarif der Leistungen enthält.

8. ANZAHL VON LEISTUNGEN PRO VERSCHREIBUNG

Mit jeder Verschreibung können bis höchstens acht fachärztliche Leistungen des gleichen Fachbereichs verschrieben werden; eine Ausnahme bilden die Blutentnahmen für Laboruntersuchungen, die derselben Verschreibung hinzugefügt werden können.

Für die Leistungen im Rahmen physikalischer Medizin und Rehabilitation, auf denen der Behandlungsbeginn angegeben ist, kann jede Verschreibung bis zu höchstens drei Behandlungszyklen umfassen, vorbehaltlich der in Art. 1 des Dekrets des Gesundheitsministeriums vom 20.10.1998 enthaltenen spezifischen Krankheiten, für die jede Verschreibung bis zu sechs Behandlungszyklen umfassen kann (siehe auch die Definition der Variablen "Zyklus" im Teil, der die "Definition des Inhalts der Variablen und der einschlägigen Kodierung" betrifft).

Auf einer Verschreibung dürfen keine zyklischen Leistungen zusammen mit Einzelleistungen (also keine Behandlungszyklen) verschrieben werden.

Außerdem ist die Verschreibung von mehreren Leistungen, Sitzungen oder Zyklen derselben Art (gleicher Leistungscode) auf einem einzigen Rezept nur zu therapeutischen Zwecken möglich, außer für die mit Landesbestimmungen geregelten Ausnahmen⁵.

Was die Verschreibungsregeln der PAC betrifft, in Bezug auf chirurgische PAC (Anlage H), kann man auf derselben Verschreibung nur eine PAC-Leistung ohne zusätzliche Leistungen verschrieben werden; in Bezug auf nicht chirurgische PAC (Anlage K) gilt man die Regel, bei der die Verschreibung bis zu 8 dieser Leistungen enthalten kann und die Einzelleistung als einziger Zugang des Patienten und nicht als einzige Handlung verstanden werden muss.

9. BETEILIGUNG AN DEN GESUNDHEITSKOSTEN (TICKET) FÜR NOTAUFNAHME UND OBI

Mit Beschluss Nr. 983 von 19.11.2019 hat die Landesregierung die Bestimmungen in Bezug auf die Notaufnahme in Südtirol genehmigt, die ab 01.12.2019 in Kraft getreten sind.

Der Beschluss sieht folgende Kostenbeteiligungen für Zugänge zur Notaufnahme vor:

- keine Kostenbeteiligung ("Ticket") bei Zugang mit anschließendem Krankenhausaufenthalt bzw. Tod des Patienten;
- keine Kostenbeteiligung bei Zugang, der mit Prioritätscode grün, gelb, orange oder rot gekennzeichnet wird;
- Kostenbeteiligung von 25,00 Euro bzw. von 12,50 Euro für unterhaltsberechtigten Kinder: bei Zugang, der mit Prioritätscode blau oder weiß gekennzeichnet wird und dem kein (unmittelbarer) Krankenhausaufenthalt folgt; ausgenommen sind die auf gesamtstaatlicher bzw. Landesebene festgesetzten Befreiungen, sowie weitere besondere Gründe (Minderjährige bis zu 14 Jahren, Traumata, akute Vergiftungen, Unfälle in der Schule und am Arbeitsplatz, Weiterleitung durch den Triage-Pfleger an das Ambulatorium für Grundversorgung, Fälle laut DPMR 24.11.2017, Gewaltopfer).

Die neuen Bestimmungen in Bezug auf die Kostenbeteiligungen gelten auch für die Intensivbeobachtungsstation (Beschluss L.R. nr.3610 von 06.10.2008); falls keine Einweisung in das Krankenhaus erfolgt, wird ein Pauschalpreis von Euro 250,00 für die Aufnahme in die Intensivbeobachtungsstation verrechnet, zur Abdeckung der Verpflegungskosten nach dem Landestarifverzeichnis der Fachärztlichen Leistungen (genehmigt mit Beschluss der Landesregierung N. 2568/1998 in geltender Fassung).

Bezüglich der Erhebungsform der Leistungen der Notaufnahme und der OBI verweisen wir auf das Kapitel 13 "Spezifizierung der Variablen" und insbesondere auf die Variable "Ticketposition des Patienten".

Für die chirurgischen ambulatorischen Leistungen (PAC) und der Chemotherapie gelten derzeit die gleichen Regeln für die Zahlung der Tickets, die bereits für die anderen Leistungen in Kraft sind, bis nicht für diese neue Betreuungsart, auch in experimenteller Form, eine angemessenere Kostenbeteiligung eingeführt wird.

⁵ Das Rundschreiben vom Landesrat Prot. n.23.2/55.07.03/12360 vom 23.08.2006 sieht vor, dass für ticketbefreite Personen aufgrund einer Pathologie, nur für die von der Befreiung vorgesehenen Leistungen auf derselben Verschreibung auch zu diagnostischen Zwecken mehrere Leistungen derselben Art vorgesehen werden können.

10. AUFGABEN UND VERANTWORTLICHKEITEN

Um das Verfahren angesichts der erheblichen Datenmenge, die der Sanitätsbetrieb der Provinz übermitteln müssen, zufrieden stellend verwalten zu können, müssen die jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Sanitätsbetriebes und der Provinz genau festgelegt werden.

Die Provinz hat die Aufgabe

- die Standard-Datensatzformate für den Datenaustausch;
- die Verschlüsselungs-Systeme;
- die Domaintabellen (Landestarifverzeichnis, Kostenstellencodes, etc.).

festzulegen, zu aktualisieren und zu verteilen.

In ihrer Eigenschaft als Verwalter der fachärztlichen Datenbank sammelt die Provinz die Daten; damit erfüllt sie einerseits ihre Koordinierungs- und Kontrollfunktionen und andererseits garantiert sie die vollständige Lieferung einer Reihe von Informationen über die Versorgung.

Der Sanitätsbetrieb muss sich an die auf Landesebene festgelegten Richtlinien und Standards halten und die geforderten Daten innerhalb der vorgeschriebenen Zeiten und in der vorgeschriebenen Form liefern.

11. SONDERFÄLLE

Zwei sind die Sonderfälle:

1. Anonymität

Im Falle von Personen, die ihr gesetzliches Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, werden Vor- und Nachname, Nummer des Gesundheitsausweises und Steuernummer nicht erhoben.

In die Felder Nachname und Vorname ist in Großbuchstaben "ANONIMO" einzutragen. Im Feld für das Geburtsdatum ist nur das Geburtsjahr einzutragen, und als Geburtstag das fiktive Datum 1. Januar des betreffenden Jahres im Format 0101JJJJ. Im Feld Geburtsort sind nur die ersten drei Ziffern zur Kennzeichnung der Provinz gemäß ISTAT- Kennnummer anzugeben. Falls die Gemeinde unbekannt ist oder die Person im Ausland geboren ist, sind nur die ersten drei Ziffern mit 999 auszufüllen. Im Feld der Staatsangehörigkeit '998' (=unbekannt) angeben. Im Feld Identifikationsart des Patienten den Code „3“, im Feld Code des Patienten 20-mal „X“ einfügen. Die Steuernummer wird nicht erhoben, außer es gibt Änderungen der Bestimmungen auf nationaler Ebene⁶.

2. Massenscreening

Ab 1. September 2008 müssen auch die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen im Rahmen von präventivem Massenscreening (zum Beispiel Tuberkulosestest, Augenuntersuchung, etc.), sofern die entsprechenden Leistungen im Landestarifverzeichnis enthalten sind, individuell mit allen meldeamtlichen Daten erhoben werden, wobei die Höchstgrenze von Leistungen pro Rezept und pro Fachbereich einzuhalten ist.

Die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen für Blutspender werden ab 01.07.2011 wie Leistungen für interne, also stationär aufgenommene Patienten erfasst (Rundschreiben der Sanitätsdirektion prot. Nr.50655-Bz vom 17.06.2011).

⁶ Gemäß Art. 50 (Absatz 2 und 5) des gesetzvertretenden Dekretes 30.09.2003, Nr. 269, mit Änderungen im Gesetz 24.11.2003, Nr. 326 umgewandelt, ist die Anonymität durch die Kodierung der Steuernummer oder des STP-Codes gewährleistet, da sie dem Leser nicht unmittelbar verständlich sind und da diese Codes von dem Rezept, dem sie zugeordnet sind, getrennt sowie vom System gelöscht werden, sobald die elektronische Datei übermittelt worden ist.

12. LISTE DER VARIABLEN

Archiv 1 – Meldeamtliche Daten

1. Übermittelnder Gesundheitsbezirk
2. Nummer der Verschreibung
3. Vorhandensein einer Verschreibung
4. Fortlaufende Zeile für Verschreibung
5. Familienname der versorgten Person
6. Name der versorgten Person
7. Erworbener Nachname der versorgten Person
8. Geschlecht der versorgten Person
9. Geburtsdatum der versorgten Person
10. Geburtsgemeinde der versorgten Person
11. Familienstand der versorgten Person
12. Wohnsitzgemeinde der versorgten Person
13. Staatsbürgerschaft der versorgten Person
14. Persönlicher Sanitätskode
15. Wohnsitzregion der versorgten Person
16. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit der versorgten Person
17. Betreuungsregion
18. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Betreuung
19. Identifikationskodextyp der versorgten Person
20. Identifikationskodex der versorgten Person
21. Identifikationsnummer TEAM
22. Code der zuständigen TEAM-Institution
23. Kurzbezeichnung TEAM-Institution
24. Staat TEAM
25. Vorgesehene Betreuungsform TEAM
26. Verfallsdatum TEAM

Archiv 2 – Klinische Daten

1. Übermittelnder Gesundheitsbezirk
2. Nummer der Verschreibung
3. Vorhandensein einer Verschreibung
4. Fortlaufende Zeile für Verschreibung
27. Vorhandensein einer Verschreibung
28. Zugangs-Id
29. Art der Verschreibung
30. Datum der Verschreibung
31. Vom Facharzt vorgeschlagene Verschreibung
32. Priorität der Leistung
33. Zugangsform
34. Art der Einrichtung
35. (leeres Feld)
36. Leistungserbringende Einrichtung STS11
37. Spezialgebiets-Code
38. Diagnoseverdacht
39. Vormerkungsdatum
40. Tarifverzeichnis-Schlüssel
41. (leeres Feld)
42. Anzahl der Leistungen
43. Zyklus
44. Datum des Zyklusbeginns
45. Leistungsdatum
46. Diagnosebefund
47. Befunddatum
48. Fachbereich-Code
49. Leistungsregelung
50. Ticketposition des Betreuten
51. Befreiungsart
52. Befreiungscode
53. Ticketbetrag
54. Gesamtbetrag
55. Nummer des Krankenhausentlassungsbogens
56. Leistungserbringende Einheit
57. Art der Übermittlung (technisches Feld)
58. Gruppierungscode
59. Nicht übereinstimmende Steuernummer
60. Verspätete Übermittlung
61. Kostenstelle des Sanitätsbetriebes
62. Code TD
63. Code Verschreibung NPI oder NPA
64. Zugangsart
65. Garantie der maximalen Wartezeit
66. Diagnose
67. Code der erbrachten Leistung
68. Erbringung der Leistung
69. Verschreibender Arzt
70. Übermittlung der dematerialisierten Verschreibungen, die nicht geschlossen sind
71. Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus
72. Code der verschreibbaren ausgegebenen Leistung
73. Nummer der Anmerkung
74. Code der Pathologie

13. SPEZIFIZIERUNG DER VARIABLEN

13.1. MELDEAMTLICHE DATEN

1. Übermittelnder Gesundheitsbezirk (ASL INVI)

Es ist den übermittelnden Gesundheitsbezirk anzugeben.

Folgende Codes sind zu verwenden:

101 = Gesundheitsbezirk Bozen;
102 = Gesundheitsbezirk Meran;
103 = Gesundheitsbezirk Brixen;
104 = Gesundheitsbezirk Bruneck.
Pflichtfeld.

2. Nummer der Verschreibung (NUM IMP)

Es ist die Nummer der Verschreibung anzugeben (Strichkode, ausschließlich dem Sonderzeichen am Anfang der zwei Felder, welche die Rezeptnummer bilden) und das Feld PRES_IMP mit „1“ ausfüllen.

In Bezug auf Verschreibungen NRE (Neue elektronische Rezept), muss man die Nummer der Verschreibung AAA (Code der Region oder der Autonomen Provinz) + BB (alphanumerischer Code) + C (Identifikationscode) + DDDDDDD (numerischer Code) + EE (Protokolls Nummer) und das Feld PRES_IMP mit „2“ ausfüllen.

In Fällen von Leistungen ohne Verschreibung (z.B. Notaufnahme, einige Leistungen im Territorium oder zu Hause) muss das Feld folgendermaßen zusammengesetzt sein: 999 + Jahr (2 Zeichen) + Code des Gesundheitsbezirkes (1 Zeichen) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirkes (8 Zeichen) + 0 und das Feld PRES_IMP muss mit „0“ ausgefüllt werden.
Pflichtfeld.

3. Vorhandensein einer Verschreibung (ID IMPEG)

Die Verschreibungs-ID-Nummer kennzeichnet unmissverständlich im Laufe der Jahre die einzelne Verschreibung innerhalb des gleichen Sanitätsbezirkes, und das bedeutet, dass die Nummer zu Beginn des Jahres nicht neu angefangen werden darf.

Pflichtfeld.

4. Fortlaufende Zeile für Verschreibung (PROG IMP)

Es ist die Fortlaufende Nummer der Leistungen einer Verschreibung anzugeben. Beginnt immer mit 01, der ersten Zeile/Datensatz der Verschreibung und der ersten Leistung; der Wert 02 bezeichnet die zweite Leistung, und so weiter.

Die letzte Zeile/Datensatz 99 muss immer vorhanden sein und kennzeichnet das Ende der Verschreibung.

Jede Verschreibung muss mindestens zwei Zeilen/Datensätze aufweisen: Die Zeile 01 und die Zeile 99.

Die Zeilen/Datensätze mit einem anderen Wert als „99“ im Feld „fortlaufende Zeile“ bedeuten, dass die Felder vollständig ausgefüllt werden müssen, bzw. es müssen alle Informationen über den Patienten und die Verschreibung eingetragen werden, mit Ausnahme des Feldes „Ticketbetrag“, in das NICHTS eingetragen werden darf.

In die letzte Zeile/Datensatz mit Wert 99 im Feld „fortlaufende Zeile“ müssen das bezahlte Ticket, der gesamte ausgleichende Nettobetrag und alle Informationen, ausschließlich diejenigen, die sich spezifisch auf die Leistung beziehen (z.B. Leistungscode, Menge, Datum der Leistung, Tarifverzeichnungsschlüssel, Priorität der Leistung), eingetragen werden.

Pflichtfeld.

5. Familiename der versorgten Person (COGNOME)

Es ist der Familienname des Patienten anzugeben. Es darf nur der Zuname ohne Zusatz von Titeln oder Ähnlichem eingetragen werden (nicht Dr. Rossi, sondern Rossi). Im Falle von Personen, die das gesetzlich garantierte Recht auf Anonymität beanspruchen, wird der Zuname nicht erhoben. In diesem Fall ist in dieses Feld in Großbuchstaben die Bezeichnung „ANONIMO“ einzutragen.

Pflichtfeld.

6. Name der versorgten Person (NOME)

Es ist der Vorname des Patienten anzugeben. Dabei ist nur der Name ohne Titel oder ähnliche Zusätze einzutragen (nicht Schwester Maria, sondern Maria). Im Falle von Personen, die das gesetzlich garantierte Recht auf Anonymität beanspruchen, wird der Vorname nicht erhoben. In diesem Fall ist in dieses Feld in Großbuchstaben die Bezeichnung „ANONIMO“ einzutragen.

Pflichtfeld.

7. Erworbener Nachname der versorgten Person (NOMEA)

Es ist der erworbene Nachname des Patienten anzugeben. Im Falle von Personen, die das gesetzlich garantierte Recht auf Anonymität beanspruchen, wird der erworbene Zuname nicht erhoben.

8. Geschlecht der versorgten Person (SESSO)

Es ist das Geschlecht des Patienten anzugeben. Folgende Codes sind zu verwenden:

1 = männlich;

2 = weiblich.

Pflichtfeld.

9. Geburtsdatum der versorgten Person (DATA NAS)

Es ist Tag, Monat und Geburtsjahr der versorgten Person im Format ttmmjjjj anzugeben.

Pflichtfeld.

10. Geburtsgemeinde der versorgten Person (COM NASC)

Es ist die Geburtsgemeinde, in deren Einwohnermeldeamt der Bürger eingetragen ist, anzugeben. Es wird der vom ISTAT festgelegte Kodex verwendet, dessen erste 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden 3 die fortlaufende Nummer der Gemeinde in der Provinz darstellen.

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

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

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

Wenn die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999999.

Pflichtfeld.

11. Familienstand der versorgten Person (S CIVILE)

Es ist den Familienstand der versorgten Personen zum Zeitpunkt der Umfrage anzugeben. Folgende Codes sind zu verwenden:

1 = ledig;

2 = verheiratet;

3 = getrennt;

4 = geschieden;

5 = verwitwet;

6 = nicht erklärt.

Pflichtfeld.

12. Wohnsitzgemeinde der versorgten Person (COM RESI)

Es ist die Wohnsitzgemeinde, in deren Einwohnermeldeamt der Bürger eingetragen ist, anzugeben. Es wird der vom ISTAT festgelegte Kodex verwendet, dessen erste 3 Zeichen für die Provinz stehen und die darauffolgenden 3 die fortlaufende Nummer der Gemeinde in der Provinz darstellen.

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

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

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

Wenn die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999999.

Pflichtfeld.

13. Staatsbürgerschaft der versorgten Person (CITTADIN)

Es ist das Land, dessen Staatsbürgerschaft ein Patient innehat, anzugeben. Hat der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, den Code der vom Patienten gewählten eingeben.

Folgende Codes sind zu verwenden:

italienische Staatsbürgerschaft = 100;

ausländische Staatsbürgerschaft = 3-stelliger Landeskodex des Innenministeriums;
 staatenlose = 999;
 unbekannte Staatsbürgerschaft = 998.
Pflichtfeld.

14. Persönlicher Sanitätskode (COD SANI)

Für die beim Landesgesundheitsdienst Eingetragenen besteht der Code aus der Nummer des Sanitätsausweises, begrenzt auf die Ziffern der Nummer zwischen den beiden Querstrichen (Symbol „/“) ohne die beiden letzten Ziffern, welche das Geburtsdatum darstellen. Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst eingetragen, wird der Sanitätscode automatisch anhand eines Rechenverfahrens erstellt, das dem Patienten auf der Grundlage der meldeamtlichen Daten einen eindeutigen Code zuweist.

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

Pflichtfeld für versorgten Personen mit Kodex STP, TEAM, ENI oder sonstige (Kodex 2, 4, 9 oder unter der Variable (19) "Identifikationskodextyp der versorgten Person").

15. Wohnsitzregion der versorgten Person (REG RESI)

Es ist die Wohnsitzregion, in deren Einwohnermeldeamt der Bürger eingetragen ist, anzugeben. Die Kodifizierung der Daten nimmt auf den 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.86) in geltender Fassung. Für Ansässige im Ausland den Code des ausländischen Staates, der vom Innenministerium festgelegt wird, angeben. Falls die Gemeinde unbekannt ist (COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997) mit „000“ ausfüllen.

Pflichtfeld.

16. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit der versorgten Person (ASL RESI)

Es ist den Gesundheitsbezirk oder Sanitätsbetrieb, der die Wohnsitzgemeinde der Patienten umfasst, anzugeben. Für die Ansässige sind folgende Codes zu verwenden:

101 = Gesundheitsbezirk Bozen;
 102 = Gesundheitsbezirk Meran;
 103 = Gesundheitsbezirk Brixen;
 104 = Gesundheitsbezirk Bruneck.

Für die nicht Ansässige, sind die 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.1986) zu verwenden. Für ausländischen Wohnsitz ist der Kodex 999 einzugeben.

17. Betreuungsregion (REG ASS)

Es ist die Region, in der sich der versorgende Sanitätsbetrieb befindet, anzugeben. Die Kodifizierung der Daten nimmt auf den 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.1986) in geltender Fassung. Die Betreuungsregion kann von der Wohnsitzregion verschieden sein.

Für Ansässige im Ausland wird das Feld nicht ausgefüllt.

18. Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Betreuung (ASL ASS)

Es ist den Gesundheitsbezirk oder Sanitätsbetrieb, der die Wohnsitzgemeinde der Patienten eingetragen ist, anzugeben. Der versorgende Gesundheitsbezirk kann von dem Wohnsitz- Gesundheitsbezirk verschieden sein. Für die Ansässige sind folgende Codes zu verwenden:

101 = Gesundheitsbezirk Bozen;
 102 = Gesundheitsbezirk Meran;
 103 = Gesundheitsbezirk Brixen;
 104 = Gesundheitsbezirk Bruneck.

Für die nicht Ansässige, sind die 3-Ziffern-Kodex des Gesundheitsministeriums (MD vom 17.09.1986) zu verwenden. Für Ansässige im Ausland wird das Feld nicht ausgefüllt.

19. Identifikationskodextyp der versorgten Person (TIPO ID)

Es ist anzugeben, worauf der Kodex des Feldes (9) "Identifikationskodex" bezieht:

1	=	Steuernummer
2	=	STP (vorübergehend anwesender Ausländer)
3	=	AA (anonym)

4	=	TEAM (persönliche TEAM-Nummer)
9	=	ENI (bedürftige, mittellose EU-Bürger, mit ENI Bescheinigung) ⁷
Z	=	sonstige ⁸

Pflichtfeld.

20. Identifikationskodex der versorgten Person (COD ID)

Es ist den eindeutigen Identifikationskodex anzugeben.

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

Für Ausländer, die die gesetzlichen Einreise- und Aufenthaltsvoraussetzungen in Italien nicht erfüllen, ist der 16-stellige Regionalkodex unter der Abkürzung STP (ital. Abk. f. „vorübergehend eingereister Ausländer“), d. h. (STP + Kodex der Region + Kodex des Sanitätsbetriebes + fortlaufende Nummer) gemäß Dekret des Präsidenten der Republik Nr. 394 vom 31. August 1999 und Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 5 vom 24. April 2000 einzugeben.

Für die nicht ansässigen Ausländer wird die TEAM-Identifikationsnummer eingesetzt (Feld nr.6 von TEAM-Schein).

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

Für die anderen Fälle (TIPO_ID = „Z“), mit dem Kodex (SPAG, ASC, HIC, ansässigen Patienten mit ausländischer Krankenkasse⁹) oder 20 Mal «X» ausfüllen.

Pflichtfeld.

21. Identifikationsnummer TEAM (N TEAM)

Es ist das Feld nr.6 von TEAM-Schein anzugeben.

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn es sich um einen nichtansässigen, ausländischen Bürger mit TEAM-Schein handelt (Kodex 4 unter der Variablen (19) „Identifikationstyp der versorgten Person“).

22. Code der zuständigen TEAM-Institution TEAM (COD IST)

Es ist das Feld nr.8 von TEAM-Schein anzugeben.

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn es sich um einen nichtansässigen, ausländischen Bürger mit TEAM-Schein handelt (Kodex 4 unter der Variablen (19) „Identifikationstyp der versorgten Person“).

23. Kurzbezeichnung TEAM-Institution TEAM (DEN IST)

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn es sich um einen nichtansässigen, ausländischen Bürger mit TEAM-Schein handelt (Kodex 4 unter der Variablen (19) „Identifikationstyp der versorgten Person“).

24. Staat TEAM (ST ESTERO)

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn es sich um einen nichtansässigen, ausländischen Bürger mit TEAM-Schein handelt (Kodex 4 unter der Variablen (19) „Identifikationstyp der versorgten Person“).

25. Vorgesehene Betreuungsform TEAM (TIPO TEAM)

Folgende Codes sind zu verwenden:

E111 o E106

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn es sich um einen nichtansässigen, ausländischen Bürger mit TEAM-Schein handelt (Kodex 4 unter der Variablen (19) „Identifikationstyp der versorgten Person“).

26. Verfallsdatum TEAM (DATA SCAD)

Das Feld kann ausgefüllt werden, wenn es sich um einen nichtansässigen, ausländischen Bürger mit TEAM-Schein handelt (Kodex 4 unter der Variablen (19) „Identifikationstyp der versorgten Person“).

⁷ Der ENI Code ersetzt den CTA Code (vorübergehend betreute Bürger).

⁸ Der Z Code enthält den SPAG Code (selbstzahlender Ausländer), den ASC Code (sonstiger konventionierter Ausländer) und den HIC Code (Rentner und Familienmitglieder von Berufstätigen, die in einem anderen Land wohnen als das Familienoberhaupt).

⁹ Bei einem Patienten mit Wohnsitz und ausländischer Krankenkasse wird mit der vom Finanzministerium zugewiesenen offiziellen Steuernummer ausgefüllt, also der Nummer, die auf dem Gesundheitsausweis angegeben ist.

13.2. KLINISCHE DATEN

1. Übermittelnder Gesundheitsbezirk (ASL INVI)

Es ist den übermittelnden Gesundheitsbezirk anzugeben.

Folgende Codes sind zu verwenden:

- 101 = Gesundheitsbezirk Bozen;
- 102 = Gesundheitsbezirk Meran;
- 103 = Gesundheitsbezirk Brixen;
- 104 = Gesundheitsbezirk Bruneck.

Pflichtfeld.

2. Nummer der Verschreibung (NUM IMP)

Es ist die Nummer der Verschreibung anzugeben (Strichkode, ausschließlich dem Sonderzeichen am Anfang der zwei Felder, welche die Rezeptnummer bilden) und das Feld PRES_IMP mit „1“ ausfüllen.

In Bezug auf Verschreibungen NRE (Neue elektronische Rezept), muss man die Nummer der Verschreibung AAA (Code der Region oder der Autonomen Provinz) + BB (alphanumerischer Code) + C (Identifikationscode) + DDDDDDD (numerischer Code) + EE (Protokolls Nummer) und das Feld PRES_IMP mit „2“ ausfüllen.

In Fällen von Leistungen ohne Verschreibung (z.B. Notaufnahme, einige Leistungen im Territorium oder zu Hause) muss das Feld folgendermaßen zusammengesetzt sein: 999 + Jahr (2 Zeichen) + Code des Gesundheitsbezirkes (1 Zeichen) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirkes (8 Zeichen) + 0 und das Feld PRES_IMP muss mit „0“ ausgefüllt werden.

Pflichtfeld.

3. Vorhandensein einer Verschreibung (ID IMPEG)

Die Verschreibungs-ID-Nummer kennzeichnet unmissverständlich im Laufe der Jahre die einzelne Verschreibung innerhalb des gleichen Sanitätsbezirkes, und das bedeutet, dass die Nummer zu Beginn des Jahres nicht neu angefangen werden darf.

Pflichtfeld.

4. Fortlaufende Zeile für Verschreibung (PROG IMP)

Es ist die Fortlaufende Nummer der Leistungen einer Verschreibung anzugeben. Beginnt immer mit 01, der ersten Zeile/Datensatz der Verschreibung und der ersten Leistung; der Wert 02 bezeichnet die zweite Leistung, und so weiter.

Die letzte Zeile/Datensatz 99 muss immer vorhanden sein und kennzeichnet das Ende der Verschreibung.

Jede Verschreibung muss mindestens zwei Zeilen/Datensätze aufweisen: Die Zeile 01 und die Zeile 99.

Die Zeilen/Datensätze mit einem anderen Wert als „99“ im Feld „fortlaufende Zeile“ bedeuten, dass die Felder vollständig ausgefüllt werden müssen, bzw. es müssen alle Informationen über den Patienten und die Verschreibung eingetragen werden, mit Ausnahme des Feldes „Ticketbetrag“, in das NICHTS eingetragen werden darf.

In die letzte Zeile/Datensatz mit Wert 99 im Feld „fortlaufende Zeile“ müssen das bezahlte Ticket, der gesamte auszugleichende Nettobetrag und alle Informationen, ausschließlich diejenigen, die sich spezifisch auf die Leistung beziehen (z.B. Leistungscode, Menge, Datum der Leistung, Tarifverzeichnungsschlüssel, Priorität der Leistung), eingetragen werden.

Pflichtfeld.

27. Vorhandensein einer Verschreibung (PRES IMP)

Es ist anzugeben, ob für die erbrachte Leistung eine Verschreibung auf Landes- oder nationalem Rezeptblock ausgestellt wurde. Folgende Codes sind zu verwenden:

- 0 = Verschreibung des Landes- oder des nationalen Gesundheitsdienstes fehlt;
- 1 = Verschreibung des Landes- oder des nationalen Gesundheitsdienstes vorhanden;
- 2 = Verschreibung NRE.

Pflichtfeld.

28. Zugangs-Id (ID ACC)

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

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

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

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

Pflichtfeld für einen Zugang zur Notaufnahme (Kodex 1, 2, 11, 12 oder unter der Variable (33) "Zugangsform").

29. Art der Verschreibung (TIPO IMP)

Es ist den Kennzeichnungsschlüssel für eine Verschreibung für Ausländer oder Seeleute anzugeben, falls das einschlägige Feld auf der Verschreibung ausgefüllt ist. Folgende Codes sind zu verwenden:

EE = Außereuropäische Versicherte, die sich vorübergehend in Italien aufhalten;

UE = Europäische Versicherte, die sich vorübergehend in Italien aufhalten;

NA = SASN - Betreuungsberechtigte mit ambulatorischer Untersuchung;

ND = SASN - Betreuungsberechtigte mit Hausbesuch;

NE = Betreuungsberechtigte ausländischer Einrichtungen;

NX = Außereuropäischer SASN - Betreuungsberechtigter;

ST = Ausländer, der sich vorübergehend in Italien aufhält.

Per i assisiti SSN residenti il campo non va compilato.

Für ansässige Betreuungsberechtigte des Nationalen Gesundheitsdienstes ist das Feld nicht auszufüllen.

Im Falle von ausländischen Versicherten (TEAM) mit UE ausfüllen.

30. Datum der Verschreibung (DATA IMP)

Es ist das Datum der Verschreibung im Format ttmjjjj anzugeben.

Pflichtfeld.

31. Vom Facharzt vorgeschlagene Verschreibung (IMP SUGG)

Es ist im Falle einer vom Facharzt vorgeschriebenen Verschreibung den Buchstaben S anzugeben, wenn das entsprechend Feld auf dem Rezept ausgefüllt ist.

32. Priorität der Leistung (PRI PRES)

Es ist die Prioritätsklasse der Leistung anzugeben, die auf einem Vormerkkalender basiert ist, das den Zugang zu Vormerkungen in Bezug Auf die Gesundheitsrichten des Patienten und damit die Schwere des Krankheitsbildes unterscheidet.

Die Angabe erfolgt durch den verschreibenden Arzt; wenn in den Verschreibungen mehr als eine Leistung vorhanden ist, muss ihnen dieselbe Prioritätsklasse zugewiesen werden.

Folgende Codes sind zu verwenden:

U = Dringend (in kürzest möglicher Zeit, jedoch innerhalb von 24 Stunden durchzuführen);

B = Prioritär (innerhalb von 10 Tagen durchzuführen);

D = Aufschiebbar (innerhalb von 30 Tagen für Visiten oder 60 Tagen für diagnostisch-instrumentelle Untersuchungen durchzuführen)

P = Programmiert (Leistungen, die für einen längeren Zeitraum programmiert werden können, da sie die Prognosen nicht beeinflussen und keine Schmerzen, Funktionsstörungen oder Behinderungen verursachen. Sie müssen über der Höchstzeit für die entsprechende aufschiebbare Leistung und ab dem 1.1.2020 auf jeden Fall innerhalb von 120 Tagen ausgeführt werden.

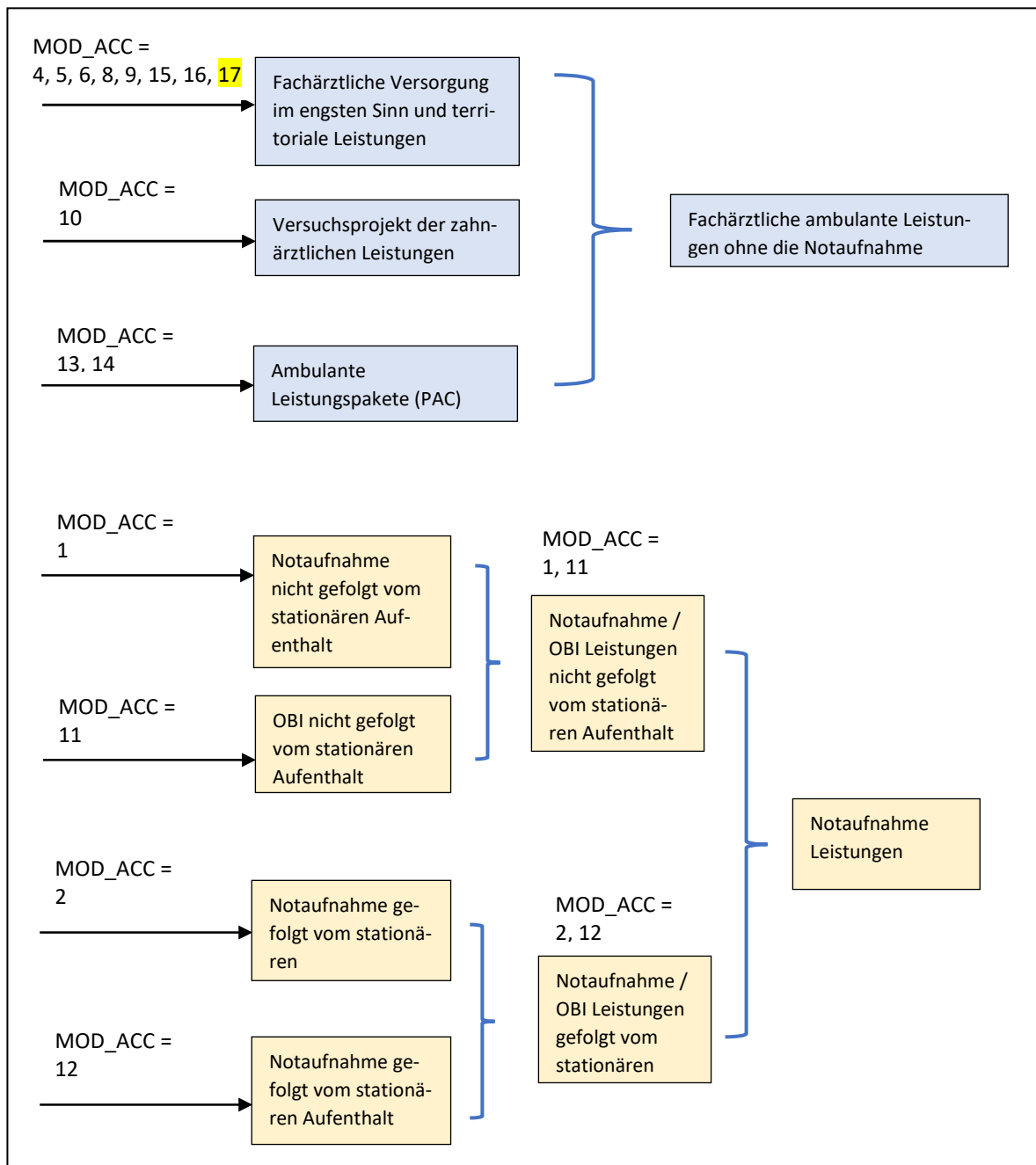
33. Zugangsform (MOD ACC)

Die verschiedenen Zugangsformen werden in Bild 1 beschreibt. Folgende Codes sind zu verwenden:

1 = Auf der Notaufnahme-Station behandelter Patient ohne darauffolgenden KH-Aufenthalt;

2 = Auf der Notaufnahme -Station behandelter Patient mit darauffolgendem KH-Aufenthalt in der gleichen oder einer anderen Einrichtung;

Bild 1 – Zugangsformen für die Versorgung der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen



4 = direkter Zugang (für die zulässigen Fachbereiche);

5 = Fachärztliche Leistung mit Verschreibung eines Allgemeinmediziners/Kinderarztes freier Wahl oder eines anderen Facharztes;

6 = territoriale Leistungen (Leistungen mit Kürzel = "TD": Code 2110, 2120, 3160, 3181, 3183, 75350 oder "TD_S": Code 900.10, der ab 01/08/2006 den Code 71285 ersetzt) oder "TD-PCT";

8 = Screening;

9 = Sonstiges (interne Verschreibung, selbstzahlende Privatpatienten, psychologische Leistungen, usw.);

10 = Zahnbetreuung auf dem Territorium;

11 = Patient wurde im OBI behandelt ohne darauffolgenden KH-Aufenthalt;

12 = Patient wurde im OBI behandelt mit darauffolgendem KH-Aufenthalt in der gleichen oder einer anderen Einrichtung;
 13 = Chirurgische Leistungspakete;
 14 = Nicht chirurgische Leistungspakete;
 15 = Hausleistungen;
 16 = medizinisch-unterstützte Befruchtung (MUB);

17 = Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (NPIA).

Pflichtfeld.

34. Art der Einrichtung (TIP STRU)

Es ist anzugeben, ob die Leistung von einer öffentlichen oder konventionierten privaten Einrichtung erbracht wird und ob es sich um eine territoriale Einrichtung oder ein Krankenhaus handelt. Folgende Codes sind zu verwenden:

1 = Der Dienst, das Ambulatorium oder Polyambulatorium, das die fachärztliche ambulatorische Leistung erbringt, befindet sich innerhalb einer öffentlichen Krankenanstalt;
 2 = Ambulatorium oder öffentlicher Dienst außerhalb einer Krankenanstalt territorial;
 3 = Privates konventioniertes Ambulatorium innerhalb einer konventionierten privaten Einrichtung;
 4 = privates konventioniertes Ambulatorium außerhalb einer konventionierten privaten Einrichtung.

Pflichtfeld für einen anderen Code als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

35. (leeres Feld)

36. Leistungserbringende Einrichtung STS11 (CO STS11)

Es ist den Provinzcode der leistungserbringenden Einrichtung, wie im ministeriellen Vordruck STS.11 vorgesehen, anzugeben.

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

37. Spezialgebiets-Code (SPEC)

Es ist den in Anlage E vorgesehene Spezialgebiets-Code des Ambulatoriums anzugeben.

Wenn die Leistung diese folgenden Leistungen betrifft, muss der Fachbereich erhoben werden, der jedoch nicht gleich „000“ sein kann.

CODE	BESCHREIBUNG	FACHBEREICH	SPEZIALGEBIET
89.01 89.01.x	ANAMNESE UND VALUTATION, ALS KURZ DEFINIERT - Verkürzte Anamnese und Valutation. Folgevisite. Gynäkologische Beratung: präkonzeptionell, onkologisch, bei Klimakterium, postchirurgisch, pränatal, NNB. Ostetrische Konsulenz bei Risikoschwangerschaft, bei Fertilitätsproblemen und endokrinologischen Problemen. Genetische Konsulenz. Klinische neuropsychologische Verhaltensprüfung: bei Sprachstörungen, bei Intelligenzabbau, Neglektuntersuchung, psychodiagnostische Untersuchung. Visite für Überwachung der Antikoagulantientherapie	Siehe Anlage D	Siehe Anlage E
89.13	NEUROLOGISCHE VISITE	15 (Neurologie)	30 (Neurochirurgie) 32 (Neurologie) oder siehe Anlage E
89.26.1 89.26.2 89.26.3 89.26.4	GYNÄKOLOGISCHE/GEBURTSHILFLICHE VISITE	20 (Geburtshilfe und Gynäkologie)	37 (Geburtshilfe und Gynäkologie) oder siehe Anlage

CODE	BESCHREIBUNG	FACHBEREICH	SPEZIALGEBIET
			E
95.02	KOMPLETTE UNTERSUCHUNG DES AUGES - Augenuntersuchung, alle Abschnitte betreffend. Inbegriffen: allfällige Brillenverordnung. Der Kodex kann nicht in Kombination mit dem Kodex 95.01 verwendet werden	16 (Augenheilkunde)	34 (Augenheilkunde) oder siehe Anlage E
89.7 89.7x.x	ÄRZTLICHE VISITE - Fachärztliche Visite. Erstvisite - Ausgenommen: neurologische Visite (89.13), gynäkologische Visite (89.26), Augenvisite (95.02)	Siehe Anlage D	Siehe Anlage E

38. Diagnoseverdacht (DIAG SOS)

Es ist ein vom verschreibenden Arzt auf der Verschreibung angegebenen Diagnoseverdacht (Code ICD9-CM) anzugeben.

39. Vormerkungsdatum (D PRENOT)

Es ist das Datum im Format ttmjijj anzugeben, an dem der Patient, die Leistung anfordern muss, mit dem Vormerkssystem in Kontakt kommt. Das Datum bezieht sich auf jede Zugangsform auf das Vormerkssystem, auch wenn beispielsweise der Allgemeinarzt die Vormerkung direkt vornimmt. Im Falle von Leistungszyklen das Vormerkdatum der ersten Leistung/Sitzung des Zyklus angeben. Für die Leistungen ohne Vormerkung (z.B. Leistungen mit direktem Zugang bei Notaufnahmeverleistungen) das Leistungsdatum angeben.

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

40. Tarifverzeichnis-Schlüssel (C NOMENC)

Folgende Codes sind zu verwenden:

N = Leistungen, die im nationalen Tarifverzeichnis enthalten sind;

I = auf Landesebene zusätzliche eingefügte Leistungen;

N-A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf nationale Ebene;

I-A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf Landesebene;

S = Leistung PS25 oder OBI60;

F = außerhalb der Provinz angeforderte/erbrachte Leistung.

Die Codes N, I, A und S sind im Landestarifverzeichnis im Feld „NOTA_PROV“ für jede Leistung festgelegt.

Wenn es sich um eine Leistung handelt, die von einer Landeseinrichtung bei einer Einrichtung außerhalb des Landes beantragt wurde und die im Landestarifverzeichnis keine Codes hat (zum Beispiel die Leistungen mit Codes von XXXXX1 bis XXXXX18, für die sich der Sanitätsbetrieb Bozen an Einrichtungen außerhalb der Provinz gewendet hat) mit „F“ ausfüllen (Außer Provinz).

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

41. (leeres Feld)

42. Anzahl der Leistungen (NUM PRES)

Es ist die Leistungsmenge pro Leistungscode anzugeben. Sollten Leistungen unter Angabe des Zyklus verschrieben worden sein, ist die Zahl der tatsächlich durchgeführten Behandlungssitzungen anzugeben.

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als „99“ unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

43. Zyklus (CICLO)

Es ist anzugeben, ob die erbrachte Leistung sich in einen Leistungszyklus einordnet.

Im Rahmen eines Leistungszyklus können nur solche Leistungen erbracht werden, für die der Zyklus (unter Angabe der maximalen Zahl an Behandlungssitzungen) in der Leistungsbeschreibung des Landestarifverzeichnisses angegeben ist.

Eine Verschreibung mit Rehabilitations-Zyklen darf nicht mehr als drei Leistungscode enthalten

(sechs Leistungscodes im Falle der in Art. 1 des Dekrets des Gesundheitsministeriums vom 20.10.1998 genannten spezifischen Krankheiten), und bei allen muss es sich um zyklisch zu erbringende Leistungen handeln.

Ein Zyklus darf nicht mehr als 16 oder 6 Leistungen (Behandlungssitzungen) umfassen, also die in jeder Leistungsbeschreibung angegebene Zahl der Sitzungen pro Zyklus. Für den Fall, dass mehr als 10 Behandlungssitzungen verschrieben werden sollen, müssen diese auf zwei oder mehr Zyklen verteilt werden (z.B: 14 Leistungen werden auf der Verschreibung in einen Zyklus von 10 und einen Zyklus von 4 aufgeteilt).

Auf einer Verschreibung dürfen keine zyklischen Leistungen zusammen mit Einzelleistungen (also keine Behandlungszyklen) verschrieben werden.

Folgende Codes sind zu verwenden:

0 = Nicht zu einem Zyklus gehörende Einzelleistung;

1 = Leistung innerhalb eines Leistungszyklus,

Pflichtfeld.

44. Datum des Zyklusbeginns (D CICLO)

Es ist das Datum im Format ttmjjjj, an dem die erste Leistung eines Zyklus erbracht wurde.

Pflichtfeld bei Zyklusleistungen (Kodex 1 unter der Variable (43) „Zyklus“ und für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

45. Leistungsdatum (DATA ERO)

Es ist das Datum im Format ttmjjjj anzugeben, an dem die Leistung erfolgt ist.

Im Falle eines Behandlungszyklus den Abschlusstag des Zyklus eintragen.

Im Falle von mit einem anderen Datum als dem tatsächlichen Leistungsdatum registrierten Verschreibungen ist es unbedingt erforderlich, den tatsächlichen Leistungstag einzutragen.

In der Zeile 99 muss das jüngste Datum der Verschreibung, d.h. das Datum der letzten Leistung oder das Datum des Abschlusses der Verschreibung eingetragen werden.

Pflichtfeld.

46. Diagnosebefund (DIAG REF)

Es ist den Diagnosebefund (Code ICD9-CM) der erbrachten Leistung anzugeben.

47. Befunddatum (DATA REF)

Es ist das Datum im Format ttmjjjj anzugeben, an dem der Befund ausgestellt wurde.

48. Fachbereich-Code (BRANCA)

Es ist den Fachbereichs-Code der Leistung entsprechend Anlage D anzugeben.

Falls eine Leistung im Verzeichnis „Sonstige Leistungen“ (Fachbereich 26) enthalten ist, und auf einer Verschreibung mit Leistungen steht, die einem anderen Fachbereich angehören, so muss sie auch diesem Fachbereich zugeordnet werden. Falls eine dieser Leistungen hingegen einzeln verschrieben wird, so muss sie dem Fachbereich der leistenden Kostenstelle/ des Facharztes zugeordnet werden („Einheitstext der Leitlinien“ - Anlage des Beschlusses der L.R. Nr. 2390 vom 14.06.1999).

Nur falls der leistenden Kostenstelle/dem Facharzt kein Fachbereich entspricht (z. B. Pädiatrie, Medizin, Geriatrie) darf der Code 26 zugeordnet werden.

Dem Fachbereichsverzeichnis des Ministeriums entsprechend wurde für die Leistung mit Code OBI60 ein weiterer fiktiver Landescode „60“ eingeführt.

Pflichtfeld.

49. Leistungsregelung (REG EROG)

Es ist den Leistungsträger, der den Tarif für die Leistung rückvergüten muss, anzugeben. Folgende Codes sind zu verwenden:

1 = ganz oder teilweise vom nationalen Gesundheitsdienst zu tragender Leistung (für vom Ticket befreite oder nicht befreite Patienten oder nicht zu zahlendes Ticket);

2 = Rückerstattung (ein Dritter zahlt);

3 = Selbstzahler oder Leistung, für die der Patient direkt den vollen Tarif zahlt;

4 = Sonstiges;

5 = Selbstzahlender Privatpatient in Notaufnahme mit darauffolgendem KH-Aufenthalt, die nicht

zahlen müssen.
Pflichtfeld.

50. Ticketposition des Betreuten (POS TICK)

Es ist die Ticket-Position des Betreuten (Bild 2). Folgende Codes sind zu verwenden:

- 2 = nicht vom Ticket befreit: Patient zahlt einen Betrag in Höhe der derzeitigen Selbstbeteiligung von 36,15 Euro oder darunter; für alle fachärztlichen Leistungen, ausschließlich der Notaufnahme-Leistungen;
- 5 = 50%ige Ticketreduzierung: Steuerlich von den Eltern oder einem Elternteil abhängiges Kind, das einen Betrag von 18,08 Euro oder weniger bezahlt; für alle Leistungen außer den Notaufnahme-Leistungen;
- 12 = befreit /nicht zu zahlendes Ticket;
- 13 = nicht vom Ticket befreit für alle Notaufnahme /OBI-Leistungen;
- 14 = selbstzahlender Privatpatient: Patient, der die akkreditierten Einrichtungen des Landesgesundheitsdienstes privat und ohne Verschreibung in Anspruch nimmt, ohne versichert zu sein, usw.;
- 15 = 50%ige Ticketreduzierung: Steuerlich von den Eltern oder einem Elternteil abhängiges Kind, für alle Leistungen der Notaufnahme /OBI-Leistungen;
- 16 = Verlassen der Notaufnahme vor dem Zutritt zu den Behandlungsbereichen.

Bild 2 – Zusammenfassung für die Ausfüllung des Felds von Ticket-Position

	Beschreibung	Beträge	Code POS_TICK
Nicht Notaufnahme Leistungen	Nicht-Notaufnahme-Leistung für Ticketbefreite	Ticketbetrag = 0	12
	Nicht- Notaufnahme-Leistungen für Nicht-Ticketbefreite	Ticketbetrag = Leistungstarifbetrag bis maximal 36,15 Euro pro Fachbereich	2
	Nicht- Notaufnahme-Leistung für zahlenden Privatpatienten	Leistungsbetrag zum Tarif für zahlende Privatpatienten	14
	Nicht- Notaufnahme-Leistung für steuerlich von den Eltern abhängige Kinder	50% des Betrags für die durchgeführten fachärztlichen Leistungen bis zu maximal 18,08 Euro pro Fachbereich	5
Notaufnahme Leistungen	Notaufnahme-Leistungen für Ticketbefreite	Ticketbetrag = 0	12
	Notaufnahme-Leistungen in Bezug auf Zugänge mit darauffolgendem Aufenthalt oder mit keinen Kostenbeteiligung, aufgrund weiterer Ausschlusskriterien gemäß Beschluss LR 983/2019)	Ticketbetrag = 0	12
	Nicht dringende Notaufnahme-Leistungen für Nicht-Ticketbefreite	Ticketbetrag = 25,00 Euro	13
	Gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen für zahlenden Privatpatienten	Leistungsbetrag zum Tarif für zahlende Privatpatienten	14
	Notaufnahme-Leistungen für steuerlich von den Eltern abhängige Kinder	Ticketbetrag = 12,50 Euro (50% Ticketbetrag der EH)	15
	Verlassen der Notaufnahme vor dem Zutritt zu den Behandlungsbereichen	Ticketbetrag = 0 oder 12,50 oder 25,00 Euro	16
OBI	OBI-Leistung für Ticketbefreite	Ticketbetrag = 0	12
	OBI-Leistung für Nicht-Ticketbefreite	Ticketbetrag = 0 oder 25,00 Euro	13
	OBI-Leistung ohne darauffolgenden Aufenthalt für zahlenden Privatpatienten	Ticketbetrag = 250,00 Euro (Festbetrag für OBI) + Betrag der Leistungen	14

Folgende Codes sind nicht mehr gültig:

- 1 = befreit /nicht zu zahlendes Ticket: Für alle fachärztlichen Leistungen, ausschließlich der nicht gerechtfertigten Notaufnahme-Leistungen;
- 4 = selbstzahlender Privatpatient: Patient, der die akkreditierten Einrichtungen des Landesgesund-

heitsdienstes privat und ohne Verschreibung in Anspruch nimmt, ohne versichert zu sein, usw.; für alle fachärztlichen Leistungen, ausschließlich der nicht gerechtfertigten Notaufnahme-Leistungen;
6 = Ticket in Höhe von 7,5 Euro: Steuerlich von den Eltern oder einem Elternteil abhängiges Kind; für gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen;
7 = Ticket in Höhe von 15 Euro: Nicht-Ticketbefreite für gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen;
8 = Festbetrag von 50 Euro für nicht gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen für Ticketbefreite;
9 = Festbetrag von 50 Euro für nicht gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen für steuerlich von den Eltern oder einem Elternteil abhängiges Kind;
10 = Festbetrag von 50 Euro für nicht gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen für Nicht-Ticketbefreite;
11 = Festbetrag von 50 Euro für nicht gerechtfertigte Notaufnahme-Leistungen für zahlende Privatpatienten.
Pflichtfeld.

51. Befreiungsart (TP ESENZ)

Es ist die Befreiungsart anzugeben. Folgende Codes sind zu verwenden (Anlage F):

N = Keine Befreiung;

R = Befreiung aus Einkommensgründen;

C = Befreiung aus Altersgründen (zum Beispiel auf der Verschreibung nicht vorgesehen);

P = Befreiung wegen Krankheit;

X = Befreiung aufgrund darauffolgenden KH-Aufenthaltes (kein Ticket);

A = Sonstige Befreiung (zum Beispiel Unterhaltspflicht für Kinder).

Das Feld ist verpflichtend für Zugangsform, die nicht NPIA sind (Codes ungleich 17 in der Variablen (33) „Zugangsform“).

52. Befreiungscode (CD ESENZ)

Es ist den Befreiungscode von dem Ticketbetrag des Patienten anzugeben. Um dieses Feld auszufüllen, siehe die Anlage G. Im Falle der Befreiung wegen chronischer oder invalidierender Krankheiten die ersten drei Ziffern des Befreiungscodes der Krankheit oder der auf dem Rezept angegebenen Bedingung eintragen (M.D. Nr. 329 vom 28.05.1999). Im Falle der Befreiung wegen seltener Krankheiten den auf dem Rezept angegebenen Befreiungscode eintragen (M.D. Nr. 279 vom 18.05.2001). Unbeschadet den von der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Verschreibungsgrenzen kann das einzelne Rezept nicht gleichzeitig befreite und nicht befreite Leistungen verschreiben.

Das Feld ist verpflichtend für Zugangsform, die nicht NPIA sind (Codes ungleich 17 in der Variablen (33) „Zugangsform“).

53. Ticketbetrag (IMP TICK)

Es ist den vom Patienten für die einzelne Verschreibung bezahlte Betrag anzugeben (siehe Kapitel 14).

Das Feld ist nur in der Zeile/Datensatz mit "fortlaufende Zeile" gleich "99" auszufüllen.

Im Falle von steuerlich von den Eltern oder einem Elternteil abhängigen Kindern ist das Ticket auf 50% zu senken, doch der Leistungsbetrag in den Einzelzeilen (Feld "fortlaufende Zeile" von 1 bis 8) ist nicht zu halbieren, sondern so einzusetzen, wie er im Landestarifverzeichnis steht (multipliziert mit der Menge der erbrachten Leistungen).

Pflichtfeld.

54. Gesamtbetrag (IMP TARI)

In der Zeile/Datensatz mit einem anderen Wert "99" im Feld "fortlaufende Zeile" den als Produkt des Feldes "Anzahl der Leistungen" und dem Leistungstarif berechneten Betrag eintragen, mit Ausnahme der Fälle, in denen sich der Tarif auf den gesamten Leistungszyklus oder auf die gesamte Behandlung und nicht auf die einzelne Sitzung bezieht (z. B. 14.24, 92.29.U, 93.10, 93.89.1, 94.45, 93.37, usw.).

In der Zeile/Datensatz mit Wert "99" im Feld "laufende Zeile" den Nettobetrag eintragen, das heißt die Summe der um den Ticketbetrag gekürzten Gesamtbeträge (siehe Kapitel 14).

Pflichtfeld.

55. Nummer des Krankenhausentlassungsbogens (NOSOGRAF)

Es ist denselben fortlaufenden Code des Aufenthaltes wie im Krankenhausentlassungsbogen anzugeben.

Pflichtfeld für den Patienten mit Einweisung in eine Krankenhausabteilung (Kodex 2 oder 12 unter der Variable (33) „Zugangsform“).

56. Leistungserbringende Einheit (CDC)

Es ist die Kennnummer des Erbringungsortes im Sinne des Beschlusses der Landesregierung Nr. 1193 vom 11.04.2005 "System zur Gebarungskontrolle des Landesgesundheitsdienstes: Genehmigung der Richtlinien betreffend die Kostenerhebung, das Kodifizierungssystem der Kostenstellen, den Plan der Produktionsfaktoren und die Datensatzstruktur" und darauffolgende Änderungen, anzugeben.

Falls im Gesundheitssprengel Bozen für andere Gesundheitssprengel Leistungen erbracht werden, muss die Kostenstelle der Leistung eingegeben werden.

Wenn z. B. eine Entnahme in Brixen gemacht wird und dann an den Dienst für pathologische Histologie von Bozen zur fachlichen Untersuchung zugeschickt wird, müssen beide Kostenstellen erhoben werden: für die Entnahme jene von Brixen und für die restlichen Untersuchungen jene des landesweiten Dienstes von Bozen.

Die Daten der Verschreibung müssen vom Gesundheitssprengel, der die Entnahme vorgenommen hat, an die Provinz übermittelt werden, d.h. der Gesundheitssprengel, an den sich der Patient gewandt hat (im obgenannten Beispiel ist es der Gesundheitssprengel Brixen).

Feld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

57. Art der Übermittlung (TIPO OPER)

Technisches Feld, das für die Unterscheidung zwischen der Übermittlung von neuen, geänderten oder eventuell gelöschten Daten verwendet wird. Folgende Kodexe sind zu verwenden:

I = Eingabe (Übermittlung von neuen Daten oder erneute Übermittlung von vorher aus dem Erfassungssystem ausgesonderten Daten);

V = Änderung (Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem überschrieben werden sollen);

C = Löschung (Übermittlung von Daten, die vom Erfassungssystem gelöscht werden sollen).

Pflichtfeld.

58. Gruppierungscode (COD RAG)

Es ist anzugeben, ob das Rezept informatisiert ist oder nicht:

Folgende Kodexe sind zu verwenden:

0 = manuelles Rezept;

1 = informatisiertes Rezept mit markiertem Feld „Stampa PC“ (PC-Druck) und Steuernummer als Strichcode;

2 = informatisiertes Rezept mit markiertem Feld „Stampa PC“ (PC-Druck).

Pflichtfeld.

59. Nicht übereinstimmende Steuernummer (CF DISC)

Es ist den Buchstaben „D“ anzugeben, wenn die Steuernummer im Feld COD_ID (entspricht jener der Verschreibung) nicht mit jener der Gesundheitskarte übereinstimmt oder wenn der Patient die Gesundheitskarte nicht bei sich hat. Es wird darauf hingewiesen, dass nur der Leistungserbringer oder der Schalterbeauftragte diese Überprüfung durchführen kann und dieses Feld im Falle von Unregelmäßigkeiten ausfüllen darf.

60. Verspätete Übermittlung (ALTRO)

Es ist die Art der Übermittlung anzugeben. Folgende Kodexe sind zu verwenden:

1 = verspätete Übermittlung der Änderungen;

V = Übermittlung doppelter Verschreibungen;

W = Übermittlung suspendierter doppelter Verschreibungen.

61. Kostenstelle des Sanitätsbetriebes (CDC AS)

Es ist den Code der Kostenstelle anzugeben, wo die Leistung erbracht wird, laut Kostenstellenplan des Sanitätsbetriebes¹⁰.

62. Code TD (COD TD)

Es ist den Code des diagnostisch-therapeutischen Prozesse was Störungen des autistischen Spektrums anbelangt (Beschluss der Landesregierung Nr. 1492 vom 28.12.2017) anzugeben; die Leistungs-codes bestehen aus maximal sieben Zeichen (Anlage J).

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“ und wenn die Variable (63) „Code Verschreibung NPI oder NPA“ ausgefüllt ist.

63. Code Verschreibung NPI oder NPA (IMP MADRE)

Es ist die Nummer der Verschreibung von dem Code des diagnostisch-therapeutischen Prozesse was Störungen des autistischen Spektrums anbelangt (Beschluss der Landesregierung Nr. 1492 vom 28.12.2017) anzugeben.

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“ und wenn die Variable (62) „Code TD“ ausgefüllt ist.

64. Zugangsart (TIPO ACCESSO)

Es ist anzugeben, ob die fachärztlichen Leistungen sich auf Beziehen

- Erstzugang (das klinische Problem eines Patienten wird zum ersten Mal innerhalb des LGD in Angriff genommen; vertiefende eingehende Visite oder Leistung, welche von einem Facharzt erbracht wird, der nicht der erste Betreuer ist; ein chronisch-kranker Patient, der dem Gesundheitsdienst bereits bekannt ist, hat ein neues klinisches Problem, das nicht in Zusammenhang mit der bereits festgestellten Krankheit steht;
- Folgezugangsleistung (vertiefende eingehende Visite oder Leistung, welche von einem Facharzt erbracht wird, der erste Betreuer ist; Kontrolle; Follow-Up).

Folgende Kodexe sind zu verwenden:

0 = Andere Zugangsart;

1 = Erstzugang.

65. Garantie der maximalen Wartezeit (GARANZIA)

Es ist die Situationen anzugeben, für die der Patient auf die Garantie der maximalen Wartezeit zugreift, oder aus verschiedenen Gründen (einschließlich der Wahl des Patienten außer der ersten Verfügbarkeit) ist der LGD nicht verpflichtet, die Enthaltung der maximalen Wartezeit zu gewährleisten Prioritätsklasse in der Verschreibung angegeben.

Folgende Kodexe sind zu verwenden:

0 = Patient, der nicht in die vorherige Kategorie fällt;

1 = Patient, denen maximale Wartezeit garantiert werden müssen

66. Diagnose (DIAGNOSI)

Es ist en vom verschreibenden Arzt auf der Verschreibung angegebenen Diagnoseverdacht im Freitext anzugeben.

67. Code der erbrachten Leistung (COD PRES)

Es ist den Leistungscode entsprechend dem Landestarifverzeichnis (Beschluss der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.1998 und anschließende Änderungen) anzugeben. Das Landestarifverzeichnis übernimmt das auf nationaler Ebene mit dem Ministerialdekret vom 22.07.1996 festgelegte Verschlüsselungs-System für ambulatorische fachärztliche Leistungen. Die Leistungs-codes bestehen aus maximal sieben Zeichen. Leistungen im Interesse oder auf Antrag des Privaten (Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung im Lebens- und Arbeitsumfeld) werden nicht erhoben und sind zu vollen Lasten des Betreuten, wie die Leistungen der Gesundheitsphysik, Leistungen der öffentli-

¹⁰ Das Feld CDC_AS wurde aufgrund der Anfrage des Generaldirektors des Sanitätsbetriebes mit Schreiben vom 07.05.2012 Prot. 0048184-BZ 08.05.2012 eingefügt.

chen Hygiene, Leistungen der Arbeitsmedizin und die Leistungen der Rechtsmedizin (im Landestarifverzeichnis mit dem Code P-DOS, P-LAV, P-LEG verzeichnet).

Analog dazu ist die Einführung einer neuen Leistung in das Landestarifverzeichnis vorgesehen (Code „OBI60“), die sich auf den Pauschalbetrag für die Tätigkeiten im OBI (250,00 Euro) bezieht.

Im Falle des Verlassens der Notaufnahme vor dem Zutritt zu den Behandlungsbereichen, wird die Einführung der Leistung (Code „PS25“) in Bezug auf Beschluss der L.R. Nr. 983 von 19.11.2019 aufgenommen, der das Recht des Sanitätsbetriebs auf die Ticketabholung ist am Ende der Triage Codes beim Zugang fällig.

Pflichtfeld für einen anderen Kodex als 99 unter der Variable (4) „Fortlaufende Zeile für Verschreibung“.

68. Erbringung der Leistung (MOD ERO)

Es ist die Erbringung der Leistung anzugeben.

Folgende Kodexe sind zu verwenden:

A = Ambulanz;

D = Zuhause;

T = Telemedizin.

69. Verschreibender Arzt (PRESCRITTORE)

Es ist die Steuernummer des verschreibenden Arztes anzugeben.

Pflichtfeld für Kodex „1“ oder „2“ unter der Variable (27) „Vorhandensein einer Verschreibung“ (ausgesetzte Kontrolle).

70. Übermittlung der dematerialisierten Verschreibungen, die nicht geschlossen sind (INVIO DEMA)

Es ist die dematerialisierte Verschreibung, die an MEF übermitteln muss, weil sie nicht in dem System der Datensammlung der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol (SAP) geschlossen ist.

Folgende Kodexe sind zu verwenden:

0 = nein;

1 = ja.

71. Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus (CICLO SEDUTE)

Es ist die maximale Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus anzugeben, die in der Verschreibung gezeigt sind.

72. Code der verschreibbaren ausgegebenen (CPP)

Es ist den Leistungscode entsprechend dem Landeskatalogs der verschreibbaren Leistungen (Beschluss der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.1998 und anschließende Änderungen) anzugeben. Der Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen (LKVL) wurde nach der Einführung der Dematerialisierung der Verschreibungs- und Leistungserbringungsverfahren (MD 02.11.2011) definiert und nachfolgend durch Beschluss der Landesregierung Nr. 204 vom 11.02.2013 genehmigt. So sieht insbesondere Art. 2 des MD vom 02.11.2011 vor, dass die Einführung und Umsetzung der Dematerialisierung in den Autonomen Provinzen und Regionen durch eigene Vereinbarungen zwischen dem Wirtschafts- und Finanzministerium (MWF), dem Gesundheitsministerium und den jeweiligen Autonomen Provinzen und Regionen geregelt wird, unter Berücksichtigung der dort bestehenden Systeme. Um die Zielsetzungen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Handhabung der digitalisierten Verschreibungen zu erreichen, wurde ein Code für die Leistungen erstellt, so dass eine eindeutige Zuordnung bei der Verschreibung erfolgen kann. Dieser Code im LKVL aufgenommen.

73. Nummer der Anmerkung (NUMERO NOTA)

Es ist die Nummer der Anmerkung anzugeben, wie im MD vom 09.12.2015 vorgesehen und anschließend mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 169 vom 19.03.2024 umgesetzt. Diese Nummer zeigt die Beschreibung der besonderen Indikationen für die Angemessenheit der Verschreibung oder für die Erbringungsbedingungen.

74. Code der Pathologie (CODICE PAT)

Es ist den Code der Pathologie anzugeben, wie im MD vom 09.12.2015 vorgesehen und anschließend mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 169 vom 19.03.2024 umgesetzt. Dieser Code identifiziert die Pathologien, die mit den Leistungen der Genetik, Zytogenetik, mit onkohämatologischen Leistungen (im Zusammenhang mit genetischen und/oder zytogenetischen Untersuchungen) und mit Immungenetik und Molekulargenetik diagnostiziert werden können.

14. ERHEBUNG GESAMTBETRAG UND TICKETBETRAG

14.1 NICHT NOTAUFNAHME-LEISTUNGEN

Ticketbefreite

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	12	-	TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	12	-	TAR_02	IMP_02 ¹
99			12	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x

² TICK = 0,00

³ IMP_TOT = Summe von IMP_0x

Nicht vom Ticket befreit (Patient zahlt einen Betrag in Höhe der derzeitigen Selbstbeteiligung von 36,15 Euro oder darunter)

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	2		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	2		TAR_02	IMP_02 ¹
99			2	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x

² Wenn (Summe von IMP_0x) ≤ 36,15 → TICK = (Summe von IMP_0x) und IMP_TOT = 0,00

³ Wenn (Summe von IMP_0x) > 36,15 → TICK = 36,15 und IMP_TOT = [(Summe von IMP_0x) - 36,15]

Selbstzahlender Privatpatient

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	14		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	14		TAR_02	IMP_02 ¹
99			14	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x

² TICK = Summe von IMP_0x

³ IMP_TOT = 0,00

50%ige Ticketreduzierung (Patient zahlt einen Betrag in Höhe der derzeitigen Selbstbeteiligung von 18,08 Euro oder darunter)

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	5		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	5		TAR_02	IMP_02 ¹
99			5	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ IMP_0x = NUM_0x * TAR_0x

² Wenn (Summe von IMP_0x) ≤ 36,15 → TICK = [(Summe von IMP_0x)]/2 und IMP_TOT = [(Summe von IMP_0x)]/2

³ Wenn (Summe von IMP_Ox) > 36,15 → TICK = 18,08 e IMP_TOT = [(Summe von IMP_Ox) - 18,08]

14.2 NOTAUFNAHME-LEISTUNGEN

Die Beträge von 12,5 Euro und 25 Euro gelten als Mitbeteiligung des Patienten an den Gesundheitskosten und die einschlägigen Kosten sind in das Feld "Ticketbetrag" einzutragen. Daraus folgt, dass im Falle von Leistungen zu Gunsten von nicht ansässigen Patienten der obige Betrag von dem Betrag abgezogen wird, der den anderen Regionen in Rechnung gestellt wird, wie das bereits für die übrigen vom Patienten bezahlten Ticketbeträge geschieht.

Nimmt der Patient, der einen der obigen Beiträge zahlen muss, Leistungen verschiedener Fachbereiche in Anspruch, ist der feste Betrag nur auf eine der Verschreibungen einzutragen, doch die Ticketposition, 13 oder 14 oder 15, muss auf allen anderen Verschreibungen (eine Verschreibung für jeden Bereich) desselben Patienten wiederholt werden.

Ticketbefreite

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	12	-	TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	12	-	TAR_02	IMP_02 ¹
99			12	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ IMP_Ox = NUM_Ox * TAR_Ox

² TICK = 0,00

³ IMP_TOT = Summe von IMP_Ox

Selbstzahlender Privatpatient

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	14		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	14		TAR_02	IMP_02 ¹
99			14	TICK ²		IMP_TOT ³

¹ IMP_Ox = NUM_Ox * TAR_Ox

² TICK = Summe von IMP_Ox

³ IMP_TOT = 0,00

Nicht vom Ticket befreit (Patient zahlt einen Betrag von 25,00 Euro)

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	13		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	13		TAR_02	IMP_02 ¹
99			13	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ IMP_Ox = NUM_Ox * TAR_Ox

² Wenn (Summe von di IMP_Ox) ≤ 25,00 → TICK = 25,00 und IMP_TOT = 0,00

³ Wenn (Summe von di IMP_Ox) > 25,00 → TICK = 25,00 und IMP_TOT = [(Summe von di IMP_Ox) - 25,00]

50%ige Ticketreduzierung (Patient zahlt einen Betrag von 12,50 Euro)

Fortlaufende Zeile	Code Leistung	Anzahl Leistungen	Ticket Position	Ticket Betrag (Euro)	Leistung Betrag (Euro)	Gesamt betrag (Euro)
01	PRES_01	NUM_01	15		TAR_01	IMP_01 ¹
02	PRES_02	NUM_02	15		TAR_02	IMP_02 ¹
99			15	TICK ^{2,3}		IMP_TOT ^{2,3}

¹ IMP_Ox = NUM_Ox * TAR_Ox

² Wenn (Summe von IMP_Ox) ≤ 12,50 → TICK = 12,50 und IMP_TOT = 0,00

³ Wenn $(\text{Summe von IMP_0x}) > 12,50 \rightarrow \text{TICK} = 12,50$ und $\text{IMP_TOT} = [(\text{Summe von IMP_0x}) - 12,50]$

14.3 ERHEBUNG DER LEISTUNGEN DES OBI

Im Datenfluss der fachärztlichen Leistungen muss, falls eine Verschreibung für das OBI vorliegt, wenigstens eine Verschreibung für die Notaufnahme mit derselben Identifikationsnummer des Zuganges vorliegen (28. ID_ACC).

Es ist erforderlich eine fiktive Verschreibung mit fortlaufender Zeile „1“ und eine Leistungscode „OBI60“ mit Pauschalbetrag von 250 Euro anzugeben.

Für den Fall, dass der in OBI aufgenommene Patienten mit einer blauen Triage beim Zugang codiert wurde und keine Befreiungen/Ausschlusskriterien vorliegen, muss der Betrag in Höhe von 25,00 Euro in das Feld „Ticketbetrag“ der Zeile oder 12,50 Euro im Fälle von abhängigen Kindern eingegeben werden.

ANLAGEN

- Anlage A: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG**
- Anlage B: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT**
- Anlage C: DATENSATZFORMATE (SIAG) ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DIE BEOBACHTUNGSTELLE FÜR GESUNDHEIT**
- Anlage D: CODES DES FACHBEREICHE**
- Anlage E: CODES DER FACHGEBIETE**
- Anlage F: ART DER TICKETBEFREIUNG**
- Anlage G: TICKET BEFREIUNGSCODE**
- Anlage H: CHIRURGISCHE PAC LEISTUNGEN**
- Anlage I: DIE DIAGNOSTISCH-TERAPEUTISCHEN PROZESSE WAS STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS ANBELANGT (ART)**
- Anlage J: DIE DIAGNOSTISCH-TERAPEUTISCHEN PROZESSE WAS STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS ANBELANGT (CODE)**
- Anlage K: NICHT CHIRURGISCHE PAC LEISTUNGEN**
- Anlage L: LEISTUNGEN, DIE GEGENSTAND DER ÜBERWACHUNG DER WARTEZEITEN (PPGLA) SIND – FACHÄRZTLICHE VISITEN**
- Anlage M: LEISTUNGEN, DIE GEGENSTAND DER ÜBERWACHUNG DER WARTEZEITEN (PPGLA) SIND – INSTRUMENTELLE LEISTUNGEN**
- Anlage N: VERZEICHNIS DER ANMERKUNGEN UND ENTSPRECHENDEN ERBRINGUNGSBEDINGUNGEN/INDIKATOREN FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG**
- Anlage O: PATHOLOGIE GENETIK**
- Anlage P: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS WIRTSCHAFTS- UND FINANZMINISTERIUM (MEF)**

ANLAGE A: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG

Legende:

OBB V = obligatorisch und verbindlich

OBB = obligatorisch unter bestimmten Voraussetzungen

„leer“ = fakultativ

Archiv 1 – Meldeamtliche Daten

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
1	ASL_INVI	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	1	3	OBB V	101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck
2	NUM_IMP	Nummer der Verschreibung	AN	16	4	19	OBB V	
3	ID_IMPEG	Vorhandensein einer Verschreibung	AN	20	20	39	OBB V	
	Leeres Feld				40	49		
4	PROG_IMP	Fortlaufende Zeile für Verschreibung	AN	2	50	51	OBB V	
	Leeres Feld				52	100		
5	COGNOME	Familienname der versorgten Person	AN	30	101	130	OBB V	
6	NOME	Name der versorgten Person	AN	20	131	150	OBB V	
7	NOMEA	Erworbener Nachname der versorgten Person	AN	30	151	180		
8	SESSO	Geschlecht der versorgten Person	N	1	181	181	OBB V	1 = männlich 2 = weiblich
9	DATA_NAS	Geburtsdatum der versorgten Person	DATA	8	182	189	OBB V	Format TTMMJJJJ
10	COM_NASC	Geburtsgemeinde der versorgten Person	AN	6	190	195	OBB V	ISTAT-Kodex 999 + Code des ausländischen Staates Wenn in Italien geboren, aber die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999997 Wenn im Ausland geboren und der ausländische Staat nicht bekannt ist: 999998 Unbekannte Gemeinde: 99999

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
11	S_CIVILE	Familienstand der versorgten Person	N	1	196	196		1 = ledig 2 = verheiratet 3 = getrennt 4 = geschieden 5 = verwitwet 6 = nicht erklärt
12	COM_RESI	Wohnsitzgemeinde der versorgten Person	AN	6	197	202	OBB V	ISTAT-Kodex 999 + Code des ausländischen Staates Wenn in Italien geboren, aber die zu kodierende Gemeinde nicht bekannt ist: 999997 Wenn im Ausland geboren und der ausländische Staat nicht bekannt ist: 999998 Unbekannte Gemeinde: 99999
13	CITTADIN	Staatsbürgerschaft der versorgten Person	AN	3	203	205	OBB V	Kodex des Innenministeriums staatenlose = 999 unbekannt = 998 anonym = 998
14	COD_SANI	Persönlicher Sanitätskode	AN	16	206	225	OBB	Obligatorisch wenn TI-PO_ID = 2, 4, 9, Z Wenn ausgefüllt, Überprüfung des korrekten Codes anhand des automatischen Kontrollverfahrens der Landesdatenbank der meldeamtlichen Daten
15	REG_RESI	Wohnsitzregion der versorgten Person	AN	3	226	228	OBB V	Kodex DM 17/09/86 Wenn COM_RES = 999999 o 999998 o 999997 dann 000

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
16	ASL_RESI	Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit der versorgten Person	AN	3	229	231		Wenn COM_RES = 021xxx, angeben 101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck sonst Kodex DM 17/09/86 999 = Ausland Wenn COM_RES = 999997, 999998 o 999999 dann ASL_RES = 999
17	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	3	232	234		Kodex DM 17/09/86
18	ASL_ASS	Gesundheitsbezirk /Sanitätsbetrieb nach Betreuung	AN	3	235	237		Wenn COM_RES = 021xxx, angeben 101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck sonst Kodex DM 17/09/86
19	TIPO_ID	Identifikationskodextyp der versorgten Person	AN	1	238	238	OBB V	1 = Steuernummer 2 = STP 3 = AA 4 = TEAM 9 = ENI Z = sonstige
20	COD_ID	Identifikationskodex der versorgten Person	AN	20	239	258	OBB V	
21	N_TEAM	Identifikationsnummer TEAM	AN	20	259	278	OBB	Ausfüllen wenn TIPO_ID = 4 Nicht ausfüllen, wenn TIPO_ID <> 4
22	COD_IST	Code der zuständigen TEAM-Institution	AN	15	279	293	OBB	Ausfüllen wenn TIPO_ID = 4 Nicht ausfüllen, wenn TIPO_ID <> 4

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
23	DEN_IST	Kurzbezeichnung TEAM-Institution	AN	30	284	323		
24	ST_ESTERO	Staat TEAM	AN	2	324	325	OBB	Ausfüllen wenn TIPO_ID = 4 Nicht ausfüllen, wenn TIPO_ID <> 4
25	TIPO_TEAM	Vorgesehene Betreuungsform TEAM	AN	4	326	329		E111 E106
26	DATA_SCAD	Verfallsdatum TEAM	DATA	8	330	337	OBB	Ausfüllen wenn TIPO_ID = 4 Nicht ausfüllen, wenn TIPO_ID <> 4

Bemerkung:

Die Felder mit alphanumerischem Datensatz (AN) sind immer linksbündig und werden mit Leerzeichen rechts ausgefüllt.

Die Felder mit numerischen Datensatz (N) sind immer rechtsbündig und mit Null ausgefüllt.

Die Datenfelder haben immer Format TTMMJJJJ; wenn sie fehlen, mit Leerzeichen ausfüllen.

Die Variablen, die in grün hervorgehoben sind, stellen die festgelegten Schlüsselvariablen für die Zusammenführung der Archive dar.

Archiv 2 – Klinische Daten

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
1	ASL_INVI	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	1	3	OBB V	101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck
2	NUM_IMP	Nummer der Verschreibung	AN	16	4	19	OBB V	
3	ID_IMPEG	Vorhandensein einer Verschreibung	AN	20	20	39	OBB V	
	Leeres Feld				40	49		
4	PROG_IMP	Fortlaufende Zeile für Verschreibung	AN	2	50	51	OBB V	
27	PRES_IMP	Vorhandensein einer Verschreibung	AN	1	52	52	OBB V	0 = Verschreibung des Landes- oder des nationalen Gesundheitsdienstes fehlt 1 = Verschreibung des Landes- oder des nationalen Gesundheitsdienstes vorhanden 2 = Verschreibung NRE
28	ID_ACC	Zugangs-Id	AN	16	53	68	OBB	Ausfüllen wenn MOD_ACC = 1, 2, 11, 12,

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
29	TIPO_IMP	Art der Verschreibung	AN	2	69	70		EE = Außereuropäische Versicherte, die sich vorübergehend in Italien aufhalten; UE = Europäische Versicherte, die sich vorübergehend in Italien aufhalten; NA = SASN - Betreuungsberechtigte mit ambulatorischer Untersuchung; ND = SASN - Betreuungsberechtigte mit Hausbesuch; NE = Betreuungsberechtigte ausländischer Einrichtungen; NX = Außereuropäischer SASN - Betreuungsberechtigter; ST = Ausländer, der sich vorübergehend in Italien aufhält
30	DATA_IMP	Datum der Verschreibung	DATA	8	71	78	OBB V	Format TTMMJJJJ
31	IMP_SUGG	Vom Facharzt vorgeschlagene Verschreibung	AN	1	79	79		S
32	PRI_PRES	Priorität der Leistung	AN	1	80	80		U = dringend B = prioritär D = aufschiebbar P = programmiert

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
33	MOD_ACC	Zugangsform	AN	2	81	82	OBB V	1 = Auf der Notaufnahme-Station ohne darauffolgenden KH-Aufenthalt; 2 = Auf der Notaufnahme - Station mit darauffolgendem KH-Aufenthalt 4 = direkter Zugang 5 = Fachärztliche Leistung mit Verschreibung 6 = territoriale Leistungen 8 = Screening 9 = Sonstiges (interne Verschreibung, selbstzahlende Privatpatienten, psychologische Leistungen, usw.) 10 = Zahnbetreuung 11 = OBI ohne darauffolgenden KH-Aufenthalt 12 = OBI behandelt mit darauffolgendem KH-Aufenthalt 13 = Chirurgische Leistungspakete 14 = Nicht chirurgische Leistungspakete 15 = Hausleistungen 16 = MUB 17 = NPIA

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
34	TIP_STRU	Art der Einrichtung	AN	1	83	83	OBB	Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99 1 = Der Dienst, das Ambulatorium oder Polyambulatorium, innerhalb einer öffentlichen Krankenanstalt 2 = Ambulatorium oder öffentlicher Dienst außerhalb einer Krankenanstalt territorial 3 = Privates konventioniertes Ambulatorium innerhalb einer konventionierten privaten Einrichtung 4 = privates konventioniertes Ambulatorium außerhalb einer konventionierten privaten Einrichtung
35		leeres Feld	AN	9	84	92		
36	CO_STS11	Leistungserbringende Einrichtung STS11	AN	6	93	98	OBB	Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99 Kodex STS.11
37	SPEC	Spezialgebiets-Code	AN	3	99	101	OBB	Ausfüllen wenn COD_PRE = 89.7, 89.7x.x, 89.01, 89.01.x, 89.13, 89.26.1, 89.26.2, 89.26.3, 89.26.4, 95.02 Siehe Anlage E
38	DIAG_SOS	Diagnoseverdacht	AN	5	102	106		Wenn ausgefüllt ist, Code ICD9-CM
39	D_PRENOT	Vormerkungsdatum	DATA	8	107	114	OBB	Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99 Format GGMMAAAA

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
40	C_NOMENC	Tarifverzeichnis-Schlüssel	AN	3	115	117	OBB	Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99 N = Leistungen, die im nationalen Tarifverzeichnis enthalten sind I = auf Landesebene zusätzliche eingefügte Leistungen N-A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf nationale Ebene I-A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf Landesebene S = Leistung PS25 oder OBI60 F = außerhalb der Provinz angeforderte/erbrachte Leistung
41		leeres Feld	AN	5	118	122		
42	NUM_PRE	Anzahl der Leistungen	N	3	123	125	OBB	Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99 N > 0
43	CICLO	Zyklus	AN	1	126	126	OBB V	0 = nein 1 = ja
44	D_CICLO	Datum des Zyklusbeginns	DATA	8	127	134	OBB	Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99 und CICLO = 1 Format TTMMJJJJ
45	DATA_ER	Leistungsdatum	DATA	8	135	142	OBB V	Format GGMMAAAA
46	DIAG_REF	Diagnosebefund	AN	5	143	147		Wenn ausgefüllt ist, Code ICD9-CM
47	DATA_REF	Befunddatum	DATA	8	148	155		Wenn ausgefüllt ist, Format TTMMJJJJ
48	BRANCA	Fachbereich-Code	AN	2	156	157	OBB V	Siehe Anlage D

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
49	REG_EROG	Leistungsregelung	AN	1	158	158	OBB V	1 = ganz oder teilweise vom nationalen Gesundheitsdienst zu tragender Leistung 2 = Rückerstattung (ein Dritter zahlt) 3 = Selbstzahler oder Leistung 4 = Sonstiges 5 = Selbstzahlender Privatpatient in Notaufnahme mit darauffolgendem KH-Aufenthalt, die nicht zahlen müssen
50	POS_TICK	Ticketposition des Betreuten	AN	2	159	160	OBB V	2 = nicht vom Ticket befreit (ausgeschlossen EH) 5 = 50%ige Ticketreduzierung (ausgeschlossen EH) 12 = befreit /nicht zu zahlendes Ticket 13 = nicht vom Ticket befreit für Notaufnahme/OBI-Leistungen 14 = selbstzahlender Privatpatient 15 = 50%ige Ticketreduzierung Notaufnahme/OBI-Leistungen 16 = Verlassen EH vor der Behandlung
51	TP_ESENZ	Befreiungsart	AN	1	161	161	OBB	Ausfüllen, wenn MOD_ACC <> 17 Siehe Anlage F
52	CD_ESENZ	Befreiungscode	AN	6	162	167	OBB	Ausfüllen, wenn MOD_ACC <> 17 Siehe Anlage G
53	IMP_TICK	Ticketbetrag	N	7	168	174	OBB V	0,00 ≤ N ≤ 9999,99
54	IMP_TARI	Gesamtbetrag	N	8	175	182	OBB V	0,00 ≤ N ≤ 99999,99

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
55	NOSOGRAF	Nummer des Krankenhausentlassungsbogens	AN	10	183	192	OBB	Ausfüllen, wenn MOD_ACC = 2, 12 Format JJJJXXXXXX
56	CDC	Leistungserbringende Einheit	AN	20	193	212		Ausfüllen wenn PROG IMP <> 99
57	TIPO_OPER	Art der Übermittlung	AN	1	213	213	OBB V	I = Eingabe V = Änderung C = Löschung
58	COD_RAG	Gruppierungscode	N	1	214	214	OBB V	0 = manuelles Rezept 1 = informatisiertes Re- zept mit markiertem Feld „Stampa PC“ (PC-Druck) und Steuernummer als Strichcode 2 = informatisiertes Re- zept mit markiertem Feld „Stampa PC“ (PC-Druck)
59	CF_DISC	Nicht übereinstimmende Steuernummer	AN	1	215	215		Wenn ausgefüllt ist, D
60	ALTRO	Verspätete Übermittlung	AN	1	216	216		Wenn ausgefüllt ist, 1 = verspätete Übermitt- lung der Änderungen V = Übermittlung doppel- ter Verschreibungen W = Übermittlung sus- pendierter doppelter Ver- schreibungen
61	CDC_AS	Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	AN	10	217	226		
62	COD_TD	Code TD	AN	7	227	233	OBB	Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 und IMP_MADRE ausgefüllt Siehe Anlage J
63	IMP_MADRE	Code Verschreibung NPI oder NPA	AN	16	234	249	OBB	Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 e COD_TD ausgefüllt

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
64	TIPO_ACCESO	Zugangsart	AN	1	250	250		Wenn ausgefüllt ist, 0 = Andere Zugangsart 1 = Erstzugang
65	GARANZIA	Garantie der maximalen Wartezeit	AN	1	251	251		Wenn ausgefüllt ist, 0 = Patient, der nicht in die vorherige Kategorie fällt 1 = Patient, denen maxi- male Wartezeit garantiert werden müssen
66	DIAGNOSI	Diagnose (Freitext)	AN	25	252	276		
67	COD_PRES	Code der erbrachten Leistung	AN	10	277	286	OBB	Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 Code Landestarifverzeichnis
68	MOD_ERO	Erbringung der Leistung	AN	1	287	287		Wenn ausgefüllt ist, A = Ambulanz D = Zuhause T = Telemedizin
69	PRESCRITTORE	Id verschreibender Arzt	AN	16	288	303	OBB	Ausfüllen, wenn PRES_IMP = 1 oder 2 (<i>ausgesetzte Kontrolle</i>)
70	INVIO_DEMA	Übermittlung der dematerialisierten Verschreibungen, die nicht geschlossen sind	N	1	304	304		Wenn ausgefüllt ist, Überprüfung PRES_IMP = 2 0 = nein 1 = ja
71	CICLO_SEDUTE	Maximale Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus anzugeben, die in der Verschreibung gezeigt sind	N	2	305	306		Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 N > 0
72	CPP	Code der verschreibbaren ausgegebenen Leistung	AN	15	307	321		Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 Code Landeskatalog der verschreibbaren ausgege- benen Leistungen

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Obl.	Hinweise
73	NUMERO_NOTA	Indikationen für die Angemessenheit der Verschreibung oder für die Erbringungsbedingungen	AN	3	322	324		Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 Siehe Anlage N
74	CODICE_PAT	Code der Pathologie, die mit den Leistungen der Genetik, diagnostiziert werden kann	AN	5	325	329		Ausfüllen, wenn PROG IMP <> 99 Siehe Anlage O

Bemerkung:

Die Felder mit alphanumerischem Datensatz (AN) sind immer linksbündig und werden mit Leerzeichen rechts ausgefüllt.

Die Felder mit numerischen Datensatz (N) sind immer rechtsbündig und mit Null ausgefüllt.

Die Datenfelder haben immer Format TTMMJJJJ; wenn sie fehlen, mit Leerzeichen ausfüllen.

Die Variablen, die in grün hervorgehoben sind, stellen die festgelegten Schlüsselvariablen für die Zusammenführung der Archive dar.

ANLAGE B: AUTOMATISCHE KONTROLLE DER DATENQUALITÄT

Legende:

OBB V = obligatorisch und verbindlich

OBB = obligatorisch unter bestimmten Voraussetzungen

„leer“ = fakultativ

Bemerkung:

DATA_ERO	DATA_IMP	BEZUGSTAG FÜR DIE KONTROLLEN
< 30.12.2024	< 30.12.2024	DATA_ERO
≥ 30.12.2024	< 30.12.2024 (Pflichtfeld)	DATA_IMP
≥ 30.12.2024	≥ 30.12.202 (Pflichtfeld)	DATA_IMP

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
1. ASL_INVI Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN (3)	OBB V	Obligatorisch 101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
2. NUM_IMP Nummer der Verschreibung	AN (16)	OBB V	Obligatorisch Falls PRES_IMP= 1 Überprüfung ob NUM_IMP 15 Zeichen hat und das folgende Format: • die ersten 3 Ziffern müssen dem ISTAT Code der Region oder der Autonomen Provinz (041 für die Provinz Bozen) entsprechen; • die Ziffern 4-5 müssen einem Jahr entsprechen und muss <= dem laufenden Jahr sein; • die Ziffern 6-14 müssen einer Zahl entsprechen; für die Verschreibungen, die mit 041 beginnen, überprüfen das Vorhandensein der Verschreibungsnummer in der Datenbank der Verschreibungen (Programm Verteilung Rezeptblöcke); • Die Ziffer 15: muss eine numerische Zahl sein. Falls PRES_IMP= 2 Überprüfung ob NUM_IMP 15 Zeichen hat und das folgende Format: • die ersten 3 Ziffern müssen dem ISTAT Code der Region oder der Autonomen Provinz (041 für die Provinz Bozen) entsprechen; • die Ziffern 4-5 müssen einen alphanumerischen Code sein; • Die Ziffern 4-5 6-15 müssen einen eindeutigen numerischen Code der Verschreibung.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Falls PRES_IMP= 0 Überprüfung ob NUM_IMP 15 Zeichen lang ist und das folgende Format hat: • die Ziffern 1-3: 999; • die Ziffern 4-5 müssen einem Jahr der Leistungserbringung entsprechen und muss ≤ dem laufenden Jahr sein; • die Ziffern 6: übermittelnder Gesundheitsbezirk (1= Bozen, 2= Meran, 3= Brixen, 4= Bruneck); • die Ziffern 7-14: einheitliche fortlaufende Nummer innerhalb des übermittelnden Gesundheitsbezirkes; • die Ziffer 15 = 0; Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
3. ID_IMPEG Vorhandensein einer Verschreibung	AN (20)	OBB V	Obligatorisch Überprüfen, ob ID_IMP 20 Zeichen lang ist und das folgende Format hat: Jahr (4 Ziffern) + Code des Gesundheitsbezirkes (3 Ziffern) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirkes (13 Ziffern). Überprüfung Jahr ≥ Leistungsdatum in der Zeile mit PROG_IMP = 99 Überprüfung Code des Gesundheitsbezirkes: 101,102,103,104
4. PROG_IMP Fortlaufende Zeile für Verschreibung	AN (2)	OBB V	Obligatorisch Überprüfen, dass innerhalb der gleichen Verschreibung nur eine einzige Zeile 99 vorhanden ist Überprüfen, dass jede Verschreibung mindestens eine Zeile "99" und eine Detailzeile mit PROG_IMP<> 99
5. COGNOME Familiennamen der versorgten Person	AN (30)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf ungültige Zeichen Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
6. NOME Name der versorgten Person	AN (20)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf ungültige Zeichen Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
7. NOMEA Erworbener Nachname der versorgten Person	AN (30)		Übereinstimmungsprüfung auf SESSO = 2 Überprüfung auf ungültige Zeichen Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
8. SESSO Geschlecht der versorgten Person	N (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = männlich 2 = weiblich Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
9. DATA_NAS Geburtsdatum der versorgten Person	DATA (8)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format ttmjjjjj DATA_NAS < Datum des Systems

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			DATA_NAS ≤ DATA_IMP DATA_NAS ≤ D_PRENOT DATA_NAS < D_CICLO DATA_NAS ≤ DATA_EROG DATA_NAS ≤ DATA_REF Nicht überprüfen, wenn das Feld eines der nicht obligatorischen Daten leer ist Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
10. COM_NASC Geburtsgemeinde der versorgten Person	AN (6)	OBB V	Obligatorisch Wenn NOME = ANONIMO müssen die ersten 3 Ziffern einem Code der italienischen Provinzen (ISTAT-Code) oder dem Code „999“ entsprechen Wenn NOME <> ANONIMO: Sind die ersten drei Zeichen <> „999“ prüfen, dass die Gemeinde im Verzeichnis der italienischen Gemeinden der ISTAT-Code vorhanden ist Sind die ersten drei Zeichen = „999“ prüfen, dass der Code im Verzeichnis der ausländischen Staaten vorhanden ist (Code des Innenministeriums, ausgeschlossen Code „100“ für Italien) Weitere mögliche Code: Wenn in Italien geboren, die Gemeinde unbekannt: 999997 Wenn im Ausland geboren und bei unbekanntem Staat 999998 Keine Information zur Gemeinde: 999999 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
11. S_CIVILE Familienstand der versorgten Person	N (1)		Wenn ausgefüllt ist, 1 = ledig 2 = verheiratet 3 = getrennt 4 = geschieden 5 = verwitwet 6 = nicht erklärt Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
12. COM_RESI Wohnsitzgemeinde der versorgten Person	AN (6)	OBB V	Obligatorisch Sind die ersten drei Zeichen <> „999“ prüfen, dass die Gemeinde im Verzeichnis der italienischen Gemeinden der ISTAT-Code vorhanden ist Sind die ersten drei Zeichen = „999“ prüfen, dass der Code im Verzeichnis der ausländischen Staaten vorhanden ist (Code des Innenministeriums, ausgeschlossen Code „100“ für Italien) Weitere mögliche Code: Wenn in Italien geboren, die Gemeinde unbekannt: 999997 Wenn im Ausland geboren und bei unbekanntem Staat 999998 Keine Information zur Gemeinde: 999999

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
13. CITTADIN Staatsbürgerschaft der versorgten Person	AN (3)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf Kodex des Innenministeriums 998 = unbekannt oder anonym 999 = staatenlose Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
14. COD_SANI Persönlicher Sanitätskode	AN (16)	OBB	Wenn TIPO_ID = 2, 4, 9, Z Obligatorisch Für die beim Landesgesundheitsdienst eingetragenen Bürger besteht der Code aus der Nummer des Gesundheitsausweises, und zwar der Teil, der zwischen den beiden Schrägstrichen (Symbol "/") steht; die letzten beiden Ziffern, die das Geburtsdatum darstellen, werden ausgeschlossen. Ist der Patient nicht beim Landesgesundheitsdienst gemeldet, wird der Sanitätscode mit Hilfe eines automatischen Berechnungsverfahrens ermittelt, das dem Patienten auf der Grundlage der Daten zu seiner Person einen eindeutigen Code zuteilt. Im Falle von Patienten, die das ihnen gesetzlich zustehende Recht auf Anonymität beantragen, muss das Feld leer bleiben (blank) Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
15. REG_RESI Wohnsitzregion der versorgten Person	AN (3)	OBB V	Obligatorisch Überprüfung auf Code (DM 17.09.1986) Im Falle einer italienischen Region die Übereinstimmung mit der Wohnsitzgemeinde überprüfen 999 = im Ausland wohnhafte Patienten Falls die Gemeinde unbekannt ist (COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997) überprüfen, dass REG_RESI=000 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
16. ASL_RESI Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit der versorgten Person	AN (3)		Wenn COM_RES = 021xxx dann 101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck Sonst Überprüfung auf Code (DM 17.09.1986) Für ausländischen Wohnsitz ist der Kodex 999 einzugeben Wenn COM_RES = 999997, 999998 o 999999 dann ASL_RES = 999 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
17. REG_ASS Betreuungsregion	AN (3)		Wenn es ausgefüllt ist: Überprüfung auf Code (DM 17.09.1986) Überprüfung auf Kodex des Innenministeriums

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
18. ASL_ASS Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Betreuung	AN (3)		Wenn es ausgefüllt ist: Wenn COM_RES = 021xxx dann 101 = Bozen 102 = Meran 103 = Brixen 104 = Bruneck Sonst Überprüfung auf Code (DM 17.09.1986) Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
19. TIPO_ID Identifikationskodextyp der versorgten Person	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = Steuernummer 2 = STP (vorübergehend anwesender Ausländer) 3 = AA (anonym) 4 = TEAM (persönliche TEAM-Nummer) 9 = ENI (bedürftige, mittellose EU-Bürger, mit ENI-Bescheinigung) Z = Sonstige Wenn TIPO_ID= 9 dann Überprüfung auf CD_ESENZ <> E01, E02, E03, E04, E21, E22, X01, E99 Wenn TIPO_ID = 4 dann Überprüfung auf REG_EROG = 1 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
20. COD_ID Identifikationskodex der versorgten Person	AN (20)	OBB V	Obligatorisch Wenn TIPO_ID=1 ✓ COD_ID muss lang 16 Zeichen (alphanumerisch) oder 11 (numerisch) sein ✓ muss es in der Landesdatenbank der meldeamtlichen Daten (BDPA) vorhanden sein Wenn TIPO_ID = 2 ✓ COD_ID muss lang 16 Zeichen sein ✓ STP (3) + Regionalcode (3) + SB Code (3) + fortlaufende Nummer (7) Wenn TIPO_ID = 3 ✓ COD_ID muss lang zwischen 16 und 20 Zeichen sein ✓ NOME und COGNOME = "ANONIMO" ✓ DATA_NAS = 0101AAAA ✓ CITTADIN = 998 ✓ COM_NASC = müssen die ersten 3 Ziffern einem Code der italienischen Provinzen (ISTAT-Code) oder dem Code „999“ entsprechen ✓ REG_RESI = ausgefüllt ✓ muss einen von folgenden Codes enthalten:

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			○ Steuernummer ○ STP = STP (3) + Regionalcode (3) + SB Code (3) + fortlaufende Nummer (7) ○ ENI = ENI (3) + Regionalcode (3) + SB Code (3) + fortlaufende Nummer (7) ○ Code anonymer Patienten = 20X ○ Code TEAM = N_TEAM. Wenn TIPO_ID = 9 ✓ COD_ID muss lang 16 Zeichen sein ✓ ENI = ENI (3) + Regionalcode (3) + SB Code (3) + fortlaufende Nummer (7) Wenn TIPO_ID = Z ✓ COD_ID muss mit 20X ausgefüllt werden Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
21. N_TEAM Identifikationsnummer TEAM	AN (20)	OBB	Wenn TIPO_ID = 4 Obligatorisch Feld Nr. 6 von TEAM-Schein Wenn TIPO_ID <> 4, das Feld muss nicht ausgefüllt werden Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
22. COD_IST Code der zuständigen TEAM-Institution	AN (15)	OBB	Wenn TIPO_ID = 4 Obligatorisch Feld Nr. 8 von TEAM-Schein Wenn TIPO_ID <> 4, das Feld muss nicht ausgefüllt werden Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
23. DEN_IST Kurzbezeichnung TEAM-Institution	AN (30)		Wenn ausgefüllt ist, Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
24. ST_ESTERO Staat TEAM	AN (2)	OBB	Wenn TIPO_ID = 4 Obligatorisch Wenn TIPO_ID <> 4, das Feld muss nicht ausgefüllt werden Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
25. TIPO_TEAM Vorgesehene Betreuungsform TEAM	AN (4)	OBB	Wenn TIPO_ID = 4 E111 oder E106 Wenn TIPO_ID <> 4, das Feld muss nicht ausgefüllt werden Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
26. DATA_SCAD Verfallsdatum TEAM	DATA (8)	OBB	Wenn TIPO_ID = 4 Obligatorisch Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format ttmjjjj

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			DATA_SCAD ≤ 31.12.2099 DATA_SCAD > DATA_NAS DATA_SCAD ≥ DATA_IMP (wenn ausgefüllt ist) DATA_SCAD ≥ D_PRENOT (wenn ausgefüllt ist) DATA_SCAD ≥ D_CICLO (wenn ausgefüllt ist) DATA_SCAD ≥ DATA_ERO (wenn ausgefüllt ist) Wenn TIPO_ID <> 4, das Feld muss nicht ausgefüllt werden Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
27. PRES_IMP Vorhandensein einer Verschreibung	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 0 = Verschreibung des Landes- oder des nationalen Gesundheitsdienstes fehlt 1 = Verschreibung des Landes- oder des nationalen Gesundheitsdienstes vorhanden 2 = Verschreibung NRE Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
28. ID_ACC Zugangs-Id Notaufnahme	AN (16)	OBB	Wenn MOD_ACC = 1, 2, 11, 12 Obligatorisch Überprüfung auf: JJJJ(4)+ISTITUTO(6)+ Fortlaufende Nummer (6) Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
29. TIPO_IMP Art der Verschreibung	AN (2)		Wenn ausgefüllt ist, EE = Außereuropäische Versicherte, die sich vorübergehend in Italien aufhalten UE = Europäische Versicherte, die sich vorübergehend in Italien aufhalten NA = SASN - Betreuungsberechtigte mit ambulatorischer Untersuchung ND = SASN - Betreuungsberechtigte mit Hausbesuch NE = Betreuungsberechtigte ausländischer Einrichtungen NX = Außereuropäischer SASN - Betreuungsberechtigter ST = Ausländer, der sich vorübergehend in Italien aufhält Wenn TIPO_ID = 4 überprüfen, ob TIPO_IMP den Wert UE enthält Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
30. DATA_IMP Datum der Verschreibung	DATA (8)	OBB V	Wenn ausgefüllt ist, Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format TTMMJJJJ DATA_IMP < Datum des Systems DATA_IMP ≥ DATA_NAS DATA_IMP ≤ D_CICLO (wenn ausgefüllt ist) DATA_IMP ≤ DATA_ERO DATA_IMP ≤ DATA_REF (wenn ausgefüllt ist) DATA_IMP ≤ DATA_SCAD (wenn ausgefüllt ist)

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 dann DATA_ERO ≤ 30.12.2025 Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 dann D_PRENOT ≤ DATA_IMP + 180 Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 dann BRANCA <> 60 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
31. IMP_SUGG Vom Facharzt vorgeschlagene Verschreibung	AN (1)		Wenn ausgefüllt ist, S
32. PRI_PRES Priorität der Leistung	AN (1)		Wenn ausgefüllt ist, U (Dringend) = innerhalb von 24 Stunden B (Prioritär) = innerhalb von 10 Tagen D (Aufschiebbar) = innerhalb von 30 Tagen für Visiten oder 60 Tagen für diagnostisch-instrumentelle Untersuchungen P (Programmiert) = innerhalb von 120 Tagen Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
33. MOD_ACC Zugangsform	AN (2)	OBB V	Obligatorisch Wenn MOD_ACC = 1 ✓ ID_ACC ausgefüllt ✓ POS_TICK <> 2 o 5 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR Wenn MOD_ACC = 2 ✓ ID_ACC e NOSOGRAF ausgefüllt ✓ POS_TICK = 12 ✓ CD_ESENZ = TR Wenn MOD_ACC = 4 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX Wenn MOD_ACC = 5 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX Wenn MOD_ACC = 6 ✓ überprüfe, dass die Verschreibung mindestens eine Leistung enthält, die zu den Leistungen "TD" oder "TD-S" oder "TD-PCT" gehört ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX Wenn MOD_ACC = 8

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX Wenn MOD_ACC = 9 ✓ PRES_IMP = 0; ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX Wenn MOD_ACC = 10 ✓ POS_TICK = 5 oder 12 oder 14 ✓ Wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX ✓ überprüfe Übereinstimmung des Tarifes mit jenen der Spalte „Tarif des Versuchsprojektes“ und überprüfe, dass der Code CDC in jene, wie im Versuchsprojekt angegeben, fällt und zum Zeitpunkt der Leistungserbringung Gültigkeit hat Wenn MOD_ACC = 11 ✓ ID_ACC ausgefüllt ✓ POS_TICK = 12 oder 13 oder 14 oder 15; ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR Wenn MOD_ACC = 12 ✓ ID_ACC e NOSOGRAF ausgefüllt ✓ POS_TICK = 12; ✓ CD_ESENZ = TR. Wenn MOD_ACC = 13 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2; ✓ POS_TICK = 2 oder 5 oder 12 oder 14 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR o TX; ✓ überprüfen, dass COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP <>99) im Verzeichnis der Anlage H Wenn MOD_ACC = 14 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2; ✓ POS_TICK = 2 oder 5 oder 12 oder 14 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX ✓ überprüfen, dass COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP <>99) im Verzeichnis der Anlage K Wenn MOD_ACC = 15 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2; ✓ se POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR oder TX Wenn MOD_ACC = 16 ✓ PRES_IMP = 0 ✓ die Leistung gehört zu den Leistungen “V” ✓ POS_TICK = 12 oder 14 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR o TX

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			✓ wenn POS_TICK = 14 Überprüfung auf CD_ESENZ = TN ✓ überprüfen, dass COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP <>99) Leistung gehört zu den Leistungen "V" - Wenn MOD_ACC = 17 ✓ PRES_IMP = 0 ✓ COD_PRES = 870.xxx ✓ POS_TICK = 12 ✓ wenn POS_TICK = 12 Überprüfung auf CD_ESENZ <> TR o TX (wenn ausgefüllt ist) ✓ überprüfen, dass COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP <>99) = 870.xxx
34. TIP_STRU Art der Einrichtung	AN (1)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch Wenn TIP_STRU = 1 oder 2 ✓ überprüfen, ob CDC (wenn es ausgefüllt ist) im Verzeichnis der öffentlichen Einrichtungen enthalten, ist Wenn TIP_STRU = 3 oder 4 ✓überprüfen, ob CDC (wenn es ausgefüllt ist) im Verzeichnis der privaten Einrichtungen enthalten, ist
35.	AN (9)		Leeres Feld
36. CO_STS11 Leistungserbringende Einrichtung STS11	AN (6)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch Der Wert ist im Landesverzeichnis der STS.11 Kodizes enthalten
37. SPEC Spezialgebiets-Code	AN (3)	OBB	Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO < 30.12.2024 (alte LEA-Codex) Wenn COD_PRES = 89.7 oder 89.01 oder 89.13 oder 89.26 oder 95.02 Obligatorisch Überprüfe auf Wert in der Anlage E außer den Code „000“ Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (transitorische Zeitraum) Wenn COD_PRES = 89.7 oder 89.01 oder 89.13 oder 89.26 oder 95.02 Obligatorisch Überprüfe auf Wert in der Anlage E außer den Code „000“ Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (neue LEA-Codex) Wenn COD_PRES = 89.7 oder 89.7x.x oder 89.01 oder 89.01.x oder 89.13 oder 89.26.1 oder 89.26.2 oder 89.26.3 oder 89.26.4 oder 95.02 Obligatorisch

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Überprüfe auf Wert in der Anlage E außer den Code „000“
38. DIAG_SOS Diagnoseverdacht	AN (5)		Wenn ausgefüllt ist, Überprüfung auf Code ICD9-CM
39. D_PRENOT Vormerkungsdatum	DATA (8)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format TTMMJJJJ D_PRENOT < Datum des Systems D_PRENOT ≥ DATA_NAS D_PRENOT ≤ D_CICLO (wenn ausgefüllt ist) D_PRENOT ≤ DATA_ERO D_PRENOT ≤ DATA_REF (wenn ausgefüllt ist) D_PRENOT ≤ DATA_SCAD (wenn ausgefüllt ist) Wenn DATA_IMP ≤ 30.12.2024 dann DATA_ERO ≤ 30.06.2024
40. C_NOMENC Tarifverzeichnis-Schlüssel	AN (3)	OBB	Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO < 30.12.2024 (alte LEA-Codex) Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch N = Leistungen, die im nationalen Tarifverzeichnis enthalten sind I = auf Landesebene zusätzliche eingefügte Leistungen A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf Landesebene S = Leistung PS25 oder OBI60 F = außerhalb der Provinz angeforderte/erbrachte Leistung Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (transitorische Zeitraum) Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch N = Leistungen, die im nationalen Tarifverzeichnis enthalten sind I = auf Landesebene zusätzliche eingefügte Leistungen A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf Landesebene S = Leistung PS25 oder OBI60 F = außerhalb der Provinz angeforderte/erbrachte Leistung Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (neue LEA-Codex) Wenn PROG_IMP <> 99

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Obligatorisch N = Leistungen, die im nationalen Tarifverzeichnis enthalten sind I = auf Landesebene zusätzliche eingefügte Leistungen N-A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf nationale Ebene I-A = Zusammenlegung von zwei oder mehreren Leistungen auf Landesebene S = Leistung PS25 oder OBI60 F = außerhalb der Provinz angeforderte/erbrachte Leistung
41.	AN (5)		Leeres Feld
42. NUM_PRES Anzahl der Leistungen	N (3)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch In der Zeile mit PROG_IMP <> 99 prüfe, dass das Feld <> '000' und nicht leer ist Falls CICLO = 0 und COD_PRES=91.49.1, 91.49.2, 91.49.3, 91.48.4 oder 91.48.5 dann muss die Summe der NUM_PRES für jede Verschreibung ein Wert zwischen 1 und 16 ($\sum$ (NUM_PRES) zwischen 1 und 16) sein Falls CICLO = 0 und COD_PRES nicht in die obgenannten Werte fällt, dann muss die Summe der NUM_PRES pro Verschreibung ein Wert zwischen 1 und 8 ($\sum$ (NUM_PRES) zwischen 1 und 8) sein Falls CICLO = 1 dann muss die Summe von NUM_PRES pro-Verschreibung ein Wert zwischen 1 und 60 sein ($\sum$ (NUM_PRES)).
43. CICLO Zyklus	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 0 = Nicht zu einem Zyklus gehörende Einzelleistung 1 = Leistung innerhalb eines Leistungszyklus Falls CICLO = 1 und C_NOMENC <> F, prüfen, dass die Leistung in der Domaintabelle der als Zyklus zu verschreibenden Leistungen vorhanden ist und NUM_PRES $\geq$ 1 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
44. D_CICLO Datum des Zyklusbeginns	DATA (8)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 und CICLO = 1 Obligatorisch Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format ttmjjjj D_CICLO < Datum des Systems D_CICLO > DATA_NAS D_CICLO $\geq$ DATA_IMP (wenn ausgefüllt ist) D_CICLO $\geq$ D_PRENOT D_CICLO $\leq$ DATA_EROT D_CICLO $\leq$ DATA_REF (wenn ausgefüllt ist) D_CICLO $\leq$ DATA_SCAD (wenn ausgefüllt ist)
45. DATA_EROT	DATA	OBB V	Obligatorisch

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
Leistungsdatum	(8)		Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format ttmjjjj Wenn PROG_IMP <> 99 ✓ DATA_ERO < Datum des Systems ✓ DATA_ERO ≥ DATA_NAS ✓ DATA_ERO ≥ DATA_IMP (wenn ausgefüllt ist) ✓ DATA_ERO ≥ D_PRENOT ✓ DATA_ERO ≥ D_CICLO (wenn ausgefüllt ist) ✓ DATA_ERO ≤ DATA_REF (wenn ausgefüllt ist) ✓ DATA_ERO ≤ DATA_SCAD (wenn ausgefüllt ist) Wenn PROG_IMP = 99 ✓ DATA_ERO ≥ DATA_ERO der Zeilen (PROG_IMP <> 99) ✓ DATA_ERO ≤ Datum des Systems Wenn DATA_IMP ≤ 30.12.2024 dann DATA_ERO ≤ 31.12.2025
46. DIAG_REF Diagnosebefund	AN (5)		Wenn ausgefüllt ist, Überprüfung auf Code ICD9-CM
47. DATA_REF Befunddatum	DATA (8)		Wenn ausgefüllt ist, Überprüfung auf die Richtigkeit des Datums im Format ttmjjjj DATA_REF < Datum des Systems DATA_REF > DATA_NAS DATA_REF ≥ DATA_IMP (wenn ausgefüllt ist) DATA_REF ≥ D_PRENOT (wenn ausgefüllt ist) DATA_REF ≥ D_CICLO (wenn ausgefüllt ist) DATA_REF ≥ DATA_ERO DATA_REF ≤ DATA_SCAD (wenn ausgefüllt ist)

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
48. BRANCA Fachbereich-Code	AN (2)	OBB V	Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO < 30.12.2024 (alte LEA-Codex) Obligatorisch Überprüfung auf Vorhandensein des Codes (Anlage D) Für PROG_IMP <> 99 und C_NOMENC <> F überprüfen, dass der Fachbereich mit dem COD_PRES übereinstimmt Wenn BRANCA = 51 Überprüfung auf POS_TICK = 16 und COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP = 01) = PS25 und MOD_ACC = 1 Wenn BRANCA = 60 Überprüfung auf POS_TICK = 12 oder 13 oder 14 oder 15 und COD_PRES (in der Zeile PROG_IMP = 01) = OBI60 und MOD_ACC = 11 o 12 Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (transitorische Zeitraum) Obligatorisch Überprüfung auf Vorhandensein des Codes (Anlage D) Für PROG_IMP <> 99 und C_NOMENC <> F überprüfen, dass der Fachbereich mit dem COD_PRES übereinstimmt Wenn BRANCA = 51 Überprüfung auf POS_TICK = 16 und COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP = 01) = PS25 und MOD_ACC = 1 Wenn BRANCA = 60 Überprüfung auf POS_TICK = 12 oder 13 oder 14 oder 15 und COD_PRES (in der Zeile PROG_IMP = 01) = OBI60 und MOD_ACC = 11 o 12 Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (neue LEA-Codex) Obligatorisch Überprüfung auf Vorhandensein des Codes (Anlage D) Für PROG_IMP <> 99 und C_NOMENC <> F überprüfen, dass der Fachbereich mit dem COD_PRES übereinstimmt Wenn BRANCA = 51 Überprüfung auf POS_TICK = 16 und COD_PRES (in der Zeile mit PROG_IMP = 01) = PS25 und MOD_ACC = 1 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
49. REG_EROG Leistungsregelung	AN (1)	OBB V	Obligatorisch 1 = ganz oder teilweise vom nationalen Gesundheitsdienst zu tragender Leistung 2 = Rückerstattung (ein Dritter zahlt) 3 = Selbstzahler 4 = Sonstiges 5 = Selbstzahlender Privatpatient in Notaufnahme mit darauffolgendem KH-Aufenthalt, die nicht zahlen müssen

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Wenn REG_EROG = 1, Überprüfung auf POS_TICK= 2, 5, 12, 13, 15, 16 Wenn REG_EROG = 2 o 3 Überprüfung auf POS_TICK = 14 und CD_ESENZ = TN Wenn REG_EROG = 5 dann MOD_ACC = 2, 12 und POS_TICK = 12 und CD_ESENZ = TR Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
50. POS_TICK Ticketposition des Betreuten	AN (2)	OBB V	Obligatorisch 2 = nicht vom Ticket befreit (ausgeschlossen EH) 5 = 50%ige Ticketreduzierung (ausgeschlossen EH) 12 = befreit /nicht zu zahlendes Ticket 13 = nicht vom Ticket befreit für Notaufnahme/OBI-Leistungen 14 = selbstzahlender Privatpatient 15 = 50%ige Ticketreduzierung Notaufnahme /OBI-Leistungen 16 = Verlassen der Notaufnahme vor dem Zutritt zu den Behandlungsbereichen Wenn POS_TICK = 5, 15 Überprüfung auf CD_ESENZ = E22 Wenn POS_TICK = 2, 13, 14 Überprüfung auf CD_ESENZ = TN Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
51. TP_ESENZ Befreiungsart	AN (1)	OBB	Wenn MOD_ACC <> 17 Obligatorisch Wenn TP_ESENZ = R, A oder P ○ POS_TICK = 5 oder 12 oder 15 oder 16 Wenn TP_ESENZ = C und MOD_ACC = 1, 2, 11, 12 ○ POS_TICK = 12 oder 15 oder 16 Wenn TP_ESENZ = C und MOD_ACC <> 1, 2, 11, 12 ○ POS_TICK = 5 oder 12 Wenn TP_ESENZ = N und MOD_ACC <> 1, 2, 11, 12 ○ POS_TICK = 2, 14 Wenn TP_ESENZ = N und MOD_ACC = 1, 2, 11, 12 ○ POS_TICK = 13, 14, 16 Wenn TP_ESENZ = X ○ POS_TICK = 12 oder 16 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
52. CD_ESENZ Befreiungscode	AN (6)	OBB	Wenn MOD_ACC <> 17 Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO < 30.12.2024 (alte LEA-Codex) Obligatorisch Kontrolle nur auf der Zeile 99

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Überprüfung Vorhandensein des Wertes in der Tabelle der Befreiungscodes (Anlage G) und die Übereinstimmung mit der Umkodierung (DATA_ERO in der Zeile mit PROG_IMP = 99), ausgeschlossen CD_ESENZ = E21 Falls CD_ESENZ = E21, Überprüfung auf DATA_IMP ≤ 14.07.2020 (wenn ausgefüllt ist) sonst DATA_ERO ≤ 14.07.2020 Falls CD_ESENZ = CP, COD_PRESENZ = 93.03 und POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = TR oder TX, Überprüfung auf POS_TICK = 12 oder 16 Falls = TD, überprüfen, dass die Zeilen mit PROG_IMP <> 99 nur Leistungen mit der Kennzeichnung „TD“ oder „TD-S“ enthalten und POS_TICK =12 Wenn CD_ESENZ = FC, Überprüfung auf POS_TICK = 5, 15 Wenn CD_ESENZ = X01, Überprüfung auf TIPO_ID = 2 und POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = COV oder CV2123 Überprüfung auf POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = TEL, Überprüfung auf POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = E10 o E11 o E12 Überprüfung auf POS_TICK = 12 o 16 Wenn CD_ESENZ = D01 Überprüfung auf MOD_ACC = 8 Wenn CD_ESENZ = D02 o D03 o D04 Überprüfung auf PRES_IMP <> 0 Wenn CD_ESENZ = D05 Überprüfung auf NUM_IMP = 041xxxxxxxxxxxx Wenn MOD_ACC <> 17 Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (transitorische Zeitraum) Obligatorisch Kontrolle nur auf der Zeile 99 Überprüfung Vorhandensein des Wertes in der Tabelle der Befreiungscodes (Anlage G) und die Übereinstimmung mit der Umkodierung (DATA_ERO in der Zeile mit PROG_IMP = 99), ausgeschlossen CD_ESENZ = E21 Falls CD_ESENZ = E21, Überprüfung auf DATA_IMP ≤ 14.07.2020 (wenn ausgefüllt ist) sonst DATA_ERO ≤ 14.07.2020 Falls CD_ESENZ = CP, COD_PRESENZ = 93.03 und POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = TR oder TX, Überprüfung auf POS_TICK = 12 oder 16 Falls = TD, überprüfen, dass die Zeilen mit PROG_IMP <> 99 nur Leistungen mit der Kennzeichnung „TD“ oder „TD-S“ enthalten und POS_TICK =12 Wenn CD_ESENZ = FC, Überprüfung auf POS_TICK = 5, 15 Wenn CD_ESENZ = X01, Überprüfung auf TIPO_ID = 2 und POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = COV oder CV2123 Überprüfung auf POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = TEL, Überprüfung auf POS_TICK = 12

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Wenn CD_ESENZ = E10 o E11 o E12 Überprüfung auf POS_TICK = 12 o 16 Wenn CD_ESENZ = D01 Überprüfung auf MOD_ACC = 8 Wenn CD_ESENZ = D02 o D03 o D04 Überprüfung auf PRES_IMP <> 0 Wenn CD_ESENZ = D05 Überprüfung auf NUM_IMP = 041xxxxxxxxxxxxx Wenn MOD_ACC <> 17 Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (neue LEA-Codex) Obligatorisch Kontrolle nur auf der Zeile 99 Überprüfung Vorhandensein des Wertes in der Tabelle der Befreiungscodes (Anlage G) und die Übereinstimmung mit der Umkodierung (DATA_ERO in der Zeile mit PROG_IMP = 99), ausgeschlossen CD_ESENZ = E21 Falls CD_ESENZ = E21, Überprüfung auf DATA_IMP ≤ 14.07.2020 (wenn ausgefüllt ist) sonst DATA_ERO ≤ 14.07.2020 Falls CD_ESENZ = CP, DATA_IMP ≥ 18.03.2025 und COD_PRES = 93.03 oder 93.03.2 und POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = TR oder TX, Überprüfung auf POS_TICK = 12 oder 16 Falls = TD, überprüfen, dass die Zeilen mit PROG_IMP <> 99 nur Leistungen mit der Kennzeichnung „TD“ oder „TD-S“ enthalten und POS_TICK =12 Wenn CD_ESENZ = FC , Überprüfung auf POS_TICK = 5, 15 Wenn CD_ESENZ = X01, Überprüfung auf TIPO_ID = 2 und POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = COV oder CV2123 Überprüfung auf POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = TEL, Überprüfung auf POS_TICK = 12 Wenn CD_ESENZ = E10 o E11 o E12 Überprüfung auf POS_TICK = 12 o 16 Wenn CD_ESENZ = D01 Überprüfung auf MOD_ACC = 8 Wenn CD_ESENZ = D02 o D03 o D04 Überprüfung auf PRES_IMP <> 0 Wenn CD_ESENZ = D05 Überprüfung auf NUM_IMP = 041xxxxxxxxxxxxx Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
53. IMP_TICK Ticketbetrag	N (7)	OBB V	Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO < 30.12.2024 (alte LEA-Codex) Obligatorisch 0,00 ≤ N ≤ 9999,99 Wenn PROG_IMP <> 99 ✓ IMP_TICK = 0,00. Wenn PROG_IMP = 99 und MOD_ACC <> 10

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			✓ Wenn POS_TICK = 2 ○ wenn $\sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99 \geq 36,15$ dann $\text{IMP_TICK} = 36,15$ ○ andernfalls $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 36,15$ ✓ Wenn POS_TICK = 5 ○ se $\sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99 \geq 36,15$ dann $\text{IMP_TICK} = 18,08$ ○ andernfalls $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 18,08$ ✓ Wenn POS_TICK = 12 ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ ✓ Wenn POS_TICK = 13 ○ $\text{IMP_TICK} = 25,00$ ✓ Wenn POS_TICK = 14 ○ $\text{IMP_TICK} = \sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99$ ✓ Wenn POS_TICK = 15 ○ $\text{IMP_TICK} = 12,50$ Wenn PROG_IMP = 99 und BRANCA = 60 ✓ Wenn POS_TICK = 14 ○ $\text{IMP_TICK} = 250,00 \text{ Euro (OBI)}$ ✓ Wenn POS_TICK $\neq 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00 \text{ oder } 12,50 \text{ oder } 25,00$ Wenn PROG_IMP = 99 und BRANCA = 51 ✓ Wenn POS_TICK = 16 ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00 \text{ oder } 12,50 \text{ oder } 25,00 \text{ Euro}$ ○ $\text{IMP_TARI} = 0,00$ Wenn PROG_IMP = 99 und BRANCA = 60 ✓ Se POS_TICK = 14 ○ $\text{IMP_TICK} = 250,00 \text{ Euro (OBI)}$ ✓ Se POS_TICK $\neq 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00 \text{ oder } 12,50 \text{ oder } 25,00 \text{ Euro}$ Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO $\geq$ 30.12.2024 (transitorische Zeitraum) Obligatorisch $0,00 \leq N \leq 9999,99$ Wenn PROG_IMP $\neq 99$ ✓ $\text{IMP_TICK} = 0,00.$ Wenn PROG_IMP = 99 und MOD_ACC $\neq 10$ ✓ Wenn POS_TICK = 2

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			○ wenn $\sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99 \geq 36,15$ dann $\text{IMP_TICK} = 36,15$ ○ andernfalls $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 36,15$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 5$ ○ se $\sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99 \geq 36,15$ dann $\text{IMP_TICK} = 18,08$ ○ andernfalls $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 18,08$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 12$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 13$ ○ $\text{IMP_TICK} = 25,00$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = \sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 15$ ○ $\text{IMP_TICK} = 12,50$ Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$ und $\text{BRANCA} = 60$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 250,00$ Euro (OBI) ✓ Wenn $\text{POS_TICK} \neq 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ oder $12,50$ oder $25,00$ Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$ und $\text{BRANCA} = 51$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 16$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ oder $12,50$ oder $25,00$ Euro ○ $\text{IMP_TARI} = 0,00$ Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$ und $\text{BRANCA} = 60$ ✓ Se $\text{POS_TICK} = 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 250,00$ Euro (OBI) ✓ Se $\text{POS_TICK} \neq 14$ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ oder $12,50$ oder $25,00$ Euro Wenn $\text{DATA_IMP} \geq 30.12.2024$ und $\text{DATA_ERO} \geq 30.12.2024$ (neue LEA-Codex) Obligatorisch $0,00 \leq N \leq 9999,99$ Wenn $\text{PROG_IMP} \neq 99$ ✓ $\text{IMP_TICK} = 0,00$. Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$ und $\text{MOD_ACC} \neq 10$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 2$ ○ wenn $\sum(\text{Summe}) \text{ IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99 \geq 36,15$ dann $\text{IMP_TICK} = 36,15$

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			○ andernfalls $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 36,15$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 5$ ○ se $\sum(\text{Summe}) \text{IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99 \geq 36,15$ dann $\text{IMP_TICK} = 18,08$ ○ andernfalls $0,00 \leq \text{IMP_TICK} < 18,08$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 12$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 13$ ○ $\text{IMP_TICK} = 25,00$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = \sum(\text{Summe}) \text{IMP_TARI}$ von Zeilen $\neq 99$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 15$ ○ $\text{IMP_TICK} = 12,50$ Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$ und $\text{BRANCA} = 60$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 250,00$ Euro (OBI) ✓ Wenn $\text{POS_TICK} \neq 14$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ oder $12,50$ oder $25,00$ Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$ und $\text{BRANCA} = 51$ ✓ Wenn $\text{POS_TICK} = 16$ ○ $\text{IMP_TICK} = 0,00$ oder $12,50$ oder $25,00$ Euro ○ $\text{IMP_TARI} = 0,00$
54. IMP_TARI Gesamtbetrag	N (8)	OBB V	Obligatorisch $0,00 \leq N \leq 99999,99$ Wenn $\text{PROG_IMP} \neq 99$ e $\text{C_NOMENC} \neq F$ ✓ $\text{IMP_TARI} = (\text{Betrag der Leistung gemäß Landestarifverzeichnis}) \times \text{NUM_PRES}$ Wenn $\text{PROG_IMP} \neq 99$ und $\text{MOD_ACC} = 10$ und $\text{POS_TICK} = 12$ und $\text{CD_ESENZ} \neq \text{TR}$ oder TX ✓ $\text{IMP_TARI} = (\text{Betrag der Versuchsprojekte}) \times \text{NUM_PRES}$ (ausgesetzte Kontrolle) Wenn $\text{PROG_IMP} = 99$: ✓ $\text{IMP_TARI} = \sum (\text{Summe der Tarifbeträge der Zeilen } \neq 99) - (\text{IMP_TICK der Zeile } 99)$. Falls dieser Betrag negativ ist (<0) so muss er gleich Null gesetzt werden
55. NOSOGRAF Nummer des Krankenhausentlassungsbogens	AN (10)	OBB	Wenn $\text{MOD_ACC} = 2$ oder 12 Obligatorisch Falls ausgefüllt, prüfen, dass Wert innerhalb: - Die Ziffern 1-4 müssen einem Jahr entsprechen und muss $\leq$ dem Jahr in ID_IMP (1-4) sein - Die Ziffern 5-10 müssen einer Zahl entsprechen Das Feld muss 10 Zeichen lang sein

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
56. CDC Leistungserbringende Einheit	AN (20)		Wenn PROG_IMP <> 99 Wenn ausgefüllt ist: Das Vorhandensein des Codes im Kostenstellenplan gemäß Beschluss der L.R. n.1193 del 11.04.2005 in geltender Fassung überprüfen. Trennzeichen '-' zwischen einer Ebene und der nächsten.
57. TIPO_OPER Art der Übermittlung	AN (1)	OBB V	Obligatorisch I = Eingabe V = Änderung C = Löschung
58. COD_RAG Gruppierungscode	N (1)	OBB V	Obligatorisch 0 = manuelles Rezept 1 = informatisiertes Rezept mit markiertem Feld „Stampa PC“ (PC-Druck) und Steuernummer als Strichcode 2 = informatisiertes Rezept mit markiertem Feld „Stampa PC“ (PC-Druck)
59. CF_DISC Nicht übereinstimmende Steuernummer	AN (1)		Wenn ausgefüllt ist, D
60. ALTRO Verspätete Übermittlung	AN (1)		Wenn ausgefüllt ist, 1 = verspätete Übermittlung der Änderungen V = Übermittlung doppelter Verschreibungen W = Übermittlung suspendierter doppelter Verschreibungen Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind
61. CDC_AS Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	AN (10)		Falls ausgefüllt das Vorhandensein des Codes in der Domaintabelle der Kostenstellen des Sanitätsbetriebes überprüfen
62. COD_TD Code TD	AN (7)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 und IMP_MADRE nicht leer Obligatorisch Überprüfung auf Anlage J
63. IMP_MADRE Code Verschreibung NPI oder NPA	AN (16)	OBB	Wenn PROG_IMP <> 99 e COD_TD nicht leer Obligatorisch
64. TIPO_ACCESSO Zugangsart	AN (1)		Wenn ausgefüllt ist, 0 = Andere Zugangsart

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			1 = Erstzugang Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
65. GARANZIA Garantie der maximalen Wartezeit	AN (1)		Wenn ausgefüllt ist, 0 = Patient, der nicht in die vorherige Kategorie fällt 1 = Patient, denen maximale Wartezeit garantiert werden müssen Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
66. DIAGNOSI Diagnose (Freitext)	AN (25)		
67. COD_PRE Code der erbrachten Leistung	AN (7)	OBB	Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERO < 30.12.2024 (alte LEA-Codex) Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch Wenn C_NOMENC <> F überprüfen, dass der Wert im Landestarifverzeichnis vorhanden ist und dass dieser mit dem Code COD_NOM übereinstimmt Falls die Leistung zu den Leistungen „V“ gehört ✓ POS_TICK = 12 oder 14 Falls die Leistung zu den Leistungen „TD“ o „TD-S“ gehört ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6. Falls die Leistung zu den Leistungen "TD-PCT" gehört ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Wenn COD_PRE = OBI60 ✓ BRANCA = 26 ✓ NUM_PRE = 1 ✓ MOD_ACC = 11 oder 12 Wenn COD_PRE = PS25 ✓ BRANCA = 51 ✓ NUM_PRE = 1 ✓ MOD_ACC = 11 oder 12 ✓ POS_TICK = 16 Wenn COD_PRE = 93.31.1, 93.31.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.9 oder 99.99.1 und COM_RES <> "021xxx" und MOD_ACC <> 2 o 12 ✓ POS_TICK = 14

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			✓ CD_ESENZ = TN Falls die Leistung zu den chirurgischen Leistungspaketen (PAC) gehört (Anlage H) ✓ MOD_ACC = 13 ✓ NUM_PRESENZ = 1 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ PROG_IMP = 01 Falls die Leistung zu den nicht chirurgischen Leistungspaketen (PAC) gehört (Anlage K) ✓ COD_PRESENZ in allen fortlaufenden Zeilen gleich ausgefüllt ist ✓ MOD_ACC = 14 ✓ NUM_PRESENZ = 1 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 Wenn COD_PRESENZ = E.89.01, E.94.09, E.94.12.1, E.94.3, E.94.42, E.93.01.5, E.93.11.I): ✓ POS_TICK = 12; ✓ CD_ESENZ = TEL oder COV oder CV2123 (ausgesetzte Kontrolle) Wenn COD_PRESENZ = 2010, 2011, 89.26.C o 69.9210 ✓ POS_TICK = 14 Wenn DATA_IMP < 30.12.2024 und DATA_ERG ≥ 30.12.2024 (transitorische Zeitraum) Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch Wenn C_NOMENC <> F überprüfen, dass der Wert im Landestarifverzeichnis vorhanden ist und dass dieser mit dem Code COD_NOM übereinstimmt Falls die Leistung zu den Leistungen „V“ gehört ✓ POS_TICK = 12 oder 14 Falls die Leistung zu den Leistungen „TD“ o „TD-S“ gehört ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6. Falls die Leistung zu den Leistungen "TD-PCT" gehört ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Wenn COD_PRESENZ = OBI60 ✓ BRANCA = 26 ✓ NUM_PRESENZ = 1 ✓ MOD_ACC = 11 oder 12

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Wenn COD_PRES = PS25 ✓ BRANCA = 51 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 11 oder 12 ✓ POS_TICK = 16 Wenn COD_PRES = 93.31.1, 93.31.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.9 oder 99.99.1 und COM_RES <> "021xxx" und MOD_ACC <> 2 o 12 ✓ POS_TICK = 14 ✓ CD_ESENZ = TN Falls die Leistung zu den chirurgischen Leistungspaketen (PAC) gehört (Anlage H) ✓ MOD_ACC = 13 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ PROG_IMP = 01 Falls die Leistung zu den nicht chirurgischen Leistungspaketen (PAC) gehört (Anlage K) ✓ COD_PRES in allen fortlaufenden Zeilen gleich ausgefüllt ist ✓ MOD_ACC = 14 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 Wenn COD_PRES = E.89.01, E.94.09, E.94.12.1, E.94.3, E.94.42, E.93.01.5, E.93.11.I): ✓ POS_TICK = 12; ✓ CD_ESENZ = TEL oder COV oder CV2123 (ausgesetzte Kontrolle) Wenn COD_PRES = 2010, 2011, 89.26.C o 69.9210 POS_TICK = 14 Wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 (neue LEA-Codex) Wenn PROG_IMP <> 99 Obligatorisch Wenn C_NOMENC <> F überprüfen, dass der Wert im Landestarifverzeichnis vorhanden ist und dass dieser mit dem Code COD_NOM übereinstimmt Falls die Leistung zu den Leistungen „V“ gehört ✓ POS_TICK = 12 oder 14 Falls die Leistung zu den Leistungen „TD“ o „TD-S“ gehört ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6.

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			Falls die Leistung zu den Leistungen "TD-PCT" gehört ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ POS_TICK = 12 ✓ MOD_ACC = 6 Wenn COD_PRES = OBI60 ✓ BRANCA = 26 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 11 oder 12 Wenn COD_PRES = PS25 ✓ BRANCA = 51 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ MOD_ACC = 11 oder 12 ✓ POS_TICK = 16 Wenn COD_PRES = 93.31.1, 93.31.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.9 oder 99.99.1 und COM_RES <> "021xxx" und MOD_ACC <> 2 o 12 ✓ POS_TICK = 14 ✓ CD_ESENZ = TN Falls die Leistung zu den chirurgischen Leistungspaketen (PAC) gehört (Anlage H) ✓ MOD_ACC = 13 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 ✓ PROG_IMP = 01 Falls die Leistung zu den nicht chirurgischen Leistungspaketen (PAC) gehört (Anlage K) ✓ COD_PRES in allen fortlaufenden Zeilen gleich ausgefüllt ist ✓ MOD_ACC = 14 ✓ NUM_PRES = 1 ✓ PRES_IMP = 1 oder 2 Wenn COD_PRES = E.89.01, E.94.09, E.94.12.1, E.94.3, E.94.42, E.93.01.5, E.93.11.I): ✓ POS_TICK = 12; ✓ CD_ESENZ = TEL oder COV oder CV2123 (ausgesetzte Kontrolle) Wenn COD_PRES = 2010, 2011, 200.01, 200.02 ✓ POS_TICK = 14
68. MOD_ERO Erbringung der Leistung	AN (1)		Wenn PROG_IMP <> 99 und wenn ausgefüllt ist A = Ambulanz D = Zuhause

DEFINITION	MERKMALE		KONTROLLEN
	TYP	PFLICHT	
			T = Telemedizin
69. PRESCRITTORE Id verschreibender Arzt (ausgesetzte Kontrolle)	AN (16)	OBB	Wenn PRES_IMP = 1 oder 2 Obligatorisch Die Steuernummer des verschreibenden Arztes angeben Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
70. INVIO_DEMA Übermittlung der dematerialisierten Verschreibungen, die nicht geschlossen sind	N (1)		Wenn ausgefüllt ist, Überprüfung PRES_IMP = 2 0 = nein 1 = ja Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
71. CICLO SEDUTE Maximale Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus anzugeben, die in der Verschreibung gezeigt sind	N (2)		Um auszufüllen, wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Wenn PROG_IMP <> 99 und wenn ausgefüllt ist Überprüfung CICLO = 1 N > 0 Überprüfen, dass alle Zeilen der Verschreibung gleich ausgefüllt sind.
72. CPP Code der verschreibbaren ausgegebenen Leistung	AN (15)		Um auszufüllen, wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Wenn PROG_IMP <> 99 und wenn ausgefüllt ist Überprüfung, dass der Wert im Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen vorhanden ist (Neuen wesentliche Betreuungsstandards Codex)
73. NUMERO NOTA Indikationen für die Angemessenheit der Verschreibung oder für die Erbringungsbedingungen	AN (3)		Um auszufüllen, wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Wenn PROG_IMP <> 99 und wenn ausgefüllt ist Überprüfung auf Anlage N
74. CODICE_PAT Code der Pathologie, die mit den Leistungen der Genetik, diagnostiziert werden kann	AN (5)		Um auszufüllen, wenn DATA_IMP ≥ 30.12.2024 und DATA_ERO ≥ 30.12.2024 Wenn PROG_IMP <> 99 und wenn ausgefüllt ist Überprüfung auf Anlage O

ANLAGE C: DATENSATZFORMATE (SIAG) ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DIE BEOBACHTUNGSTELLE FÜR GESUNDHEIT

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Anlage 1	Anlage 2
1	ASL_INVI	Übermittelnder Gesundheitssprengel	AN	3	1	3	x	
2	NUM_IMP	Nummer der Verschreibung	AN	16	4	19	x	
3	ID_IMPEG	Vorhandensein einer Verschreibung	AN	20	20	39	x	
4	PROG_IMP	Fortlaufende Zeile für Verschreibung	AN	2	40	41	x	
5	SESSO	Geschlecht der versorgten Person	N	1	42	42	x	
6	DATA_NAS	Geburtsdatum der versorgten Person	DATA	8	43	50	x	
7	COM_NASC	Geburtsgemeinde der versorgten Person	AN	6	51	56	x	
8	S_CIVILE	Familienstand der versorgten Person	N	1	57	57	x	
9	COM_RES	Wohnsitzgemeinde der versorgten Person	AN	6	58	63	x	
10	CITTADIN	Staatsbürgerschaft der versorgten Person	AN	3	64	66	x	
11	COD_SANI	Persönlicher Sanitätskode	AN	16	67	82	x	
12	REG_RESI	Wohnsitzregion der versorgten Person	AN	3	83	85	x	
13	ASL_RESI	Gesundheitssprengel /Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit der versorgten Person	AN	3	86	88	x	
14	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	3	89	91	x	
15	ASL_ASS	Gesundheitssprengel /Sanitätsbetrieb nach Betreuung	AN	3	92	94	x	
16	TIPO_ID	Identifikationskodextyp der versorgten Person	AN	1	95	95	x	
17	N_TEAM	Identifikationsnummer TEAM	AN	20	96	115	x	
18	COD_IST	Code der zuständigen TEAM-Institution	AN	15	116	130	x	
19	DEN_IST	Kurzbezeichnung TEAM-Institution	AN	30	131	160	x	
20	ST_ESTERO	Staat TEAM	AN	2	161	162	x	
21	TIPO_TEAM	Vorgesehene Betreuungsform TEAM	AN	4	163	166	x	
22	DATA_SCAD	Verfallsdatum TEAM	DATA	8	167	174	x	
23	PRES_IMP	Vorhandensein einer Verschreibung	AN	1	175	175		x
24	ID_ACC	Zugangs-Id Notaufnahme	AN	16	176	191		x
25	TIPO_IMP	Art der Verschreibung	AN	2	192	193		x
26	DATA_IMP	Datum der Verschreibung	DATA	8	194	201		x
27	IMP_SUGG	Vom Facharzt vorgeschlagene Verschreibung	AN	1	202	202		x
28	PRI_PRES	Priorität der Leistung	AN	1	203	203		x
29	MOD_ACC	Zugangsform	AN	2	203	205		x

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Anlage 1	Anlage 2
30	TIP_STRU	Art der Einrichtung	AN	1	206	206		x
31	CO_STS11	Leistungserbringende Einrichtung STS11	AN	6	207	212		x
32	SPEC	Spezialgebiets-Code	AN	3	213	215		x
33	DIAG_SOS	Diagnoseverdacht	AN	5	216	220		x
34	D_PRENOT	Vormerkungsdatum	DATA	8	221	228		x
35	C_NOMENC	Tarifverzeichnis-Schlüssel	AN	3	229	231		x
36	COD_PRES	Code der erbrachten Leistungen	AN	10	232	241		x
37	NUM_PRES	Anzahl der Leistungen	N	3	242	244		x
38	CICLO	Zyklus	AN	1	245	245		x
39	D_CICLO	Datum des Zyklusbeginns	DATA	8	246	253		x
40	DATA_ERO	Leistungsdatum	DATA	8	254	261		x
41	DIAG_REF	Diagnosebefund	AN	5	262	266		x
42	DATA_REF	Befunddatum	DATA	8	267	274		x
43	BRANCA	Fachbereich-Code	AN	2	275	276		x
44	REG_EROG	Leistungsregelung	AN	1	277	277		x
45	POS_TICK	Ticketposition des Betreuten	AN	2	278	279		x
46	TP_ESENZ	Befreiungsart	AN	1	280	280		x
47	CD_ESENZ	Befreiungscode	AN	6	281	286		x
48	IMP_TICK	Ticketbetrag	N	7	287	293		x
49	IMP_TARI	Gesamtbetrag	N	8	294	301		x
50	NOSOGRF	Nummer des Krankenhausentlassungsbogens	AN	10	302	311		x
51	CDC	Leistungserbringende Einheit	AN	20	312	331		x
52	COD_RAG	Gruppierungscode	N	1	332	332		x
53	CF_DISC	Nicht übereinstimmende Steuernummer	AN	1	333	333		x
54	CDC_AS	Kostenstelle des Sanitätsbetriebes	AN	10	334	343		x
55	COD_TD	Code TD	AN	7	344	350		x
56	IMP_MADRE	Code Verschreibung NPI oder NPA	AN	16	351	366		x
57	TIPO_ACCESSO	Zugangsart	AN	1	367	367		x
58	GARANZIA	Garantie der maximalen Wartezeit	AN	1	368	368		x
59	DIAGNOSI	Diagnose	AN	1	369	369		x
60	MOD_ERO	Erbringung der Leistung	AN	1	370	370		x

N°	Name	Beschreibung	Typ	Läng.	VON	BIS	Anlage 1	Anlage 2
61	PRESCRITTORE	Id verschreibender Arzt	AN	16	370	386		x
62	INVIO_DEMA	Übermittlung der dematerialisierten Verschreibungen, die nicht geschlossen sind	N	1	387	387		x
63	CICLO_SEDUTE	Maximale Anzahl von Behandlungssitzungen pro Zyklus anzugeben, die in der Verschreibung gezeigt sind	N	2	388	389		x
64	CPP	Code der verschreibbaren Leistung	AN	15	390	404		x
65	NUMERO_NOTA	Indikationen für die Angemessenheit der Verschreibung oder für die Erbringungsbedingungen	AN	3	405	407		x
66	CODICE_PAT	Code der Pathologie, die mit den Leistungen der Genetik, diagnostiziert werden kann	AN	5	408	412		x
63	ASS_SESSO	Geschlecht der versorgten Person	AN	1	413	413	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
64	ASS_DATA_NA	Geburtsdatum der versorgten Person	DATA	8	414	421	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
65	ASS_CITT	Staatsbürgerschaft der versorgten Person	AN	3	422	424	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
66	ASS_COM_RES	Gemeinde der versorgten Person	AN	6	425	430	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
67	ASS_ASL_RES	Gesundheitsbezirk/Sanitätsbetrieb nach Ansässigkeit der versorgten Person	AN	3	431	433	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
68	ASS_REG_RES	Wohnsitzregion der versorgten Person	AN	3	434	436	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
69	ETA_ANNO	Alter (Geburtsjahr – Analysejahr)	N	3	437	439	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	
70	ETA_PRES	Alter (Geburtsjahr – Datum der Leistungserbringung)	N	3	440	442	Kontrollvariable aus anderen Datenbanken	

ANLAGE D: CODES DES FACHBEREICHES (DPCM 12.01.2017)

Code	Beschreibung
01	ANÄSTHESIE
02	KARDIOLOGIE
03	ALLGEMEINE CHIRURGIE
04	PLASTISCHE CHIRURGIE
05	GEFÄSSCHIRURGIE- ANGIOLOGIE
06	DERMOSIFILOPATHIE
07	BILDDIAGNOSTIK: NUKLEARMEDIZIN
08	BILDDIAGNOSTIK: RADIOLOGIE
09	ENDOKRINOLOGIE
10	GASTROENTEROLOGIE - CHIRURGIE UND ENDOSKOPIE
11	LABOR
12	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION
13	NEPHROLOGIE
14	NEUROCHIRURGIE
15	NEUROLOGIE
16	AUGENHEILKUNDE
17	ODONTOSTOMATOLOGIE – GESICHTS- UND KIEFERCHIRURGIE
18	ONKOLOGIE
19	ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE
20	GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE
21	HALS-NASEN-OHREN-ABTEILUNG
22	PNEUMOLOGIE
23	PSYCHIATRIE
24	STRAHLENTHERAPIE
25	UROLOGIE
26	SONSTIGE LEISTUNGEN
51	VERLASSEN EH (PS25) *
60	LEISTUNGEN DER INTENSIVBEOBACHTUNG (OBI60) **

* Landesebene Kodierung

** Gültige landesebene Kodierung innerhalb 30.12.2024

ANLAGE E: CODES DER FACHGEBIETE

Code	Fachgebiet	Typ*	Code	Fachgebiet	Typ*
01	Allergologie	N	48	Nephrologie (zur Nierentransplantation befähigt)	N
02	Day Hospital	N	49	Intensivtherapie	N
03	Anatomie und pathologische Histologie	N	50	Koronareinheit	N
04	Intensivbeobachtung	N	51	Aufnahme	N
05	Angiologie	N	52	Dermatologie	N
06	Pädiat. Kardiochirurgie	N	54	Blutdialyse	N
07	Kardiochirurgie	N	55	klinische Pharmazie	N
08	Kardiologie	N	56	Wiederherstellung und Rehabilitation	N
09	Allgemeine Chirurgie	N	57	Reprodukt. menschliche Physiopathologie	N
10	Gesichts- und Kieferchirurgie	N	58	Gastroenterologie	N
11	Kinderchirurgie	N	60	Langzeitkranke	N
12	Plastische Chirurgie	N	61	Nuklearmedizin	N
13	Thoraxchirurgie	N	62	Neonatologie	N
14	Gefäßchirurgie	N	64	Onkologie	N
15	Sportmedizin	N	65	Kinder-Onkohämatologie	N
18	Hämatologie, Immunhämatol.	N	66	Onkohämatologie	N
19	Endokrine Krankheiten	N	67	Pensionanti	N
20	Immunologie	N	68	Pneumologie	N
21	Geriatrie	N	69	Radiologie	N
24	Infektions- und Tropenkrankheiten	N	70	Strahlentherapie	N
25	Arbeitsmedizin	N	71	Rheumatologie	N
26	Allgemeine Medizin	N	72	Pädiatrische Intensivtherapie	N
27	Rechtsmedizin	N	73	Intensivtherapie für Säuglinge	N
28	Spinaleinheit	N	74	onkologische Radioterapie	N
29	Nephrologie	N	75	Neurorehabilitation	N
30	Neurochirurgie	N	76	Kinder-Neurochirurgie	N
31	Neugeborenenstation	N	77	Kinder-Nephrologie	N
32	Neurologie	N	78	Kinder-Urologie	N
33	Kinder-Neuropsychiatrie	N	94	Sub-Intensivtherapie	N
34	Augenheilkunde	N	96	Schmerz - Therapie	N
35	Odontoiatrie und Stomatologie	N	97	Häftlinge	N
36	Orthopädie und Traumatologie	N	98	Day Surgery	N
37	Geburtshilfe und Gynäkologie	N	99	Palliative Pflege	N
38	HNO	N	100	Labor f. chemisch-klinische Untersuchungen	P
39	Pädiatrie	N	101	Mikrobiologie und Virologie	P
40	Psychiatrie	N	102	Transfusionszentrum Immunhämatologie	P
41	Thermalmedizin	N	103	Röntgendiagnostik	P
42	Toxikologie	N	104	Neuroradiologie	P
43	Urologie	N	105	Komplementärmedizin	P
46	schwere pädiatrischen Verbrennungen	N	000	Sonstiges	P
47	schwere Verbrennungen	N			

Bemerkung:

N = nationale Code

P = Landescode

ANLAGE F: ART DER TICKERBEFREIUNG

Art der Ticketbefreiung	Beschreibung
N	Keine Befreiung
R	Befreiung aus Einkommensgründen
C	Befreiung aus Altersgründen
P	Befreiung wegen Krankheit
X	ticketbefreit aufgrund des zugewiesenen Codes durch das Triage Verfahren und in Bezug auf die nationalen Rechtsvorschriften zum Thema Ticketzahlung in der Notaufnahme
A	Sonstige Befreiung (zum Beispiel Unterhaltspflicht für Kinder)

ANLAGE G: TICKET BEFREIUNGSCODE

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Art der Befreiung*
0031 (gültig ab 18.12.2023)	Arterielle Hypertonie mit Organschaden	P
von 001 bis 067 (außer 002, 004, 010, 015, 033, 034, 043, 047), A02 (gültig bis 31.12.2024), A31 (gültig bis 31.12.2024), B02 (gültig bis 31.12.2024). 031 (gültig bis 31.12.2024)	Personen, die an den chronischen und Invalidität verursachenden Krankheiten gemäß Anlage 8 bis Dekret des Gesundheitsministers von 12.01.2017 und darauffolgenden Änderungen, in geltender Fassung, leiden	P
0A02 (gültig ab 18.12.2023)	Krankheiten des Kreislaufsystems (ausgenommen: 453.0 Budd-Chiari-Syndrom) – Krankheiten des Herzens und Lungenkreislaufkrankheiten	P
0A31 (gültig ab 18.12.2023)	Arterielle Hypertonie ohne Organschaden	P
0B02 (gültig ab 18.12.2023)	Krankheiten des Kreislaufsystems (ausgenommen: 453.0 Budd-Chiari-Syndrom) – Hirngefäßkrankheiten	P
0C02 (gültig ab 01.09.2018)	Erkrankungen der Arterien, Arteriolen, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße	P
013T (gültig ab 01.04.14)	Temporärer Diabetes (Beschluss LR nr. 1980 vom 27.12.2013). Befreiung mit maximaler Gültigkeitsdauer von 6 Monaten	P
BI	Nicht-EU-Staatsbürger, die von den Vereinen „Il Girotondo“, „Chernobyl Alto Adige-Südtirol“ und „Chernobyl Eppan-Appiano“ nach Südtirol eingeladen werden	A
von BZ1 bis BZ3	Personen, die an den Krankheiten laut Artikel 35, Absatz 3, des Landesgesetzes Nr. 7 vom 5. März 2001, in geltender Fassung, leiden	P
BZ4 (gültig ab 01.09.2022)	Hydrosadenitis suppurativa (Beschluss LR 439 vom 21.06.2022)	P
BZ6 (gültig ab 02.02.2024)	Gewaltopfer (Beschluss LR 1165 vom 29.12.2023)	A
BZ7 (gültig ab 01.02.2026)	Patienten in integrierter Hausbetreuung (IHB)	P
C01 (gültig ab 01.03.2019)	Vollinvaliden ohne Begleitzulage (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe d des M.D. 01.02.1991)	A

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Art der Befreiung*
C02 (gültig ab 01.03.2019)	Vollinvaliden mit Begleitzulage (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe d des M.D. 01.02.1991)	A
C03 (gültig ab 01.03.2019)	Zivilinvaliden mit einer Invalidität über 2/3 – von 67% bis 99% (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe d des M.D. 01.02.1991)	A
C04 (gültig ab 01.03.2019)	Minderjährige Zivilinvaliden, welche die Besuchszulage erhalten (Art.1, Gesetz. n. 289/90 ex Art. 5, Absatz 6, GvD 124/1998)	A
C05 (gültig ab 01.03.2019)	Vollblinde oder Blinde mit binokularem Sehrestvermögen bis zu 1/10 für beiden Augen – mit eventuellem Ausgleich – die von einer spezifischen Kommission beglaubigt wurden (Art. 6, Absatz 1, Buchstabe f), des M.D. 01.02.1991)	A
C06 (gültig ab 01.03.2019)	Taubstumme (Personen, die seit Geburt, oder vor der Erlernung der Sprache unter Taubheit leiden) laut Art. 6, Absatz 1, Buchstabe f des DM 01.02.1991 (ex Art. 7 des Gesetzes Nr. 482 vom 02.04.1968)	A
C07 (gültig ab 01.03.2019)	Leistungen, während der Überprüfung der Zivilinvalidität verordnet sind (D.M. n.293 von 20.07.1989)	A
CP (gültig ab 18.03.2025)	Überprüfungsvisite von prothetischen Behelfen Beschluss LR 189 vom 18.03.2025). Befreiung von Beurteilung für die prothetische Bewertung zur Kollaudierung von Prothesen und technologischen Hilfsmitteln (Code 93.03) sowie für die orthesische Bewertung zur Kollaudierung von Orthesen (Code 93.03.2)	A
CV2123 (gültig ab 11.10.2021)	Ticketbefreiung für Überwachungsleistungen für ehemalige Covid Patienten (D.M. nr.828 von 28.09.2021)	P
D01 (gültig ab 01.03.2023)	Diagnostische Leistungen im Rahmen von Screening-Programmen, die von der Region genehmigt wurden (gemäß Art.1 Abs. 4 Buchst. a des Gesetzesdekrets 124/98)	A
D02 (gültig ab 01.03.2023)	Diagnostische Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (gemäß Art. 85 Abs. 4 Buchst. b des Gesetzes 388/2000) Zytologie	A
D03 (gültig ab 01.03.2023)	Diagnostische Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (gemäß Art. 85 Abs. 4 Buchst. a des Gesetzes 388/2000) Mammographie	A
D04 (gültig ab 01.03.2023)	Diagnostische Leistungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (gemäß Art. 85 Abs. 4 Buchst. c des Gesetzes 388/2000) Dickdarm	A
D05 (gültig ab 01.03.2023)	Eingehende diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Brustkrebs	A
D99 (gültig ab 01.01.2023)	Diagnostische Leistungen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Krebserkrankungen bei Personen, die Träger einer Mutation der Gene BRCA1 und BRCA2 sind	A
DE	Gefängnisinsassen	A
E01 (gültig ab 01.09.11)	Personen mit einem Alter unter 6 Jahren oder über 65 Jahren, Angehörige einer Familie mit einem Gesamteinkommen von nicht mehr als 36.151,98 Euro (ex Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, in geltender Fassung)	R

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Art der Befreiung*
E02	Arbeitslose, die bei einem Bezirksarbeitsamt die Erklärung zur Arbeitsbereitschaft laut gesetzvertretenden Dekret Nr. 181/2000, in geltender Fassung, abgegeben haben oder deren steuerrechtlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen. Das Gesamteinkommen der entsprechenden Familie muss unter dem Betrag von 8.263,31 Euro liegen (falls die Familie nur aus der arbeitslosen Person besteht). Dieser Betrag wird erhöht auf 11.362,05 Euro (falls der Familie auch der Ehegatte angehört) und um jeweils 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind	R
E03	Inhaber einer Sozialrente und ihre zu Lasten lebende Familienangehörige (ex Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, in geltender Fassung)	R
E04	Inhaber einer Mindestrente mit einem Alter über 60 Jahren oder deren steuerrechtlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen. Das Gesamteinkommen der entsprechenden Familie muss unter dem Betrag von 8.263,31 Euro liegen (falls die Familie nur aus dem/r Inhaber/in einer Mindestrente besteht). Dieser Betrag wird erhöht auf 11.362,05 Euro (falls der Familie auch der Ehegatte angehört) und um jeweils 516,46 Euro für jedes zu Lasten lebende Kind	R
E11 (gültig ab 15.07.2020)	Personen mit Wohnsitz in Südtirol über 65 Jahre mit einem Familieneinkommen zwischen € 36.151,98 und € 40.000,00	R
E12 (gültig ab 15.07.2020)	Personen mit Wohnsitz in Südtirol vor dem 14. Geburtstag	R
E21	Personen im Alter zwischen 6 Jahren und unter 14 Jahren, Angehörige einer Familie mit einem Gesamteinkommen von nicht mehr als 36.151,98 Euro (Artikel 8, Absatz 16, des Gesetzes Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, in geltender Fassung) Die Befreiung wurde mit Rundschreiben vom Amt für Gesundheitssprengel Prot. Nr 23.2/55.07/392455 vom 07.07.2011 abgeändert.	R
E22	zu Lasten lebende Kinder (laut Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27. Mai 2002, in geltender Fassung) ab dem 14. Geburtstag	C
E99 (gültig ab 01.07.2014)	Personen, die einer Familie angehören, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage den Faktor 1,5 des sozialen Mindesteinkommens laut Beschluss der Landesregierung Nr. 539 vom 13.05.2014, in geltender Fassung, nicht erreicht	R
G01 (gültig ab 01.03.2019)	Kriegsinvaliden der I bis V Kategorie, die eine Leftpension bekommen und in ein Konzentrationslager deportiert wurden (Art.6, Absatz 1, Buchstabe a des D.M. 01.02.1991)	A
G02 (gültig ab 01.03.2019)	Kriegsinvaliden der VI bis VIII Kategorie (Art.6, Absatz 2, Buchstabe a des D.M. 01.02.1991)	A (bis zum 14.07.20 Art P)
I01 (gültig ab 15.12.2014)	Leistungen, welche für die Ausstellung von Zeugnissen zur Eignung für die Sporttätigkeit, zur Adoption und Anvertrauung für die Ausübung des Zivildienstes verlangt werden (laut Dekret des Ministerpräsidenten vom 28.11.2003)	A
L01 (gültig ab 01.03.2019)	Große Arbeitsinvaliden – von 80% bis 100% (Art.6, Absatz 1, Buchstabe b des D.M. 01.02.1991)	A

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Art der Befreiung*
L02 (gültig ab 01.03.2019)	Arbeitsinvaliden mit einer Invalidität über 2/3 – von 67% bis 79% (Art.6, Absatz 1, Buchstabe b des D.M. 01.02.1991)	A
L03 (gültig ab 01.03.2019)	Arbeitsinvaliden mit einer Invalidität unter 2/3 – von 1% bis 66% (Art.6, Absatz 2, Buchstabe b des D.M.01.02.1991)	A (bis zum 14.07.20 Art P)
L04 (gültig ab 01.03.2019)	Von Arbeitsunfällen oder von Berufskrankheiten Betroffene (Art.6, Absatz 2, Buchstabe c des D.M. 01.02.1991)	A (bis zum 14.07.20 Art P)
L1	Personen mit Verdacht auf HIV-Infektion (Art. 1, Absatz 5, Buchstabe b), des gesetzesvertretenden Dekrets 124/1998)	A
L7	Blutspender	A
M00 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - vor der Empfängnis	P
Von M00 bis M41 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - bei ordentlicher Schwangerschaft	P
M42 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung für Schwangerschaften über der 41. Woche	P
M50 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - Risiko-Schwangerschaft	P
M52 (gültig ab 01.03.2019)	Zusätzliche Leistungen für Schwangeren, die dem Schiffspersonal gewährt werden	P
M99 (gültig ab 01.03.2019)	Befreiung wegen Schwangerschaft (M.D 10.09.1998) - bei ordentlicher Schwangerschaft (falls der Arzt nicht in der Lage sein sollte, die Schwangerschaftswoche genau zu bestimmen)	P
N01 (gültig ab 01.03.2019)	Personen, die durch Pflichtimpfungen, Transfusionen und Verabreichung von Blutderivaten (Art.1, Absatz 5, Buchstabe d des GvD n.124/1998) irreversible Schäden davongetragen haben (Gesetz n. 210 von 25.02.1992)	A
PREV	Leistungen laut ex Art. 1, Absatz 4, Buchstabe a) und b), des gesetzesvertretenden Dekrets 124/1998), diagnostische Leistungen zur Frühdiagnose der Tumore (Art. 85, Absatz 4, des Gesetzes 388/2000), Leistungen, die zur Ausstellung von Eignungsbescheinigungen zur sportlichen Tätigkeit, Adoption, Durchführung des Zivildienstes angefordert werden und Leistungen laut Punkt 1 des Beschlusses der Landesregierung Nr. 1069 vom 29.03.1999	A
R99 R99999	Leistungen aufgrund eines diagnostischen Verdachts einer seltenen Krankheit (Art. 5, Absatz 2, des M.D. Nr. 279 vom 18.05.2001). Ersetzt „UB“ ab 01/02/2008 (Beschluss der Landesregierung Nr. 4471 vom 17.12.2007)	A
von RA0010 bis RQ0010	Personen, die an den seltenen Krankheiten laut Dekret des Gesundheitsministers Nr. 279 vom 18.05.2001 leiden	P
S01 (gültig ab 01.03.2019)	Große Dienstinvaliden der I Kategorie, die eine spezifische Pension bekommen (Art.6, Absatz 1, Buchstabe c des D.M. 01.02.1991)	A

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Art der Befreiung*
S02 (gültig ab 01.03.2019)	Dienstinvaliden der II bis V Kategorie (Art.6, Absatz 1, Buchstabe d des D.M. 01.02.1991)	A
S03 (gültig ab 01.03.2019)	Dienstinvaliden der VI bis VIII Kategorie (Art.6, Absatz 1, Buchstabe d des D.M. 01.02.1991)	A
S04 (gültig ab 01.03.2019)	Wehrdienstverweigerer im Zivildienst (Art. 6, Absatz 1, Gesetz Nr. 230 vom 08.07.1998)	A
T01 (gültig ab 01.06.17)	Blut-, Organ- und Gewebespende	A
T12 (gültig vom 11/06/2012 bis 31/12/2014 sofern nicht verlängert)	Befreiung Erdbeben 2012 ER (Rundschreiben der Region Emilia Romagna vom 08.06.2012, Nr.9, Kodex der Gemeinden: 035xxx, 036xxx, 037xxx, 038xxx)	A
TD	Leistungen, mit der Kennzeichnung „TD“ (Leistungen auf dem Territorium und am Domizil) oder TD-S, die entsprechend dem Einheitstextes der Richtlinien des Beschlusses der L.R. Nr. 2390 vom 14.06.99 ohne eine Kostenbeteiligung seitens des Patienten erbracht werden. (nur dann anzuwenden, falls der Patient nicht andere Ticketbefreiungen hat)	A
TEL	Telemedizin (Beschluss L.R. nr. 433 von 16.06.2020)	A
TN	Leistungen, die ohne Ticketbefreiung erbracht werden	N
TR	Leistungen, für welche keine Ticketeinnahme vorgesehen ist (z.B. Notaufnahme-Leistungen mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt, OBI Leistungen)	X
TX	Ticketbefreit wegen Dringlichkeitscode des Zugangs oder eines der Ausschlussesgründe gemäß Anlage A des L.R. Beschlusses nr. 983/2019	X
V01 (gültig ab 01.02.16)	Opfer des Terrorismus und der organisierten Kriminalität (laut Art. 15 G. Nr. 302/90, Art. 5, Absatz 6, gv.D. 124/1998); Opfer des Terrorismus und ähnlicher Verbrechen mit Invalidität < 80% und ihre Familienangehörige (laut Art. 8 G. 206/2004) Gefallene in Ausübung ihre Pflicht im Staatsdienst und hinterbliebene Familienangehörige (laut D.P.R. vom 7. Juli 2006, Nr. 243)	A
V02 (gültig ab 01.02.16)	Opfer des Terrorismus und ähnlicher Verbrechen mit Invalidität > 80% und ihre Familienangehörige (laut Art. 4, G. 3.8.2004, Nr. 243)	A
X01	Fachärztliche dringende oder grundlegende Leistungen an Nicht-EU-Bürger, welche nicht den Bestimmungen bezüglich Eingangs- und Aufenthalt entsprechen und ohne genügende Geldmittel sind (ex Art. 35, Absatz 3, gesetzesvertretendes Dekret vom 25. Juli 1998, Nr. 286; Art. 43, Absatz 4, D.P.R. 31. August 1999, Nr. 394 und diesbezügliche Ausführungsbestimmung). Dieser Code wird verwendet, wenn der ausländische Betreute nicht eine andere Ticketbefreiung besitzt (z. B. Schwangerschaft, chronische Krankheit, usw.). (Beschluss der Landesregierung Nr. 982 vom 7. Juni 2010).	R

Code der Befreiung	Beschreibung der Befreiung	Art der Befreiung*
X22 (gültig vom 31.05.2022 bis 31.12.2024 sofern nicht verlängert)	Zeitweiliger Schutz von ukrainischen Flüchtlingen	A
X23 (gültig vom 07.06.2022)	Nicht registrierte ausländische Minderjährige unter 6 Jahren Beschluss Nr. 25/E AdE	A
X24 (gültig vom 07.06.2022)	Unbegleitete ausländische Minderjährige Beschluss Nr. 25/E AdE	A

* Siehe Anlage F

ANLAGE H: CHIRURGISCHE PAC LEISTUNGEN

Staatl. An-merk.	Landes-An-merk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
H	N-A	04.43	DEKOMPRESSION DES KARPALTUNNELS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	NEUROCHIRURGIE ORTHOPÄDIE
H	N-A	04.44 (ab 30.12.24)	DEKOMPRESSION DES TARSALTUNNELS. Inbegriffen: anästhesiologische, präoperative Untersuchungen und Anästhesie, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	NEUROLOGIE NEUROCHIRURGIE ORTHOPÄDIE
H	N-A	04.49	DEKOMPRESSION DES KUBITALSTUNNELS, DES N. PERONEUS COMMUNIS AM FIBULAKÖPFCHEN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	NEUROLOGIE NEUROCHIRURGIE
H	A	08.38 (bis 31.12.25)	KORREKTUR EINER LIDRETRAKTION - Falls durchgeführt, inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	AUGENHEILKUNDE
H	A	08.72 (bis 31.12.25)	PLASTISCHE REKONSTRUKTION DES AUGENLIDS, PARTIELLE TIEFE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	AUGENHEILKUNDE
H	A	08.74 (bis 31.12.25)	PLASTISCHE REKONSTRUKTION DES AUGENLIDS, VOLLE TIEFE. Ausgenommen Codes 08.44 und 08.6. Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	AUGENHEILKUNDE
H	N-A	11.99.5	HORNHAUT-CROSSLINKING - Inbegriffen: anästhesiologische präop. Visite, präoperative Untersuchungen und Eignungstests, Operation, Kontrollvisite innerhalb 12 Monaten	AUGENHEILKUNDE
H	A	12.92.1 (bis 31.12.25)	INTRAOKULARE INJEKTION THERAPEUTISCHER SUBSTANZEN – Inbegriffen: präoperative Untersuchungen und Eignungstests, Operation, OCT, Kontrollvisite. ImTarif sind die Kosten des Medikaments nicht inbegriffen	AUGENHEILKUNDE
H	A	13.19.1 (bis 31.12.25)	KATARAKT OPERATION MIT ODER OHNE IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisite, Biometrie	AUGENHEILKUNDE

Staatl. Anmerk.	Landes-Anmerk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
H	N-A	13.41 (ab 30.12.24)	KATARAKT OPERATION OHNE IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE. Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Kontrollvisiten, Biometrie	AUGENHEILKUNDE
	N-A	13.70.1	IMPLANTATION VON LINSEN ZUR KORREKTUR VON REFRAKTIONSFEHLERN (in phake Augen) - Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Linsenimplantation, Kontrollvisite, Biometrie	AUGENHEILKUNDE
H	N-A	13.71	KATARAKT OPERATION MIT IMPLANTATION EINER INTRAOKULARLINSE. Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Kontrollvisiten, Biometrie Linsen inbegriffen	AUGENHEILKUNDE
H	N-A	13.72	SEKUNDÄRES EINSETZEN EINER INTRAOKULARLINSE. Inbegriffen: präoperative Untersuchung, Kontrollvisiten, Biometrie	AUGENHEILKUNDE
H	A	13.8 (bis 31.12.25)	ENTFERNEN EINER INTRAOKULARLINSE - Inbegriffen: präoperative- und Kontrollvisite. Biometrie.	AUGENHEILKUNDE
H	I-A	38.59	LIGATUR UND STRIPPING DER VARIZEN DER UNTEREN EXTREMITÄTEN. Stripping der VV.femoralis, poplitea, saphena, tibialis - Falls durchgeführt, sind inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE
H	A	38.59.1 (bis 31.12.25)	MINISTRIPPING [VARIZEKTOMIE] DER VENEN DER UNTEREN EXTREMITÄTEN - Stripping von Kollateralvenen. Ausgenommen: Stripping der V.saphena - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE
H	A	38.59.2 (bis 31.12.25)	ENDOVENÖSE LASERTHERAPIE BEI VARIZEN - Falls durchgeführt, inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE
	I-A	38.59.3 (ab 30.12.24)	ENDOVENÖSE LASERTHERAPIE BEI VARIZEN. Falls durchgeführt, inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE
HR	N-A	53.00.1	EINSEITIGE OPERATION EINER DIREKTEN ODER INDIREKTEN INGUINALHERNIE. Inbegriffen: anästhesiologische Untersuchung, EKG, Laboruntersuchungen, postoperative Visite	ALLGEMEINE CHIRURGIE

Staatl. Anmerk.	Landes-Anmerk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
HR	N-A	53.00.2	EINSEITIGE OPERATION EINER DIREKTEN ODER INDIREKTEN INGUINALHERNIE MIT TRANSPLANTAT ODER PROTHESE. Inbegriffen: anästhesiologische Untersuchung, EKG, Laboruntersuchungen, postoperative Visite	ALLGEMEINE CHIRURGIE
HR	N-A	53.21.1	EINSEITIGE OPERATION EINER FEMORALHERNIE MIT TRANSPLANTAT ODER PROTHESE. Inbegriffen: anästhesiologische Untersuchung, EKG, Laboruntersuchungen, postoperative Visite	ALLGEMEINE CHIRURGIE
HR	N-A	53.29.1	EINSEITIGE OPERATION EINER FEMORALHERNIE. Inbegriffen: anästhesiologische Untersuchung, EKG, Laboruntersuchungen, postoperative Visite	ALLGEMEINE CHIRURGIE
HR	N-A	53.41	OPERATION EINER UMBILIKALHERNIE MIT PROTHESE. Inbegriffen: anästhesiologische Untersuchung, EKG, Laboruntersuchungen, postoperative Visite	ALLGEMEINE CHIRURGIE
HR	N-A	53.49.1	OPERATION EINER UMBILIKALHERNIE. Inbegriffen: anästhesiologische Untersuchung, EKG, Laboruntersuchungen, postoperative Visite	ALLGEMEINE CHIRURGIE
H	A	63.99.1 (bis 31.12.25)	SKLEROTISIERUNG BEI VARIKOZELE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	RADIOLOGIE UROLOGIE
H	I-A	77.51	BURSEKTOMIE, MIT WEICHTEILKORREKTUR UND KORREKTUROSTEOTOMIE WEGEN HALLUX VALGUS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
HR	A	77.56	HAMMERZEH-/ KRALLenfingerkorrektur - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
HR	A	80.20	(DIAGNOSTISCHE) ARTHROSKOPIE, NICHT NÄHER BEZEICHNET - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	A	80.61 (bis 31.12.25)	ENTFERNUNG DER HALBMONDFÖRMIGEN FASERKNORPELSCHIBE DES Kniegelenkes - Falls durchgeführt, sind inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE

Staatl. An- merk.	Landes- An- merk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
H	N-A	81.16	ARTHRODESE AM METATARSO-PHALANGEALGELENK - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	81.25	ARTHRODESE DES RADIOKARPALGELENKES - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	81.26	KARPOMETAKARPALE ARTHRODESE - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	81.27	ARTHRODESE DES METAKARPOPHALANGEALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	81.28	ARTHRODESE DES INTERPHALANGEALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	81.72	ARTHROPLASTIK OHNE IMPLANTAT DES METAKARPOPHALANGEAL- UND INTERPHALANGEALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	81.75	ARTHROPLASTIK OHNE IMPLANTAT AM KARPOKARPAL- ODER KARPOMETAKARPALGELENKS - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.21	EXZISION VON LÄSIONEN DER SEHNENFASZIEN DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.22	EXZISION VON LÄSIONEN DER HANDMUSKELN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.29	EXZISION ANDERER LÄSIONEN DER WEICHTEILE DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE

Staatl. An-merk.	Landes-An-merk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
H	N-A	82.31	BURSEKTOMIE DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.41	SEHNENFASZIENNAHT DER HAND - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.45	NAHT DER HANDSEHNEN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.46	NAHT DER HANDMUSKELN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.53	REINSERTION DER HANDSEHNEN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.54	RESINSERTION DER HANDMUSKELN - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
H	N-A	82.91	TENOLYSE AN DER HAND [bei schnellem Finger] - Inbegriffen: anästhesiologische und präoperative Untersuchungen, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	NEUROLOGIE NEUROCHIRURGIE ORTHOPÄDIE
H	N-A	83.03 (ab 30.12.24)	BURSOTOMIE. Entfernung von Kalkdepots der Bursa. Inbegriffen: anästhesiologische, präoperative Untersuchungen und Anästhesie, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite. Ausgenommen: Perkutane Bursa-Punktion	ORTHOPÄDIE
HR	N-A	84.01 (ab 30.12.24)	AMPUTATION UND DESARTIKULATION DER FINGER DER HAND. Inbegriffen: anästhesiologische, präoperative Untersuchungen und Anästhesie, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE ORTHOPÄDIE
HR	N-A	84.02 (ab 30.12.24)	AMPUTATION UND DESARTIKULATION DES DAUMENS. Inbegriffen: anästhesiologische, präoperative Untersuchungen und Anästhesie, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE ORTHOPÄDIE

Staatl. Anmerk.	Landes-Anmerk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
H	N-A	84.3 (ab 30.12.24)	REVISION DES AMPUTATIONSSTUMPFES. Inbegriffen: anästhesiologische, präoperative Untersuchungen und Anästhesie, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE ORTHOPÄDIE
HR	N-A	84.11 (ab 30.12.24)	AMPUTATION UND DESARTIKULATION DER ZEHEN. Inbegriffen: anästhesiologische, präoperative Untersuchungen und Anästhesie, Operation, Wundversorgung, Entfernung der Nähte, Kontrollvisite	GEFÄSSCHIRURGIE ORTHOPÄDIE
	I-A	93.39.A (ab 30.12.24)	RÖNTGENGESTEUERTE HOCHENERGETISCHE FOKUSSIERTE STOSSWELLENTHERAPIE zur Behandlung von Knochenheilungsstörungen und Osteonekrosen. Einschließlich: anästhesiologische Verfahren und prätherapeutische Untersuchungen, Therapie, Orthesenanpassung, Kontrollvisite	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION ORTHOPÄDIE
H	N-A	98.51.1 (ab 30.12.24)	EXTRAKORPORALE LITHOTRIPSIE AN NIERE, HARNLEITER MIT HARNLEITER KATHETER. Erste Sitzung. Inbegriffen: Anästhesiologische Untersuchungen, Anästhesie, Laboruntersuchungen, Zystoskopie, Ultraschall des Unterbauches, urologische Kontrollvisite. Nicht vereinbar mit 98.51.2.	UROLOGIE
H	N-A	98.51.2 (ab 30.12.24)	EXTRAKORPORALE LITHOTRIPSIE AN NIERE, HARNLEITER MIT HARNLEITER KATHETER. Pro Folgevisite nach der Erstvisite Inbegriffen: Ultraschall des Unterbauches, urologische Kontrollvisite. Nicht vereinbar mit 98.51.1.	UROLOGIE
H	N-A	98.51.3 (ab 30.12.24)	EXTRAKORPORALE LITHOTRIPSIE AN NIERE, HARNLEITER UND/ODER HARNBLASE. Pro Sitzung. Inbegriffen: Ultraschall des Unterbauches, urologische Kontrollvisite	UROLOGIE RADIOLOGIE

ANLAGE I: DIE DIAGNOSTISCH-TERAPEUTISCHEN PROZESSE WAS STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS ANBELANGT (ART)

Code	Beschreibung
NPI_VM	Ärztliche Bewertungsprozesse (Neuropsychiatrie)
NPI_TM	Ärztliche Behandlungsprozesse (Neuropsychiatrie)
NPI_VP	Psychologische Bewertungsprozesse
NPI_TP	Psychologische Behandlungsprozesse
NPI_VT	Therapeutische Bewertungsprozesse
NPI_TT	Therapeutische Behandlungsprozesse
NPI_AU	Autistisches Spektrum
NPI_FS	Funktion Schule (Gesetz 104/1992)
NPI_FT	Funktion Landesgericht - Soziale Dienste
NPA_VM	Ärztliche Bewertungsprozesse (Neuropsychiatrie)
NPA_TM	Ärztliche Behandlungsprozesse (Neuropsychiatrie)
NPA_VP	Psychologische Bewertungsprozesse
NPA_TP	Psychologische Behandlungsprozesse
NPA_VT	Therapeutische Bewertungsprozesse
NPA_TT	Therapeutische Behandlungsprozesse
NPA_AU	Autistisches Spektrum
NPA_FS	Funktion Schule (Gesetz 104/1992)
NPA_FT	Funktion Landesgericht - Soziale Dienste

Beschluss L.R. n. 1492 von 28.12.2017

ANLAGE J: DIE DIAGNOSTISCH-TERAPEUTISCHEN PROZESSE WAS STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS ANBELANGT (CODE)

Code	Beschreibung
850.N01	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N02	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)
850.N03	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N04	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE NEUROPSYCHIATRISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)
850.N05	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)
850.N06	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)
850.N07	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ÄRZTLICHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (0 - 11 Jahre)
850.N08	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ÄRZTLICHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (12 - 18 Jahre)
850.N09	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)
850.N10	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)
850.N11	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOPHARMAZEUTISCHE AMBULANZ (6 - 18 Jahren)
850.N12	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ADHD-REFERENZZENTRUM (6 - 18 Jahren)
850.N13	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ADHD-REFERENZZENTRUM - Registereintragung Methylphenidat
850.N14	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N15	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)
850.N16	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE KURZBEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N17	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE KURZBEWERTUNG (12 - 18 Jahre)
850.N18	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)
850.N19	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)
850.N20	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (0 - 11 Jahre)
850.N21	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG MITTLERER DAUER (12 - 18 Jahre)
850.N22	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (0 - 11 Jahre)
850.N23	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG (12 - 18 Jahre)
850.N24	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - PSYCHOLOGISCHE GRUPPENBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre)
850.N25	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N26	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)

Code	Beschreibung
850.N27	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)
850.N28	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N29	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KOMPLEXE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG (0 - 11 Jahre)
850.N30	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG (12 - 18 Jahre)
850.R01	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht
850.R02	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG MITTLERER DAUER (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 20 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht
850.R03	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 30 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht
850.R04	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - SPEZIFISCHE LERNSTÖRUNGEN: LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG (13 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 5 logopädischen Einzelsitzungen, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht
850.R05	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LOGOPÄDISCHE GRUPPENBEHANDLUNG (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 logopädischen Gruppensitzungen, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht
850.R06	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - KURZE EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht
850.R07	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE MITTLERER DAUER (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 20 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht
850.R08	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - LANGE EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 30 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht
850.R09	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - SPEZIFISCHE LERNSTÖRUNGEN: EINZELBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (13 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 5 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Schulberatung, Abschlussbewertung, Bericht
850.R10	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - GRUPPENBESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE (0 - 18 Jahre) - Umfasst: Zyklus von 10 Sitzungen Beschäftigungstherapie, Elterngespräch, Abschlussbewertung, Bericht
850.R11	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - MITTELFRISTIGE ÜBERWACHUNG AUF RÜCKFÄLLE NACH BEHANDLUNGSABSCHLUSS - Umfasst: vier technische Beratungen an Familie oder Schule und eine Abschlussbewertung
850.R12	Ambulanzfunktion: BEREICH MINDERJÄHRIGE - MITTELFRISTIGE ÜBERWACHUNG AUF RÜCKFÄLLE NACH ABSCHLUSS ERGOTHERAPEUTISCHER ODER PSYCHOMOTORISCHER BEHANDLUNG - Umfasst: vier technische Beratungen an Familie oder Schule und eine Abschlussbewertung
850.A00	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - MEDIZINISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0-21 Jahre)
850.A01	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - ERSTE ÄRZTLICH-PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A02	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - ERSTE LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS 0 - 21 Jahre)

Code	Beschreibung
850.A03	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - ERSTE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A04	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A05	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A06	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - LOGOPÄDISCHE GRUPPENBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A07	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - ERGOTHERAPEUTISCHE ODER PSYCHOMOTORISCHE EINZELBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A08	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - ERGOTHERAPEUTISCHE ODER PSYCHOMOTORISCHE GRUPPENBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A09	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - ÄRZTLICH-PSYCHOLOGISCHE KONTROLLE DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A10	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - REHABILITATIVE BEHANDLUNG BEI STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A11	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - PÄDAGOGISCHE ÄKTIVITÄT BEI STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.A12	Ambulanzfunktion: BEREICH PATIENTEN (0-21) - SOZIALFÜRSORGLICHE BEHANDLUNG BEI STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (0 - 21 Jahre)
850.S01	Funktion SCHULE (Gesetz 104/1992) - PSYCHODIAGNOSTISCHE BEWERTUNG - BESCHLEINIGUNG G. 104/92
850.S02	Funktion SCHULE (Gesetz 104/1992) - PSYCHODIAGNOSTISCHE BEWERTUNG VON SCHÜLERN MIT BESONDEREN ERZIEHUNGSBEDÜRFNISSEN
850.S03	Funktion SCHULE (Gesetz 104/1992) - VERWALTUNG DES INTEGRATIONSPROZESSES G.104/92
850.T01	Funktion LANDESGERICHT - SOZIALE DIENSTE - BEWERTUNG DER UNTERBRINGUNG AUSSERHALB DER FAMILIE (Therapeutische oder integrierte Gemeinde oder Pflegefamilien)
850.T02	Funktion LANDESGERICHT - SOZIALE DIENSTE - INTEGRIERTE NETZWERKTÄTIGKEITEN
850.T03	Funktion LANDESGERICHT - SOZIALE DIENSTE - BEWERTUNG DES MINDERJÄHRIGEN
860.A00	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - MEDIZINISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A01	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - PSYCHOLOGISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A02	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - LOGOPÄDISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A03	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - ERSTE ERGOTHERAPEUTISCHE BEWERTUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A04	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - PSYCHOLOGISCHE BEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A05	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - LOGOPÄDISCHE EINZELBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A07	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - ERGOTHERAPEUTISCHE EINZELBEHANDLUNG DER STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A09	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - PARENT TRAINING STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.A10	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - REHABILITATIVE BEHANDLUNG BEI STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS (TERP)
860.A11	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - PÄDAGOGISCHE ÄKTIVITÄT BEI STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS

Code	Beschreibung
860.A12	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - SOZIALFÜRSORGLICHE BEHANDLUNG BEI STÖRUNGEN DES AUTISTISCHEN SPEKTRUMS
860.N24	Ambulanzfunktion: BEREICH ERWACHSENE - PSYCHOLOGISCHE GRUPPENBEHANDLUNG

Beschluss L.R. n. 1492 von 28.12.2017

ANLAGE K: NICHT CHIRURGISCHE PAC LEISTUNGEN

Staatl. Anmerk.	Landes- Anmerk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
H R	A	39.95	HÄMODIALYSE MIT ACETAT ODER BICARBONAT OHNE ODER MIT HOCHBIOKOMPATIBLEN MEMBRANEN Inbegriffen: die Visite, die manuellen Tätigkeiten (Handgriffe), die Pharmaka, die mit der Dialysebehandlung Verbundenen Laboruntersuchungen, die Verarztungen und das Verbinden, die Erstellung oder die eventuelle Änderung des Behandlungsplans für Hämodialyse. Die Leistung darf nur von dem Privatzentrum kodiert werden	NEFROLOGIE
H R	I-A	73.44 (ab 30.12.24)	FREIWILLIGER SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH DURCH PHARMAKOLOGISCHE METHODEN. Einschließlich: Laboruntersuchungen und instrumentelle Diagnostik vor der Behandlung, Verabreichung von Arzneimitteln, Untersuchungen und Kontrolluntersuchungen. Ausgeschlossen: Kosten für Arzneimittel	GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE
	I-A	88.99.9 (ab 30.12.24)	KNOCHENDENSITOMETRIE. LUMBAL UND FEMORAL-DXA	RADIOLOGIE
	I-A	90.47.6 (ab 30.12.24)	TYPISIERUNG DER EXTRAHIERBAREN NUKLEAREN ANTIGENE (ENA-Profil) - Allumfassender Tarif für die erforderlichen Bestimmungen	LABOR
	I-A	91.47.D (ab 30.12.24)	IMMUNPHÄNOTYPISIERUNG VON LEUKO/-LYMPHOZYTEN. Bis 16 Antigene	LABOR
	I-A	91.47.E (ab 30.12.24)	IMMUNPHÄNOTYPISIERUNG VON LEUKO/-LYMPHOZYTEN. Bis 24 Antigene	LABOR
	I-A	91.47.F (ab 30.12.24)	IMMUNPHÄNOTYPISIERUNG VON LEUKO/-LYMPHOZYTEN. Bis 40 Antigene	LABOR
	A	93.39.A (bis 31.12.25)	HOCHENERGETISCHE FOKUSSIERTE STOSSWELLENTHERAPIE ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENHEILUNGSSTÖRUNGEN UND OSTEONEKROSEN: Einschließlich: anästhesiologische und prätherapeutische Untersuchungen, Therapie, Orthesenanpassung, Kontrollvisite	ORTHOPÄDIE
	A	93.39.B	INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN LYMPHÖDEM IN AKUTPHASE- Pro Gliedmaßen und pro 90-minütiger Sitzung (Zyklus bis zu 16 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION
	A	93.39.C	INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN CHRONISCHEN LYMPHÖDEM- Pro Gliedmaßen und pro 90-minütiger Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt.	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION

Staatl. Anmerk.	Landes- Anmerk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
	A	93.39.D	INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN LYMPHÖDEM DER UNTEREN GLIEDMASSEN- 90-minütige Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION
	A	93.39.E	INTENSIVE BEHANDLUNG DES SEKUDÄREN LYMPHÖDEM DER OBEREN GLIEDMASSEN- 60-minütige Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION
	A	93.39.F	INTENSIVE BEHANDLUNG DES NICHT SICHTBAREN SEKUDÄREN CHRONISCHEN LYMPHÖDEM - 60-minütige Sitzung (Zyklus bis zu 10 Sitzungen). Inbegriffen: erste Bewertung des Physiotherapeuten, Lymphdrainage, Bandagierung, motorische Rehabilitation, Aktualisierung der Patientenakte und Abschlussbericht an den Arzt	PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND REHABILITATION
H	A	99.25.1 (bis 31.12.25)	INJEKTION ODER INFUSION VON ZYTOSTATISCHEN CHEMOTHERAPIEN. Inbegriffen: onkologische Kontrollvisite, Laboruntersuchungen, Pharmaka.	ONKOLOGIE
	I-A	100.10 (ab 30.12.24)	ZEUGNISSE FÜR WETTKAMPFSPORT zugehörig der Tab. A des M.D. vom 18.02.82 (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, Elektrokardiogramm)	SONSTIGE LEISTUNGEN
	I-A	100.11 (ab 30.12.24)	ZEUGNISSE FÜR WETTKAMPFSPORT zugehörig der Tab. B des M.D. vom 18.02.82 (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Stufen -Belastungstest nach Master)	SONSTIGE LEISTUNGEN
	I-A	100.12 (ab 30.12.24)	ZEUGNISSE FÜR WETTKAMPFSPORT zugehörig der Tab. B des M.D. vom 18.02.82 MIT FAHRRADERGOMETERTEST (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Fahrradergometer test)	SONSTIGE LEISTUNGEN
	I-A	100.13 (ab 30.12.24)	LEISTUNGSDIAGNOSTISCHER TEST MIT FAHRRADERGOMETRIE (ODER MIT LAUF BAND ODER MIT PULSUHR) MIT LAKTATLEISTUNGSKURVE (inbegriffen: Ruhe. EKG, Belastungs-EKG, Messung von Herzfrequenz und Blutdruck, kapilläre Blutabnahmen in Serie zur Bestimmung der Milchsäure, Berechnung der aeroben und anaeroben Schwelle, abschließende Beurteilung mit individuellen Trainingshinweisen)	SONSTIGE LEISTUNGEN
	I-A	100.14 (ab 30.12.24)	LEISTUNGSDIAGNOSTISCHER TEST MIT FAHRRADERGOMETRIE (ODER MIT LAUF BAND ODER MIT PULSUHR) MIT DIREKTER MESSUNG DER ATEMGASE (inbegriffen: Ruhe. EKG, Belastungs-EKG, Messung von Herzfrequenz und Blutdruck, Messung der Atemgase: VO ₂ , VO ₂ /Kg, VCO ₂ , VE, respiratorischer Quotient, Messung von VO ₂ max, maximaler aerober und anaerober Kapazität, Berechnung der aeroben und anaeroben Schwelle, abschließende Beurteilung mit individuellen Trainingshinweisen)	SONSTIGE LEISTUNGEN

Staatl. Anmerk.	Landes- Anmerk.	Kodex	Beschreibung	Fachbereiche
	I-A	100.15 (ab 30.12.24)	SPORTMEDIZINISCHES CHECK-UP (inbegriffen: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Elektrokardiogramm mit Fahrradergometrie, Abschlussbericht)	SONSTIGE LEISTUNGEN
	A	1500.01	REHABILITATIONS- UND THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT PSYCHOSOMATISCHEN STÖRUNGEN. Pro Sitzung. Inklusive: ärztliche Visite, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Beurteilung durch Therapeuten, Durchführung von Therapien, Beschäftigungstherapie und physikalische Therapie. Die gesamte Behandlung dauert 9 Stunden pro Zugang und schließt auch die Mahlzeit mit ein, die als therapeutischer Bestandteil gilt (1 Stunde)	PSYCHIATRIE

**ANLAGE L: LEISTUNGEN, DIE GEGENSTAND DER ÜBERWACHUNG DER WARTEZEITEN (PPGLA)
SIND – FACHÄRZTLICHE VISITEN**

Nummer	Code Landestarifverzeichnis	Beschreibung	Code Fachgebiet
1	89.7	Erste kardiologische Visite	02
2	89.7	Erste Visite Gefäßchirurgie	05
3	89.7	Erste endokrinologische Visite	09
4	89.13	Erste neurologische Visite	15
5	95.02	Erste Augenvisite	16
6	89.7	Erste orthopädische Visite	19
7	89.26	Erste gynäkologische Visite	20
8	89.7	Erste HNO Visite	21
9	89.7	Erste urologische Visite	25
10	89.7	Erste dermatologische Visite	06
11	89.7	Erste physiatrische Visite	12
12	89.7	Erste gastroenterologische Visite	10
13	89.7	Erste onkologische Visite	18
14	89.7	Erste pneumologische Visite	22

Beschluss L.R. n. 915 von 05.11.2019

**ANLAGE M: LEISTUNGEN, DIE GEGENSTAND DER ÜBERWACHUNG DER WARTEZEITEN (PPGLA)
SIND – INSTRUMENTELLE LEISTUNGEN**

Nummer	Code Landestarifverzeichnis	Beschreibung
15	87.37.1	Mammographie Beidseits
16	87.37.2	Mammographie Einseitig
17	87.41	CT des Thorax
18	87.41.1	CT des Thorax ohne und mit Kontrastmittel
19	88.01.1	CT des Oberbauches
20	88.01.2	CT des Oberbauches ohne und mit Kontrastmittel
21	88.01.3	CT des Unterbauches
22	88.01.4	CT des Unterbauches ohne und mit Kontrastmittel
23	88.01.5	CT des gesamten Abdomens
24	88.01.6	CT des gesamten Abdomens ohne und mit Kontrastmittel
25	87.03	CT der Kopfregion
26	87.03.1	CT der Kopfregion ohne und mit Kontrastmittel
27	88.38.1	CT der Wirbelsäule und des Wirbelkanals (zervikal)
28	88.38.1	CT der Wirbelsäule und des Wirbelkanals (thorakal)
29	88.38.1	CT der Wirbelsäule und des Wirbelkanals (lumbosakral)
30	88.38.2	CT der Wirbelsäule und des Wirbelkanals (zervikal) ohne und mit Kontrastmittel
31	88.38.2	CT der Wirbelsäule und des Wirbelkanals (thorakal) ohne und mit Kontrastmittel
32	88.38.2	CT der Wirbelsäule und des Wirbelkanals (lumbosakral) ohne und mit Kontrastmittel
33	88.38.5	CT des Beckens
34	88.91.1	MRI des Gehirns und des Hirnstammes
35	88.91.2	MRI des Gehirns und des Hirnstammes ohne und mit Kontrastmittel
36	88.95.4	MRI des Unterbauches und des kleinen Beckens
37	88.95.5	MRI des Unterbauches und des kleinen Beckens ohne und mit Kontrastmittel
38	88.93	MRI der Wirbelsäule
39	88.93.1	MRI der Wirbelsäule ohne und mit Kontrastmittel
40	88.71.4	Diagnostischer Ultraschall des Kopfes und des Halses
41	88.72.3	Farb-Doppler-Echokardiographie
42	88.73.5	Farb-Doppler-Echokardiographie der supraaortalen Gefäße
43	88.74.1	Ultraschall des Oberbauches
44	88.75.1	Ultraschall des Unterbauches
45	88.76.1	Ultraschall des gesamten Abdomens
46	88.73.1	Ultraschall der Brustdrüse Beidseits
47	88.73.2	Ultraschall der Brustdrüse Einseitig
48	88.78	Geburtshilflicher Ultraschall
49	88.78.2	Gynäkologischer Ultraschall
50	88.77.2	Farb-Doppler-Echokardiographie oberen oder unteren Extremitäten oder anderer Bezirke arteriell oder venös
51	45.23	Koloskopie mit flexiblem Endoskop

Nummer	Code Landestarifverzeichnis	Beschreibung
52	45.42	Endoskopische Polypektomie des Kolons
53	45.24	Sigmoidoskopie mit flexiblem Endoskop
54	45.13	Ösophagogastroduodenoskopie
55	45.16	Ösophagogastroduodenoskopie mit Biopsie
56	89.52	Elektrokardiogramm
57	89.50	Dynamisches Elektrokardiogramm (Holter)
58	89.41	Kardiovaskulärer Belastungstest am Laufband
59	89.44	Andere kardiovaskuläre Belastungstests
60	95.41.1	Tonaudiometrie
61	89.37.1	Einfache Spirometrie
62	89.37.2	Komplette Spirometrie
63	95.11	Fundusfotographie
64	93.08.1	Einfache Elektromyographie [EMG] der oberen Extremität
65	93.08.1	Einfache Elektromyographie [EMG] der unteren Extremität
66	93.08.1	Einfache Elektromyographie [EMG] des Kopfes
67	93.08.1	Einfache Elektromyographie [EMG] des Rumpfes
68	93.08.1	Dynamische Bewertung EMG Walking
69	93.08.1	Dynamische EMG der oberen Extremität

Beschluss L.R. n. 915 von 05.11.2019

ANLAGE N: VERZEICHNIS DER ANMERKUNGEN UND ENTSPRECHENDEN ERBRINGUNGSBEDINGUNGEN /INDIKATIONEN FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
1	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Bedingungen für die Durchführung einer refraktiven Chirurgie
2	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Alle Bevölkerungsgruppen
3	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) 0 - 14 Jahre B) Gesundheitlich Benachteiligte C) Sozialbenachteiligte
4	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) Gesundheitlich Benachteiligte B) Sozialbenachteiligte C) Nur im Fall von „indirekter Pulpenüberkappung“ auch bei 0–14-Jährigen in Folge von Trauma
5	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) Gesundheitlich Benachteiligte B) Sozialbenachteiligte
6	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Gesundheitlich Benachteiligte
7	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Gesundheitlich Benachteiligte bei schmerzhaftem und dysfunktionalem Kiefergelenksyndrom.
8	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) 0 - 14 Jahre B) Gesundheitlich Benachteiligte
9	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) Gesundheitlich Benachteiligte; (IOTN-Index = 4/5) B) Sozialbenachteiligte (IOTN-Index = 4/5)
10	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	0 - 14 Jahre
11	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) Gesundheitlich Benachteiligte; B) Sozialbenachteiligte C) 0 - 14 Jahre nur in Folge von Trauma
12	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Im Fall von okkultur Blutung, wenn das Ergebnis der ÖGD und Koloskopie negativ ist
13	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Bis zum vollendeten 46. Lebensjahr. Bis 6 Zyklen. Pro Zyklus: von 65.11 US- GESTEUERTE FOLLIKELPUNKTION [Entnahme von Eizellen] bis zu einem oder mehreren 69.82.5 EMBRYOTRANSFER/S (ET).
14	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Bis zum vollendeten 46. Lebensjahr. Bis 6 Zyklen. Pro Zyklus: bis zu einem oder mehreren EMBRYOTRANSFER/S (ET) (69.82.5).
15	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) KREBSERKRANKUNG: Bewertung der Knochenstruktur Für die Untersuchung des Wurzelkanalgewebes und der Weichgewebe ist die MR vorzuziehen. Mit neurologischem Defizit auch ohne Schmerzen B) VERDACHT AUF KREBSERKRANKUNG. MR MIT ZWEIFELHAFTEM ODER POSITIVEM ERGEBNIS: Für eine bestmögliche Bewertung der Knochenstruktur bei zunehmendem, kontinuierlichem Schmerz auch im Ruhezustand und bei Nacht. Auch ohne Schmerzen mit neurologischem Defizit der unteren Gliedmaßen; C) KOMPLIKATIONEN NACH DEM EINGRIFF bei Patienten, bei denen die MR nicht indiziert ist D) NICHT-ONKOLOGISCHE KNOCHENERKRANKUNGEN: Für eine bessere Bewertung sofern die MR kein eindeutiges Ergebnis bringt

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
16	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Gemäß Angaben der Richtlinien für die physiologische Schwangerschaft
17	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) TRAUMA: Zunächst nicht indiziert. Für Bewertung der Knochenstruktur vor chirurgischem Eingriff B) NACH CHIRURGISCHEM EINGRIFF: Zunächst nicht indiziert. Für eine bessere Bewertung des klinischen Verlaufs und etwaiger Knochenkomplikationen C) Diagnose und Überwachung chronischer Osteomyelitis
18	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) KREBSERKRANKUNG: Für eine bestmögliche Bewertung der Knochenstruktur bei Vorliegen eines positiven Befundes vorangegangener Röntgenuntersuchungen B) VERDACHT AUF KREBSERKRANKUNG: Für eine bestmögliche Bewertung der Knochenstruktur bei Vorliegen eines zweifelhaften Befundes vorangegangener Röntgenuntersuchungen oder einer Knochenszintigrafie
19	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Technischer Standard: Hochfrequenz-Endovaginalsonde (≥ 5 MHz). Transabdominell: zusätzlich oder im Fall, dass der Zugang über die Scheide nicht möglich ist.
20	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	In Verbindung mit den Laboruntersuchungen 90.17.6 und 90.17.8 gemäß Richtlinien für die Schwangerschaft
21	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Gemäß Richtlinien für die Schwangerschaft
22	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) HALSWIRBELSÄULENSCHMERZEN BZW. NEUROLOGISCHE SYMPTOME, die nicht auf die Therapie ansprechen und mindestens zwei Wochen anhalten B) KÜRZLICHE TRAUMEN UND KOMPRESSIONSBRÜCHE
23	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Staging-Untersuchung; im pädiatrischen Bereich; frühe, in der Röntgenaufnahme nicht klar erkennbare Formen von Spondylitis ankylosans bzw. spondylogene Myelopathie; Diagnose und Überwachung von Multiple Sklerose
24	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) KREBSERKRANKUNG: Starker, stechender, zunehmender Schmerz. Bei motorischem Defizit oder Sensibilitätsdefizit der oberen Gliedmaßen oder pyramidalem Rigor der unteren Gliedmaßen auch ohne Schmerzen B) VERDACHT AUF KREBSERKRANKUNG: zunehmender, kontinuierlicher Schmerz auch im Ruhezustand und bei Nacht. Auch ohne Schmerzen bei motorischem Defizit oder Sensibilitätsdefizit der oberen Gliedmaßen oder pyramidalem Rigor der unteren Gliedmaßen C) VERDACHT AUF INFEKTION: zunehmender, kontinuierlicher Schmerz auch im Ruhezustand und bei Nacht. Bei Fieber, kürzlichen bakteriellen Infektionen, immunsuppressiven Therapien, HIV D) POSTTRAUMATISCHE KOMPLIKATIONEN
25	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Staging-Untersuchung oder im pädiatrischen Bereich; Verdacht auf Spinalstenose.

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
26	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) TRAUMA: indiziert im Fall von Verdacht auf osteochondrale Verletzung bei Röntgenaufnahme. Im Fall von dauerhaftem Schmerz mit Verdacht auf Bandverletzung und Ultraschall mit negativem oder zweifelhaftem Ergebnis B) NACH CHIRURGISCHEM EINGRIFF: Zunächst nicht indiziert. Bessere Bewertung etwaiger Komplikationen C) VERDACHT AUF ENTZÜNDUNG: Zunächst nicht indiziert. Nur nach negativem Ergebnis der Röntgenaufnahme, positivem Ergebnis des Ultraschalls und des Labortests, anhand der die Arthritis eindeutig belegt wird, um die Ausdehnung der Gelenkentzündung auf Knorpel und Knochen bewerten zu können (early arthritis). Nicht vor drei Monaten und je nach klinisch und labortechnisch erhobenem Krankheitsbild. Bei Krankheitsbildern mit fortgeschrittener Arthrose ist eine Röntgenuntersuchung, aber keine RM indiziert.
27	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) TRAUMA: indiziert bei Verdacht auf intraartikulären Bandverletzungen mit dauerhaftem Schmerz bzw. Gelenkblockierung; Bewertung vor der Arthroskopie B) NACH CHIRURGISCHEM EINGRIFF: Zunächst nicht indiziert. Bessere Bewertung etwaiger Komplikationen C) VERDACHT AUF ENTZÜNDUNG: Zunächst nicht indiziert. Nur nach negativem Ergebnis der Röntgenaufnahme, positivem Ergebnis des Ultraschalls und des Labortests, anhand der die Arthritis eindeutig belegt wird, um die Ausdehnung der Gelenkentzündung auf Knorpel und Knochen bewerten zu können (early arthritis). Nicht vor drei Monaten und je nach klinisch und labortechnisch erhobenem Krankheitsbild. Bei Krankheitsbildern mit fortgeschrittener Arthrose ist eine Röntgenuntersuchung, aber keine RM indiziert.
28	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) KREBSERKRANKUNG: Geeignete Untersuchung für das lokale Staging einer diagnostizierten Neoplasie B) VERDACHT AUF KREBSERKRANKUNG. Indiziert für eine bessere Bewertung der Muskel- und Sehnenstruktur
29	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Risikofaktoren für die Erbringung von Leistungen der Knochendichtemessung
30	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Diagnose von neuroendokrinen Tumoren.
31	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Diagnose von Porphyrien B) Bleivergiftungen
32	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Normalerweise als Untersuchung 1. Grades verschreibbar bei diagnostiziertem oder Verdacht auf Leberschaden (auch durch potenziell leberschädliche Medikamente), der bewertet oder überwacht werden muss.
33	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 1. Grades bei Verdacht auf Unterernährung oder Leber- bzw. Nierenerkrankungen.

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
34	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades bei Diagnose von Muskelerkrankungen.
35	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades nützlich für Diagnose und Überwachung von Pankreaserkrankungen. Nützlich im Fall einer erhöhten Gesamt-Amylase-Konzentration
36	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Diagnose von Hirsutismus
37	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Untersuchung 1. Grades bei Screening und Diagnose folgender Pathologien: 1. Nephrolithiasis; 2. Knochenkrankheiten; 3. neurologische und psychiatrische Störungen; 4. Hyperkalzämie und Hypokalzämie unterschiedlicher Ursachen; 5. Niereninsuffizienz; 6. thyreoidale Erkrankungen; 7. gastrointestinale Erkrankungen; 8. neoplastische Erkrankungen B) Nützlich für die therapeutische Überwachung.
38	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Als Screening bei allen Personen über 40 Jahren; ohne erhöhte Werte, bei Änderung des Lebensstils oder therapeutischen Eingriffen wird die Untersuchung nach 5 Jahren wiederholt B) Bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen oder unter Vorliegen eines bekannten Risikofaktors (kardiovaskulärer Faktor, Vererbung von Stoffwechselstörungen, kardiovaskulären Erkrankungen in jungen Jahren, Dyslipidämie trotz Behandlung gemäß AIFA-Fußnote, usw.). *Italienische Arzneimittelbehörde
39	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Untersuchung 2. Grades für die Diagnose von Muskelpathologien B) Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, die mit Statinen behandelt werden
40	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades für die Überwachung von: A) chronischen Nierenerkrankungen, B) Stoffwechselstörungen.
41	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	In Verbindung mit 88.78.4 "GEBURTSHILFLICHER ULTRASCHALL MIT UNTERSUCHUNG DER NACKENTRASPARENZ. Einschließlich: Untersuchung der Nackentransparenz und Beratung vor und nach dem Combined Test zur Früherkennung von Chromosomenstörungen (ERSTES TRIMESTER)
42	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Anmerkungen zu den Verschreibungen: 90.17.B „DOSIERUNG VON MEDIKAMENTEN MIT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN“; 90.17.C „BESTIMMUNG VON MEDIKAMENTEN MIT NICHT CHROMATOGRAPHISCHEN METHODEN“, 90.40.8 „SUCHTSTOFFE - SCREENING“ und 90.40.9 „SUCHTSTOFFE: IDENTIFIZIERUNG UND/ODER QUANTIFIZIERUNG VON EINZELNEN SUBSTANZEN UND METABOLITEN“
43	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Für die Beurteilung der Eierstockreserve der Frau im fruchtbaren Alter

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
44	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) ÜBERWACHUNG VON KARZINOMEN (neuroendokrine Karzinome, undifferenzierte und kleinzellige Karzinome, Lungenkarzinome) B) DIAGNOSTISCHE ERGÄNZUNG: Im Regelfall auf Indikation eines Facharztes, sofern andere Untersuchungen, vor allem bildgebende Verfahren, das Vorliegen einer Neoplasie bestätigen. Ausgeschlossen wird diese Leistung als erste Diagnose/erstes Screening.
45	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei Patienten mit primären oder sekundären a) Knochen-; b) Leber-Gallen-Erkrankungen
46	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades nützlich für Diagnose und Überwachung von Knochenerkrankungen
47	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Chronische Nierenerkrankungen B) Kalziumstoffwechselstörungen
48	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Nützlich bei Diagnose im Fall eines Verdachts auf Hämopathie und dyserythropoetische Anämie
49	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Nützlich bei Diagnose und Prognose von Pankreaserkrankungen
50	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei Verdacht auf Malabsorption, Alkoholismus und Patienten mit hypochlorämie bzw. Herzrhythmusstörungen
51	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei Patienten mit diagnostizierten Muskelerkrankungen oder Verdacht darauf
52	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 1. Grades bei Diagnose und Überwachung vieler Erkrankungen, insbesondere Nieren-, Lebererkrankungen sowie Enteropathien mit Proteinverlust. Ihre Dosierung hebt den Ernährungszustand hervor
53	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Träger von Metall-Metall-Prothesen
54	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Diagnose von zystischer Fibrose
55	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Nierenstoffwechselstörungen B) Überwachung zytotoxischer Therapien C) bei Gicht
56	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades zur Diagnose von hämorrhagischer Diathese
57	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei der Diagnose, nicht aber Überwachung von Thyreoiditis

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
58	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) ÜBERWACHUNG von Ovarial- und Uteruskarzinom, Peritoneum und Mesothelium B) DIAGNOSTISCHE ERGÄNZUNG BEI OVARIALKARZINOM: auf Verschreibung eines Facharztes sofern andere Untersuchungen, vor allem bildgebende Verfahren, das Vorliegen einer Neoplasie bestätigen. Ausgeschlossen wird diese Leistung als erste Diagnose/erstes Screening
59	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Überwachung von Mammakarzinom
60	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) ÜBERWACHUNG von Adenokarzinomen des Pankreas, der Gallengänge, des Magens und der Lunge B) DIAGNOSTISCHE ERGÄNZUNG: auf Verschreibung eines Facharztes sofern andere Untersuchungen, vor allem bildgebende Verfahren, das Vorliegen einer Neoplasie bestätigen. Ausgeschlossen wird diese Leistung als erste Diagnose/erstes Screening
61	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	ÜBERWACHUNG von: a) Mammakarzinom b) unterschiedlichen Adenokarzinomen
62	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Pathologien/ Benachteiligte (Immungenetik)
63	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	DIAGNOSE UND ÜBERWACHUNG von: a) squamösem Lungenkarzinom b) Adenokarzinom der Gallengänge c) unterschiedlichem squamösem Karzinom
64	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei starker Blutung mit Verdacht auf Überdosis von niedermolekularem Heparin oder Xaban
65	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Verschreibbar nur in Aussicht auf Transplantation oder Spende, Transfusion oder bei schwangeren Frauen und als präkonzeptionelle Maßnahme.
66	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades, vorgesehen wenn der Pricktest nicht vorgenommen werden kann oder nicht erschöpfend ist, im Regelfall auf Indikation eines Facharztes
67	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Zur Einordnung von reaginischen Allergien (Allergische Rhinokonjunktivitis, allergisches Asthma, atopische Dermatitis, Urtikaria, Lebensmittelallergie) vorgesehen, wenn der Pricktest nicht vorgenommen werden kann oder nicht erschöpfend ist
68	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Ergänzende Untersuchung bei der Diagnose von durch äußere Einwirkungen verursachter allergischer Alveolitis B) In der erweiterten Allergologie zur Bewertung des Toleranzgrades im Fall von Hyposensibilisierung bei Allergie auf Hautflüßlergift und Lebensmittelallergie, auf Verschreibung eines Facharztes
69	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades, auf Verschreibung eines Allergologen
70	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades, auf Indikation eines Allergologen

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
71	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades zur Diagnose von Thrombozytopenie
72	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Zur diagnostisch-therapeutischen Einordnung angeborener thrombophiler Diathese
73	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Nur wenn HBsAg positiv
74	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei positivem Ergebnis des HBsAg-Tests
75	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Gemäß Richtlinien im Fall eines bereits erkannten malignen Tumors
76	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Genetische Pathologien/ Benachteiligte (pathologische Anatomie)
77	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Zur Diagnostizierung von chronischer Urtikaria durch einen Facharzt
78	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Test ersten Grades zur Einordnung von reaginischen Allergien (Allergische Rhinokonjunktivitis, allergisches Asthma, atopische Dermatitis, Urtikaria) im Regelfall mit Untersuchung durch einen Facharzt
79	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Verdacht auf allergische Kontaktdermatitis, im Regelfall mit Untersuchung durch einen Facharzt
80	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Für genauere Diagnose bei Verdacht auf Medikamentenallergie, auf Indikation eines Allergologen
81	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Nach Untersuchung durch einen Allergologen
82	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Diagnostizierung von Urtikaria wahrscheinlich durch Autoimmunreaktion, die durch einen Allergologen diagnostiziert wurde
83	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei Verdacht auf Allergie auf Hautflüglergift, die durch einen Allergologen diagnostiziert wurde, auf Verschreibung eines Allergologen.
84	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	A) Bei Primär-, Sekundär- (max. 5 Metastasen oder Oligo-Progressionen) oder Rezidivtumor nach weiterer Radiotherapie B) Bei Funktionsstörungen, AVM nicht über 3 cm pro Einzelsitzung, nicht über 6 cm pro Teilsitzung

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
85	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	TUMORERKRANKUNGEN: Patienten mit einer der nachstehenden Tumorarten, bei denen alle folgenden Bedingungen zutreffen: a) PS 0-2 b) max. 5 Metastasen oder Oligo-Progressionen c) kontrollierbarer oder kontrollierter Primärtumor 1) Singuläre oder multiple Hirnmetastasen (in Verbindung mit oder alternativ zur Ganzhirnbestrahlung) 2) besonders maligne, rezidive, bereits mit konformationeller Radiotherapie behandelte Gliome 3) pädiatrische Hirntumoren 4) maligne (WHO III) oder atypische Meningeome (WHO II) als postoperative konformationelle Radiotherapie-Behandlung 5) typische, aufgrund ihrer Lokalisierung inoperable Meningeome (WHO I) (insbesondere Meningeome des Sinus cavernosus und Meningeome des Tentorium cerebelli) 6) rezidive Meningeome jedweden Differenzierungsgrades 7) Hypophysenadenome 8) Akustikusneurinome 9) uveales Melanom 10) retroorbitale Tumoren (Sarkome, Lymphome, Metastasen) 11) Primär- oder Rezidivtumor im HNO-Bereich nach weiterer Therapie NICHT TUMORALE ERKRANKUNGEN a) arteriovenöse Malformationen b) Kavernome c) Epilepsie d) Trigeminusneuralgie e) funktionelle zerebrale Störungen f) Morbus Parkinson g) Demenz
86	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	T-Zell-Hautlymphom. Die Leistung versteht sich als Komplettbehandlung einschließlich aller Vorbereitungsphasen
87	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Als Konditionierung im Fall von Knochenmarktransplantation bei Patienten mit Leukämie / Lymphomen / Myelomen
88	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	A) Patienten, die körperliche Aktivität aufgrund von Atemmuskelerkrankungen, Herz- bzw. Lungenkrankheiten nur beschränkt aushalten B) Vorbereitung auf chirurgischen Abdomen- oder Thorax-Eingriff C) Entwöhnung von der mechanischen Beatmung D) neuromuskuläre Erkrankungen
89	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Nach Angaben der Durchführungsbestimmungen Art. 3 und 21 zum Gesetz 219/2005
90	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Auf Indikation eines Facharztes

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
91	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Bei folgenden Pathologien, auf Indikation eines Dermatologen: 1) Lymphoproliferative Hautkrankheiten 2) mittelschwere, nicht auf topische Therapie ansprechende Psoriasis 3) Vitiligo 4) Ekzeme 5) Prurigo 6) sonstige, auf Phototherapie ansprechende Hautentzündungen 7) Hyposensibilisierung bei einigen Photodermatosen Vor Therapiebeginn muss die Dosierung der ANA vorgenommen und das Vorliegen etwaiger durch Lichtempfindlichkeit bewirkte bzw. verschlechterte Krankheiten ausgeschlossen werden
92	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Die Leistung bezieht sich auf Pathologien wie in Anlage 4 GEN Spalte A, Spalte C und Spalte D mit demselben Code angegeben. Zur Bestimmung der einzelnen Gene, wird für Spalte A auf jene Gene, deren diagnostischer Wert in der Orphanet- Datenbank und deren Aktualisierungen angegeben sind, einer auf europäischer Ebene informativen Bezugsquelle für seltene Krankheiten, und für die Spalten C und D auf die speziell angegebenen Gene Bezug genommen
93	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Die Leistung bezieht sich auf Pathologien wie in Anlage 4 GEN Spalte B und Spalte C mit demselben Code angegeben. Zur Bestimmung der einzelnen Gene wird für Spalte A auf die in der Orphanet-Datenbank und deren Aktualisierungen angegebenen Gene, einer auf europäischer Ebene informativen Bezugsquelle für seltene Krankheiten, mit diagnostischem Wert für Spalte B und auf die in Spalte C angegebenen Gene Bezug genommen
94	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Nur für GEFITINIB, nach EMA-Empfehlungen
95	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Nur für ATANAZAVIR, nach EMA-Empfehlungen
96	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Nur für ERLOTINIB, nach EMA-Empfehlungen

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
97	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Patienten mit einer der nachstehenden Tumormorarten, ohne Metastasen, bei denen alle folgenden Bedingungen zutreffen: a) die Behandlung heilenden Zweck hat b) PS: 0-2 ECOG c) keine damit verbundenen zu Invalidität führenden Krankheiten oder Begleiterkrankungen vorliegen, die deutlich die Lebenserwartung reduzieren: 1) Chordome und Chondrosarkom an der Schädelbasis und an der Wirbelsäule 2) Hirnstammtumoren (ausgenommen diffus intrinsische Pontumoren) und Rückenmarktumoren 3) Zervikozepale, paraspinale, retroperitoneale und pelvische Sarkome 4) strahlenresistente Sarkome der Extremitäten (Osteosarkom, Chondrosarkom) 5) intrakranielle, kompliziert lokalisierte Meningeome (nahe der Sehnerven und des Hirnstammes) 6) orbitale und periorbitale Tumoren (z.B. der Nasennebenhöhlen) einschließlich Augenmelanom 7) adenoid-zystische Karzinom der Speicheldrüsen 8) solide Tumoren im Kindesalter 9) Tumoren bei Patienten mit angeborenen Krankheitssyndromen und Kollagenkrankheiten, die mit erhöhter Strahlenempfindlichkeit verbunden sind 10) Rezidivtumoren, die eine erneute Behandlung eines bereits davor bestrahlten Bereichs erfordern
98	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Zur Bewertung der Eignung zur Transplantation von Organen, Geweben oder Zellen, zur Prüfung der Kompatibilität und zur Nachsorge von Transplantationspatienten
99	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Untersuchung 2. Grades, vorgesehen wenn der Pricktest nicht vorgenommen werden kann oder nicht erschöpfend ist
100	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Für genauere Diagnose bei Verdacht auf Medikamentenallergie, auf Indikation eines Allergologen

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
101	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	TUMORERKRANKUNGEN: Patienten mit einer der nachstehenden Tumorarten, bei denen alle folgenden Bedingungen zutreffen: - PS 0-2 - max. 5 Metastasen oder Oligo-Progressionen - kontrollierbarer oder kontrollierter Primärtumor: - Singuläre oder multiple Hirnmetastasen (in Verbindung mit oder alternativ zur Ganzhirnbestrahlung) - besonders maligne, rezidive, bereits mit konformationeller Radiotherapie behandelte Gliome - pädiatrische Hirntumoren - maligne (WHO III) oder atypische Meningeome (WHO II) als postoperative konformationelle Radiotherapie-Behandlung - typische, aufgrund ihrer Lokalisierung inoperable Meningeome (WHO I) (insbesondere Meningeome des Sinus cavernosus und Meningeome des Tentorium cerebelli) - rezidive Meningeome jedwedes Differenzierungsgrades - Hypophysenadenome - Akustikusneurinome - uveales Melanom - retroorbitale Tumoren (Sarkome, Lymphome, Metastasen) - Primär- oder Rezidivtumor im HNO-Bereich nach vorheriger Therapie - Rezidive von Tumoren der Nasopharynx oder Tumoren, die von anderen Lokalisationen im HNO-Bereich ausgehen, nach Erstbehandlung - Schädelbasistumoren (Chordome und Chondrosarkom) - Lokalisierung von seltenen Tumoren im Kopf-/Halsbereich (Paragangliome, Merkelzellkarzinom) - neoplastische Lungenläsionen - neoplastische Leberläsionen - neoplastische Pankreasläsionen - neoplastische Prostataläsionen - neoplastische primäre oder sekundäre Abdomenneoplasien - neoplastische spinale Läsionen NICHT TUMORALE ERKRANKUNGEN: - arteriovenöse Malformationen - Kavernome - Epilepsie - Trigeminusneuralgie - funktionelle zerebrale Störungen - Morbus Parkinson - Demenz - nicht neoplastische spinale Läsionen
102	INDIKATION FÜR DIE ANGEMESSENHEIT DER VERSCHREIBUNG	Auf Indikation eines Allergologen

NR ANMERKUNG	ART DER ANMERKUNG	INHALT DER ANMERKUNG
P1	ERBRINGUNGSBEDINGUNG	Für Pathologien/Zustände, wie in Anhängen 4 GEN A (Medizinische Genetik), 4 GEN B (Zytogenetik), 4 GEN C (Onko- Hämatologie), 4 GEN D (Immunogenetik), 4 GEN E (Onkologische Pathologie) definiert, mit fachärztlicher Verschreibung. Für die Medizinische Genetik wird auf die Gene mit diagnostischem Wert verwiesen, die in der Orphanet-Datenbank und ihren Aktualisierungen angegeben sind, eine Bezugsquelle für Informationen über seltene Krankheiten auf europäischer Ebene

Beschluss L.R. n. 169 von 19.03.2024

ANLAGE O: PATHOLOGIEN GENETIK

Medizinische Genetik ("A")

CODICE	PATOLOGIA
P001	Aarskog-Scott, Sindrome
P002	Aceruloplasminemia
P003	Acidosi renale tubulare distale AD
P004	Acidosi renale tubulare distale AR con sordità
P005	Acidurie Organiche (AO)
P006	Acondroplasia
P007	Acrodermatite enterica da deficienza di ZN (AEZ)
P008	Acromatopsia
P009	Adrenoleucodistrofia X-Linked
P010	Agammaglobulinemia AR (AGA-AR)
P011	Agammaglobulinemia X-Linked (AGA-XL)
P012	Agenesia dentaria e cleft oro-facciale
P013	Alagille, Sindrome
P014	Albinismo oculare
P015	Albinismo Oculocutaneo
P016	Alcaptonuria
P017	Alexander, Malattia
P018	Alfa Mannosidosi
P019	Alport, Sindrome
P020	Alstrom, Sindrome
P021	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro - anemia ipocromica con sovraccarico di ferro
P022	Alterazioni congenite del metabolismo del ferro: sindrome IRIDA
P023	Alzheimer familiare
P024	Amaurosi congenita di Leber
P025	Amiloidosi
P026	Andersen-Tawil, Sindrome
P027	Anemia di Fanconi tipo A
P028	Anemia diseritropoietica tipo 1
P029	Anemia emolitica da deficienza di piruvato chinasi
P030	Aneurismi ereditari
P031	Angelman, Sindrome di
P032	Aniridia
P033	Anomalie vitreo (in particolare vitreopatie essudative)
P034	Apert, Sindrome di
P035	Arginosuccinico aciduria, Deficit di arginosuccinico liasi, deficit di ASL
P036	Aritmie ereditarie/canalopatie/CPVT
P037	Arts, Sindrome
P038	Atassia con deficit della vitamina E
P039	Atassia Aprassia Oculomotoria (AOA)
P040	Atassia con deficit di Coenzima Q
P041	Atassia di Friedreich
P042	Atassia spastica AR (ARSACS)
P043	Atassia spinocerebellare, ritardo mentale e epilessia
P044	Atassia telangiectasia Like, disorder
P045	Atassia Teleangectasica
P046	Atassie episodiche
P047	Atassie spinocerebellari
P048	Atelogenesi, Tipo II
P049	Atrofia dentato-rubro-pallido-luisiana
P050	Atrofia muscolare spinale (SMA) con distress

CODICE	PATOLOGIA
P051	Atrofia Muscolare Spinale (SMN) /WERDNIG-HOFFMANN
P052	Atrofia muscolare spinale di Kennedy
P053	Atrofia muscolare spinale di Kennedy X-Linked
P054	Atrofia Ottica Autosomica Dominante
P055	Bannayan-Riley-Ruvalcaba, Sindrome
P056	Bardet-Biedl Syndrome
P057	Barth, Sindrome/ 3-Metilglutaconico aciduria tipo II
P058	Bartter, Sindrome
P059	Beckwith-Wiedemann, Sindrome
P060	Birt-Hogg-Dube, Sindrome
P061	Blau, Sindrome
P062	Blefarofimosi
P063	BLOOM syndrome, WERNER SYNDROME
P064	Cach, Sindrome Leucoencefalopatia con sostanza bianca evanescente (VANISHING WHITE MATTER disease)
P065	Cadasil, Sindrome
P066	Caffey, Sindrome
P067	Camurati-Engelmann, Malattia
P068	Canavan, Sindrome di
P069	Carasil, Sindrome di
P070	Carcinoma gastrico familiare e carcinoma lobulare familiare della mammella
P071	Carcinoma mammario e ovarico ereditario approfondimento diagnostico
P072	Carcinoma mammario e ovarico ereditario
P073	Carcinoma midollare e familiare della tiroide/MEN2 (RET)
P074	Cardiofaciocutanea, Sindrome
P075	Cardiomiopatia Dilatativa
P076	Cardiomiopatia dilatativa X-linked (XLDC)
P077	Cardiomiopatia Ipertrofica
P078	Cardiomiopatia ventricolare destra aritmogena
P079	Carney complex
P080	Ipoplasi cartilagine-capelli, Displasia anauxetica
P081	Cecità congenita notturna stazionaria
P082	Cefalopolisindattilia di Greig (sindromi da GLI3)
P083	Charcot Marie Tooth AD Neuropatia ereditaria con ipersensibilità alla pressione (HNPP)
P084	Charcot Marie Tooth X-Linked
P085	Charge, Sindrome
P086	Chediak-Higashi
P087	Citrullinemia
P088	Cohen, Sindrome
P089	Colestasi familiare intraepatica progressiva -Tipo I, Tipo II, Tipo III e Tipo IV
P090	Collage tipo 11 Sticker tipo 2, Sindrome Stickler tipo 3, Sindrome Marshall, Sindrome Fibrocondrogenesi Osmed AR Osmed AD

CODICE	PATOLOGIA
P091	Collagene tipo 2 Acondrogenesi tipo 2 Ipocondrogenesi SEDC congenita SEMD Strudwick Displasia di Kniest Displasia spondilo periferica SED con artrosi precoce SED con brevità metatarsale (Displasia Czech) S. di Stickler 1
P092	Collagene tipo 9 Displasia epifisaria multipla (EDM2) Displasia epifisaria multipla (EDM3) Displasia epifisaria multipla (EDM6) Stickler Sindrome AR
P093	Coloboma e anomalie renali
P094	Condrodisplasia metafisaria/Schmidt
P095	Condrodisplasia puntata X-Linked
P096	Contratture congenite letali, Sindrome
P097	Convulsioni benigne infantili/Convulsioni infantili e coreoatetosi parossistica
P098	Corea familiare benigna
P099	Cornelia de Lange, Sindrome
P100	Coroideremia
P101	Costello, Sindrome
P102	Cowden, Sindrome
P103	Craniofrontonasale, Sindrome
P104	Craniosinostosi isolate, Sindromi comuni
P105	Crigler Najjar, Sindrome
P106	Crouzon, Sindrome
P107	Currarino, Sindrome
P108	Cutis Laxa AR Tipo IIA- (ARCL2A)
P109	Danon, Malattia di
P110	Darier, malattia
P111	Deficienza di GLUT1, Sindrome
P112	Deficit ALFA-1 Antitripsina
P113	Deficit coenzima Q10
P114	Deficit Congenito Fattore VII
P115	Deficit Congenito Fattore X
P116	Deficit Congenito Fattore XI
P117	Deficit di Creatina sintesi
P118	Deficit di Creatina Trasporto
P119	Deficit di 17 alfa idrossilasi/17,20 liasi
P120	Deficit di 17 beta Idrossilasi
P121	Deficit di 3-idrossiacil-CoA deidrogenasi a catena lunga, deficit di LCHAD
P122	Deficit di 3-metilglutaconico, aciduria
P123	Deficit di 5 alfa Reduttasi
P124	Deficit di Acil-CoA Deidrogenasi a catena corta (SCAD)
P125	Deficit di Acil-CoA Deidrogenasi a catena lunga (VLCAD)
P126	Deficit di Acil-CoA Deidrogenasi a catena media (MCAD)
P127	Deficit di adenina deaminasi (ADA-SCID)
P128	Deficit di Adenina Fosforibosil Transferasi
P129	
P130	Deficit di Aminoacilasi di tipo 1

CODICE	PATOLOGIA
P131	Deficit di Biotinidasi
P132	Deficit di carnitina palmitol transferasi
P133	Deficit di citocromo p450 ossidoreduttasi
P134	Deficit di Glucosio 6 fosfato deidrogenasi
P135	Deficit di HMG-CoA Liasi, 3-idrossi-3-metilglutarico aciduria
P136	Deficit di Idrossilasi Amminoacidi aromatici
P137	Deficit di Mevalonato Chinasi (MKD)
P138	Deficit di N-acetilglutammato sintetasi (NAGS)
P139	Deficit di Olocarbossilasi Sintetasi (HLCS)
P140	Deficit di Ornitina Aminotransferasi
P141	Deficit di Ornitina Transcarbamilasi
P142	Deficit di prosaposina SAP A, Malattia di Krabbe
P143	Deficit di prosaposina SAP B, Leucodistrofia Metacromatica
P144	Deficit di prosaposina SAP C, Malattia di Gaucher
P145	Deficit di trasporto Folati
P146	Deficit intellettivo e microcefalie
P147	Deficit isolato Ormone della Crescita
P148	Deficit multiplo di carbossilasi
P149	Deficit prima tappa del ciclo dell'urea
P150	Degenerazione maculare senile
P151	Demenza Frontotemporale
P152	Demenza Frontotemporale con malattia del motoneurone
P153	Dentinogenesi imperfetta
P154	Denys-Drash, Sindrome di
P155	Dermopatia Restrittiva Letale (LRD)
P156	Di George, Sindrome di
P157	Diabete Insipido Centrale
P158	Diabete insipido nefrogenico (NDI) autosom
P159	Diabete insipido nefrogenico (NDI) x-linked
P160	Diabete Mody
P161	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46,XX)
P162	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46, XY - 46, XX gonadici)
P163	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46, XY anomalie nella sintesi o nell'azione degli androgeni)
P164	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) (46, XY gonadici)
P165	Difetti dello sviluppo sessuale (DSS) con ipercheratosi palmoplantare
P166	Discromatosi simmetrica ereditaria 1 (DSH) e Aicardi Goutieres
P167	Displasia craniometafisaria
P168	Displasia Ectodermica
P169	Displasia Ectodermica Anidrotica con immunodeficienza A T-cell (EDA-ID)
P170	Displasia Ectodermica ipoidrotica X-Linked
P171	Displasia Ectodermica ipoidrotica/Clouston, Sindrome (HED2)
P172	Displasia ectodermica, Anchiloblefaron, Palatoschisi
P173	Displasia Epifisaria Multipla
P174	Displasia Metatropica e sindromi associate
P175	Displasia oculodentoossea
P176	Displasia ossea sclerosante
P177	Displasia spondilometafisaria con alterazioni encondromatose (spondiloencondrodisplasia
P178	Displasia tanatofora
P179	Distonia Dopa sensibile da deficit di Septiarina Reduttasi
P180	Distonia mioclonica

CODICE	PATOLOGIA
P181	Distonie (da torsione idiopatica, DOPA sensibile, mioclonica)
P182	Distrofia corneo retinica del cristallino di Bietti
P183	Distrofia dei coni
P184	Distrofia dei coni/bastoncelli
P185	Distrofia facioscapolomerale
P186	Distrofia Miotonica
P187	Distrofia muscolare congenita di Ullrich e Miopatia di Bethlem
P188	Distrofia Muscolare dei Cingoli 2B (LGMD2B) e miopatia di Myoshi
P189	Distrofia Muscolare dei Cingoli
P190	Distrofia Muscolare di Duchenne-Becker
P191	Distrofia Muscolare di Emery Dreifuss
P192	Distrofia oculofaringea
P193	Distrofia retinica ereditaria con fundus albipunctatus
P194	Distrofia vitelliforme dell'adulto/pattern dystrophy
P195	Distrofie corneali
P196	Disturbi della migrazione neuronale
P197	Disturbo del linguaggio/disprassia verbale
P198	Dravet, Sindrome incluso: Epilessia Mioclonica Severa dell'Infanzia (SMEI), Epilessia Generalizzata con Crisi Febbrili Plus (GEFS+), Epilessia con Assenze dell'Infanzia
P199	Ehlers-Danlos e Sindromi Marfanoidi (DD di JHS/EDS-HT e sindromi comuni) e varianti rare
P200	Ellis-Van Creveld, sindrome
P201	Emicrania Emiplegica Alternante/ Emiplegia Alternante dell'Infanzia
P202	Emocromatosi Ereditaria
P203	Emofilia A
P204	Emofilia B
P205	Emoglobinopatia Gamma
P206	Encefalomiopatia etilmalonica
P207	Encefalopatia epilettica
P208	Encefalopatia epilettica precoce
P209	Encefalopatia neurogastrointestinale Mitocondriale (MNGIE), Sindrome
P210	Epidermolisi bollosa distrofica
P211	Epidermolisi bollosa giunzionale da deficit di laminina-332
P212	Epidermolisi bollosa semplice basale
P213	Epidermolisi bollosa semplice da deficit di plectina
P214	Epilessia del Lobo Temporale Laterale (ADLTE) Epilessia Parziale con Sintomi Auditivi (ADLTE)
P215	Epilessia Frontale Notturna Autosomica Dominante (ADNFLE)
P216	Epilessia infantile familiare benigna
P217	Epilessia Mioclonica Giovanile (JME)
P218	Epilessia piridossal fosfato-dipendente
P219	Epilessia progressiva mioclonica
P220	Epilessie focali e idiopatiche generalizzate
P221	Eritrocheratoderma variabilis
P222	Esostosi Multiple Ereditarie
P223	Eterotopia Periventricolare X-linked Sindrome Oto-Palato-Digitale Tipo I e II Sindrome di Melnick-Needles Displasia Fronto-Metafisale Eterotopia Periventricolare
P224	Etilmalonico aciduria
P225	Fabry, Malattia
P226	Febbre Mediterranea Familiare (FMF)
P227	Fenilchetonuria o iperfenilalaninemia/deficit di fenilalanina idrossilasi

CODICE	PATOLOGIA
P228	Feocromocitoma e Paraganglioma secernente (sPGL)
P229	Feocromocitoma-paraganglioma ereditario
P230	Fibrosi Cistica
P231	Fibrosi polmonare
P232	Foramina parietalia
P233	Frasier, Sindrome
P234	Fraxe, sindrome
P235	Freeman Sheldon
P236	Galattosemia
P237	Galattosialidosi, Deficit combinato beta Galattosidasi/Neuraminidasi
P238	Gangliosidosi GM1, Deficit beta-galattosidasi
P239	Gaucher, Malattia/Deficit di beta-Glucosidasi
P240	Gilbert, Sindrome
P241	Glaucoma familiare
P242	Glicogenosi
P243	Gorlin, Sindrome
P244	Granulomatosi cronica X-linked
P245	Greenberg, displasia scheletrica
P246	Hailey-Hailey, Malattia
P247	Hajdu Cheney, Sindrome di
P248	Hallervorden-Spatz, Sindrome di
P249	Holt-Oram, Sindrome di
P250	Huntington, Malattia di
P251	IL2RA deficienza
P252	Immunodeficienza combinata grave T-B-Omenn Sindrome di (SCID T-B)
P253	Immunodeficienza combinata severa X-Linked (XSCID)
P254	Immunodeficienza comune variabile (CVID)
P255	Infertilità maschile CATSPER-Relata
P256	Insensibilità agli Androgeni, Sindrome (AIS)
P257	Insensibilità al dolore
P258	Intolleranza Ereditaria al Fruttosio (HFI), deficit di Aldolasi B
P259	Intolleranza ereditaria al lattosio
P260	Iper IgE, Sindrome
P261	Iper IgM, Sindrome
P262	Iperargininemia
P263	Ipercalcemia infantile idiopatica
P264	Ipercolesterolemia AD
P265	Ipercolesterolemia AR
P266	Ipercolesterolemia AR TIPO 3
P267	Ipercolesterolemia Familiare TIPO 2, Deficit di Apolipoproteina B
P268	Ipercolesterolemie Familiari
P269	Iperfenilalaninemia/DHPR
P270	Iperferritinemia-cataratta, Sindrome B291
P271	Iperparatiroidismo familiare isolato
P272	Iperparatiroidismo neonatale severo
P273	Iperplasia Surrenale Congenita (ISC)
P274	Ipertermia Maligna
P275	Ipertiroidismo non autoimmune
P276	Ipertrigliceridemie

CODICE	PATOLOGIA
P277	Ipertrigliceridemie: difetto combinato di Lipasi
P278	Ipoacusia Neurosensoriale non sindromica Mitocondriale
P279	Ipoacusie ereditarie non sindromiche
P280	Ipoalfa Lipoproteinemia/ Malattia di Tangier e Deficienza familiare di HDL
P281	Ipo beta Lipoproteinemia Abetalipoproteinemia (ABL)
P282	Ipo beta Lipoproteinemia familiare (FHBL)
P283	Ipocaliemia, paralisi
P284	Ipocondroplasia
P285	Ipo fosfatemia X-linked
P286	Ipo gonadismo Ipo gonadotropo
P287	Ipo paratiroidismo
P288	Ipo plasia Surrenale congenita associata a Ipo gonadismo Ipo gonadotropo
P289	Ipo tiroidismo Congenito
P290	IRIDA (Iron Refractory Iron Deficiency Anemia-IRIDA) Sindrome
P291	Ittiosi congenite autosomiche recessive
P292	Ittiosi epidermolitica
P293	Ittiosi epidermolitica superficiale
P294	Ittiosi X-linked
P295	Joubert, Sindrome di
P296	Kabuki, sindrome di
P297	Kallmann, Sindrome di
P298	KBG, Sindrome
P299	Kearns-Sayre, Sindrome di
P300	Keutel, sindrome di
P301	KID, Sindrome
P302	Kindler, Sindrome di
P303	Kostmann, Sindrome di
P304	Krabbe, Malattia di
P305	Laron, sindrome di /Insensibilità al GH
P306	Legius, Sindrome di
P307	Leigh, Malattia di
P308	Leopard, Sindrome di
P309	Leri-Weill, Sindrome di /bassa statura non sindromica
P310	Lesch-Nyhan, Sindrome di
P311	Leucodistrofia metacromatica
P312	Leucoencefalopatia e epilessia (deficit di MTHFR)
P313	Liddle, Sindrome di
P314	Li-Fraumeni, Sindrome
P315	Linfoistocitosi emofagocitica familiare (FHL2)
P316	Linfoproliferativa X-Linked2, Sindrome (XLP2)
P317	Linfoproliferativa Autoimmune Sindrome Tipo 0, 1A, 1A-SM, 1B (ALPS)
P318	Linfoproliferativa X-Linked, Sindrome (XLP)
P319	Lipodistrofia congenita di Berardinelli Seip
P320	Lipodistrofia con displasia mandiboloacrale tipo B
P321	Lissencefalia di Miller-Dieker, da delezione 17p13.3
P322	Lissencefalia isolata Eterotopia a Banda sottocorticale
P323	Lissencefalia polimicrogiria eterotopia

CODICE	PATOLOGIA
P324	Lissencefalia X-linked con Genitali Ambigui Sindrome degli Spasmi Infantili X-linked Sindrome di West Epilessia Mioclonica X-linked con spasticità e Ritardo Mentale
P325	Lowe, Sindrome di
P326	Lynch, Sindrome di
P327	Macrocefalia e Autismo
P328	Maculopatia di Best
P329	Malattia da accumulo degli esteri del colesterolo
P330	Malattia da mutazione del gene MYH9
P331	Malattia da ritenzione dei Chilomicroni
P332	Malattia di Dent 2
P333	Malattia dei gangli basali responsivo alla biotina
P334	Malattia di Pompe, Deficit di Maltasi Acida, Deficit di alfa-glucosidasi
P335	Malattie da -Ossidazione
P336	Malattia genetica da Disomia uniparentale
P337	Malattia midollare cistica renale
P338	Malattie mitocondriali da deficit di DNA polimerasi gamma
P339	Malonico aciduria, deficit di Malonil-CoA decarbossilasi
P340	Malformazioni cerebrali cavernose (CCM)
P341	Mannosidosi tipo I
P342	Marfan, Sindrome e malattie correlate
P343	McCune-Albright, Sindrome di
P344	Melanoma ereditario Sindrome del nevo displastico
P345	Melanoma ereditario Sindrome del nevo displastico secondo livello
P346	MELAS, Sindrome (miopatia mitocondriale, encefalopatia acidosi lattica ed episodi stroke-like)
P347	Melorestosi Osteopoichilosi Burschkeollendorf, Sindrome
P348	MERFF, Sindrome (epilessia mioclonica con fibre rosse sfilacciate)
P349	Metilmalonico aciduria
P350	Metilmalonico aciduria con omocistinuria
P351	Metilmalonico aciduria Mut/ deficit di Methylmalonyl CoA mutase (tipo MUT)
P352	Microcefalia (AR)
P353	Microftalmia Anoftalmia
P354	Microftalmia isolata con cataratta 2 (MCOPCT2)
P355	Miller, Sindrome di
P356	Miopatia Central Core
P357	Miopatia centronucleare
P358	Miopatia Desmina Relata
P359	Miopatia di Brody 1
P360	Miopatia di Miyoshi
P361	Miopatia mioclonica
P362	Miopatia Miofibrillare Cryab Relata
P363	Miopatia Miofibrillare da Miotilina
P364	Miopatia Miofibrillare SEPN1 Relata
P365	Miopatia ZASP Relata 1

CODICE	PATOLOGIA
P366	Miopatie congenite
P367	Miotonia congenita di Thomsen/Becker
P368	Morquio, MPSIV, Deficit N-acetil-galattosamina 6-solfatasi, Deficit di Beta Galattosidasi
P369	Mowat-Wilson, Sindrome di
P370	Mucopolipidosi
P371	Mucopolisaccaridosi (complementare alle analisi biochimiche per la conferma diagnostica)
P372	Muenke, Sindrome di
P373	Nager, Sindrome di /Disostosi Acrofacciale di tipo I
P374	Nail-Patella, Sindrome di
P375	Nefronoftisi Tipo 1
P376	Nefropatia Giovanile Iperuricemica Tipo 2 (HNFJ2)
P377	Neoplasia endocrina multipla di tipo 1
P378	Neoplasia endocrina multipla di tipo 2 (MEN2A E 2B)
P379	Neoplasia endocrina multipla di tipo 4 (MEN4)
P380	Netherton, Sindrome di
P381	Neurofibromatosi tipo 1
P382	Neurofibromatosi tipo 2
P383	Neuropatia atassia retinite pigmentosa, Sindrome (NARP)
P384	Neuropatia distale motoria
P385	Neuropatia Ottica Ereditaria di Leber
P386	Neuropatie di tipo sensitivo e disautonomico
P387	Neuropatie periferiche
P388	Neutropenia ciclica
P389	Neutropenia congenita
P390	Neutropenia congenita grave
P391	Nicolaides-Baraitser, Sindrome di /Coffin-Siris, sindrome di
P392	Niemann Pick tipo C, Malattia di
P393	Nijmegen Breakage, Sindrome di
P394	Noonan, Sindrome e sindromi correlate
P395	Oftalmoplegia esterna progressiva (CPEO)
P396	Oftalmoplegia esterna progressiva (CPEO) mitocondriale
P397	Okihiro, sindrome e varianti
P398	Oligo-azoospermia
P399	Oloprosencefalia
P400	Opitz, Sindrome X-Linked
P401	Opitz-Kaveggia e Lujan-Fryns Sindrome di
P402	Osteogenesi imperfecta
P403	Pachionichia congenita
P404	Paget giovanile AR, morbo di
P405	Paget, morbo di
P406	Pancreatite cronica familiare
P407	Panipopituitarismo
P408	Panipopituitarismo e Displasia settoottica
P409	Paraganglioma
P410	Paralisi Ipercaliemica
P411	Paraparesi spastica familiare
P412	Parkinson ereditario, Malattia di
P413	Pendred, Sindrome di
P414	Perrault, Sindrome di

CODICE	PATOLOGIA
P415	Persistenza ereditaria di emoglobina fetale-beta tal
P416	Pfeiffer, Sindrome di
P417	Piastrinopatie ereditarie
P418	Pitt-Hopkins, Sindrome
P419	Poliendocrinopatia autoimmune tipo 1 (APS1 o APECED)
P420	Poliglucosano Adulto BODY
P421	Polimicrogiria Bilaterale Fronto-Parietale
P422	Polimicrogiria Bilaterale Perisilviana
P423	Polineuropatia Cardiopatica Amiloidotica Familiare
P424	Poliposi Adenomatosa Familiare
P425	Porfiria acuta intermittente
P426	Prader-Willi, Sindrome di
P427	Progeria di Hutchinson-Gilford di
P428	Pseudoaccondroplasia Displasia epifisaria multipla
P429	Pseudodeficienza arilsulfatasi A
P430	Pseudoipoadosteronismo
P431	Pseudoipoparatiroidismo
P432	Pseudoxantoma elastico
P433	Pterigio Multiplo, Sindrome letale
P434	Pubertà Precoce
P435	Rachitismo ipofosfatemico
P436	Rachitismo vitamina D dipendente tipo I e tipo II
P437	RASopatie
P438	Rene policistico AD
P439	Rene policistico AR
P440	Retiniti pigmentose AD
P441	Retiniti pigmentose AR
P442	Retinoblastoma
P443	Retinoschisi X-Linked
P444	Rett, Sindrome e varianti
P445	Ritardo mentale alfa-talassemia X-linked e autosomico
P446	Rothmund-Thomson Sindrome, Baller-Gerold Sindrome, Rapalino Sindrome
P447	Rubinstein Taybi, sindrome di
P448	Saethre-Chozen, Sindrome Scafoencefalia
P449	Schopf-Schulz-Passarge, Sindrome Agenesia dentaria
P450	Schwannomatosi (neurofibromatosi tipo 3)
P451	Sclerosi Laterale Amiotrofica
P452	Sclerosi laterale amiotrofica giovanile
P453	Sclerosi Tuberosa
P454	Senior-Loken, Sindrome di
P455	Sialidosi
P456	Silver Russel, Sindrome di
P457	Simpson-Golabi-Behmel, Sindrome di
P458	Sindrome associata a mutazioni del Recettore 1A del TNF-alfa (TRAPS)
P459	Sindrome branchio-oto-renale (BOR)
P460	Sindrome da eccesso/deficienza di Aromatasi

CODICE	PATOLOGIA
P461	Sindrome da esfoliazione acrale (acral peeling skinsyndrome)
P462	Sindrome da persistenza dotti di Muller (PMDS)
P463	Sindrome QT-lungo familiare
P464	Sjögren-Larsson, Sindrome di
P465	Smith Lemli Opitz, Sindrome di
P466	Smith Magenis, Sindrome (non deleto)
P467	Sordità non sindromica
P468	Sotos, Sindrome di
P469	Stargardt, Malattia di
P470	Stuve Wiedemann (LIFR), Sindrome di
P471	Swyer, Sindrome/ Pseudoermafroditismi maschili/ Sex reversal (SRY)
P472	Talassemia alfa
P473	Talassemia beta
P474	Talassemia gamma
P475	Talassemie ed Emoglobinopatie gamma
P476	Tirosinemia tipo I
P477	Townes Brookes, Sindrome e varianti
P478	Treacher Collins, Sindrome di
P479	Trigonocefalia
P480	Trombocitopenia amegacariocitica congenita (CAMT)
P481	Trombocitopenia ereditaria da anomalie di numero delle piastrine
P482	Trombocitopenia GATA X-Linked
P483	Trombofilie
P484	Turner, sindrome di
P485	Usher, Sindrome di
P486	Van der Woude, Sindrome di
P487	Vitreopatie ereditarie
P488	Von Hippel Lindau, Sindrome di
P489	Waardenburg tipo II, Sindrome di
P490	Weaver, Sindrome di
P491	Whim Sindrome di (Warts,Hypogammaglobulinemia, infections, Mielokathesis)
P492	Wilms, Tumore di
P493	Wilson, Malattia di
P494	Wolfram, Sindrome di
P495	X Fragile/FXTAS/POF
P496	Xantomatosi Cerebro Tendinea (CTX)

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	EPOCA
C001	Sindrome associata ad anomalia cromosomica	POST NATALE
C002	Sindrome da instabilità cromosomica	
C003	Difetti congeniti/quadri malformativi	
C004	Disabilità intellettiva	
C005	Ritardo di accrescimento/sviluppo	
C006	Amenorrea/menopausa precoce	
C007	Genitali ambigui	
C008	Sterilità, infertilità, poliabortività	
C009	Consanguinei di portatori di anomalia cromosomica	
C010	Genitori a seguito di riscontro di anomalia cromosomica fetale	
C011	Rischio di anomalia cromosomica. Genitori di soggetti (decaduti senza diagnosi) malformati o con sospetta anomalia cromosomica	
C012	Anomalia cromosomica sospettata in base a risultati di precedenti analisi genetiche	
C013	Sindrome nota associata a micro-delezioni/duplicazioni	
C014	Conferma di mosaicismo cromosomico	
C029	Coppie con abortività spontanea ripetuta	
C016	Neoplasie ematologiche all'esordio e al follow-up	
C017	Singola anomalia cromosomica acquisita in neoplasie oncoematologiche	
C018	Anomalie cromosomiche acquisite in neoplasie oncoematologiche	
C019	Altre condizioni emerse in sede di consulenza genetica	
C020	Anomalia cromosomica sospettata in base a risultati di precedenti analisi genetiche	PRENATALE
C021	Conferma di mosaicismo cromosomico (prenatale)	
C022	Età materna avanzata	
C023	Precedente gravidanza con anomalia cromosomica fetale	
C024	Genitore portatore di anomalia cromosomica	
C025	Anomalie fetali e segni predittivi evidenziati ecograficamente	
C026	Indagini biochimiche sul siero materno suggestive di un aumento del rischio di patologia cromosomica nel feto	
C027	Conferma di aneuploidie riscontrate nel DNA fetale sul sangue materno (Per le aneuploidie validate da Linee Guida e Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali)	
C028	Altre condizioni emerse in sede di consulenza genetica prenatale	
C030	Diagnosi prenatale rapida di aneuploidie	
C031	Sindrome nota associata a micro-delezioni/duplicazioni (prenatale)	
C032	Anomalie delle regioni subtelomeriche	
C033	Malattia da Disomia uniparentale	

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO/REGIONE CROMOSOMICA DA INDAGARE
E001	Eritrocitosi	JAK2, JAK2V617F, EPO-R, LNK, VHL
E002	Iper eosinofilia	FIP1L1/PDGFRα, cKIT D816V, PDGFRβ, JAK2V617F
E003	Leucemia mieloide acuta	PML-RAR-α, NPM1, RUNX1-RUNX1T1, CBFβ-MYH11, FLT-3 ITD, BCR-ABL, MLLAF1, MLL-AF4, MLL-AF6, MLL-AF9, MLL-AF10, DEK-CAN, CBFA2T3-GLIS2, OTT-MAL, MOZCP, cKIT
E004	Linfoma/leucemia cell beta: traslocazioni IGH/BCL1; IGH/BCL2	IgH/BCL1, gene IgH/BCL2
E005	Leucemia linfatica cronica: Ipermutazione somatica IgHV	IGHV, TP53, ATM
E006	Mastocitosi	cKIT D816V, JAK2V617F
E007	Mielodisplasie (inclusa la leucemia mielomonocitica giovanile)	TP53, ASXL1, EZH2, TET2, SF3B1, SRSF2, ETV6, SETBP1, IDH2, DNMT3A, U2AF1, RUNX1, 5q-, PTPN-11, CBL, K-RAS, N-RAS, GATA2
E008	Mielofibrosi	JAK2V617F, JMPL, ASXL1, EZH2, IDH1 / IDH2, SRSF2, CALR
E009	Piastrinopenie familiari	GATA-1 (ESON 2,3,4,5,6), c-Mpl, RBM8A, HOXA-11, MYH9, WAS, DEB test
E010	Policitemia vera	JAK2V617F, LNK, CALR
E011	Trombocitemia essenziale	JAK2V617F, clonalita'-HUMARA, CALR
E012	Leucemia linfoblastica acuta	BCR-ABL, MLL-AF4, TEL-AML1, E2A-PBX1, IKZF1, SIL-TAL, clonalità TCR, riarrangiamento gene IgH
E013	Altre sindromi mielo-proliferative (MPN)	CALR, JAK2, JAK2V617F
E014	Linfomi non-Hodgkin	IGH, ALK, C-MYC, BL2, BL6
E015	Leucemia linfatica cronica	IGHV, TP53, ATM
E016	Leucemia mieloide cronica	BCR-ABL
E017	Mieloma multiplo e gammopatie monoclonali	13q14, 17q13, IGH, t (4;14), t(6;14), t(8;14), t(11;14), t (16;14), t (14;20), TP53, 13q14, 1p/1q

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ
F001	Artrite Giovanile	B27	
F002	Artrite in corso di malattie croniche intestinali	B27	
F003	Artrite psoriasica	B27	
F004	Artrite reattiva	B27	
F005	Artrite Reumatoide	HLA-DRB1	Per l'accertamento della natura genetica della patologia nel soggetto affetto; eseguibile anche nei familiari di I grado
F006	Bechet, Malattia di	HLA-B51 e HLA-B27	
F007	Corioretinopatia tipo Birdshot	HLA-A29	
F008	Diabete Mellito Tipo 1	HLA-DRB1 e HLA-DQA1 e HLA-DQB1	Per l'accertamento della natura genetica della patologia nel soggetto affetto; eseguibile anche nei familiari di I grado
F009	Malattia Celiachia	HLA-DQA1 e HLA-DQB1	Previa visita specialistica in caso di elevato sospetto clinico con indagini sierologiche di I livello non dirimenti; eseguibile anche nei familiari di I grado di affetto
F010	Narcolessia	HLA-DQB1*06.02	
F011	Reiter, Sindrome di	B27	
F012	Sacroileite	B27	
F013	Sclerosi multipla	HLA-DRB1	Per l'accertamento della natura genetica della patologia nel soggetto affetto; eseguibile anche nei familiari di I grado
F014	Spondilite Anchilosante	HLA-B27	
F015	Uveite	B27	

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ
G001	Carcinoma polmonare non a piccole cellule	Stato mutazionale geni EGFR e K-RAS; Riarrangiamento ALK/ROS1	Carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato suscettibile di trattamento con inibitori di EGFR/ALK/ROS1
G002	Carcinoma del colon retto	Stato mutazionale geni K-RAS, N-RAS, BRAF; Instabilità Microsatellitare	Carcinoma del colon-retto in pazienti con malattia metastatica suscettibile di trattamento con anticorpi monoclonali anti EGFR; Instabilità microsatellitare in pazienti clinicamente selezionati in II stadio e pazienti > 75 aa in III stadio
G003	Melanoma maligno	Stato mutazionale gene BRAF	Melanoma metastatico suscettibile di trattamento con farmaci anti BRAF
G004	Tumori a origine dalle cellule follicolari della Tiroide	Stato mutazionale geni BRAF, famiglia RAS	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G005	Tumori stromali gastrointestinali (GIST)	Stato mutazionale geni CKIT, PDGFRA	GIST - Tumori stromali gastrointestinali suscettibili di trattamento con inibitori di CKIT
G006	Carcinoma mammario	Stato gene HER2-neu	Carcinoma della mammella avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2
G007	Carcinoma gastrico	Stato gene HER2-neu	Carcinoma gastrico avanzato suscettibile di trattamento con farmaci anti-HER2
G008	Tumori del sistema nervoso centrale (SNC)	Metilazione promotore gene MGMT; Stato mutazione dei geni IDH1-2; Codelezione 1p/19q	Tumori del SNC
G009	Carcinoma midollare della Tiroide	Stato mutazionale gene RET	Carcinoma midollare della tiroide
G010	Neuroblastoma	Amplificazione gene N-MYC	Neuroblastoma
G011	Carcinoma della cervice uterina Tumori di testa e collo Linfomi	Ricerca virus oncogeni	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G012	Tumori PNET, Condrosarcoma mixoide, DRCT, Istiocitoma fibroso angiomaticoide	Riarrangiamento EWSR1	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G013	Liposarcoma mixoide/cellule rotonde	Riarrangiamento gene DDIT3	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G014	Rabdomiosarcoma alveolare	Riarrangiamento gene FOXO1	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G015	Liposarcoma, Osteosarcoma	Amplificazione gene MDM2	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione

CODICE	PATOLOGIA/CONDIZIONE	GENI DI RIFERIMENTO DA INDAGARE	CONDIZIONI DI EROGABILITÀ
G016	Sarcoma sinoviale	Traslocazione X:18	
G017	Sarcoma fibromixoide di basso grado	Traslocazione 7:16	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G018	Sarcoma alveolare parti molli Fibrosarcoma congenito	Traslocazione der(17)t(X:17)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G019	Nefroma mesoblastico congenito Carcinoma secretorio della mammella	Traslocazione t(12:15)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G020	Linfoma mantellare Linfoma marginale splenico Tumori plasmacellulari	Traslocazione (11;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G021	Linfoma splenico Linfomi SNC a grandi cellule B	Traslocazione (9;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G022	Linfomi MALT extralinfonodali	Traslocazione t(11;18), t(1;14), t(3;14)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G023	Linfoma mantellare	Traslocazione t (2;12)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G024	Linfoma follicolare	Traslocazione t (14;18)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G025	Linfomi ALK Linfomi B a grandi cellule diffusi	Traslocazione (2;17)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G026	Linfoma di Burkitt Linfoma Diffuso a Grandi Cellule	Traslocazione (8;14), (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G027	Linfomi anaplastici a grandi cellule	Traslocazione (2;5), (1;2)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G028	Linfomi	Riarrangiamento geni delle immunoglobuline	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G029	Linfomi	Riarrangiamento del recettore delle cellule T (TCR)	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione
G030	Linfoma Diffuso a Grandi Cellule	FISH Bcl6	Sospetto diagnostico di: vedi Patologia/Condizione

ANLAGE P: DATENSATZFORMATE ZUR DATENÜBERMITTLUNG AN DAS WIRTSCHAFTS- UND FINANZMINISTERIUM (MEF)

Die Daten sind nach diesen Kriterien ausgewählt:

Wenn PRES_IMP = 1 (art. 50):

- TIP_STRÜ <> 3, 4 (private Einrichtungen);
- POS_TICK <> 14 (selbstzahlende Privatpatienten);
- BRANCA <> 50 (fester Satz), 51 Verlassen (EH), 60 (Leistungen der OBI)
- MOD_ACC <> 1 (Notaufnahme), 2 (Notaufnahme mit darauffolgendem KH-Aufenthalt), 11 (OBI), 12 (OBI mit darauffolgendem KH-Aufenthalt) oder 10 (Zahnbetreuung auf dem Territorium);
- TP_ESENZ <> X (Befreiung aufgrund darauffolgenden KH-Aufenthaltes);
- TIPO_ID = 1, 2, 3, 4, 9;
- COD_ID <> 20 X.

Wenn PRES_IMP = 2 (NRE):

- DEMA_INVIO = 1 (zu übermitteln);
- POS_TICK <> 14 (selbstzahlende Privatpatienten);
- BRANCA <> 50 (fester Satz), 51 Verlassen (EH), 60 (Leistungen der OBI)
- MOD_ACC <> 1 (Notaufnahme), 2 (Notaufnahme mit darauffolgendem KH-Aufenthalt), 11 (OBI), 12 (OBI mit darauffolgendem KH-Aufenthalt) oder 10 (Zahnbetreuung auf dem Territorium);
- TP_ESENZ <> X (Befreiung aufgrund darauffolgenden KH-Aufenthaltes);
- TIPO_ID = 1, 2, 3, 4, 9;
- COD_ID <> 20 X.

Wenn PRES_IMP = 0, sollt man keine Daten auswählen.

Datensatzformat Header

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/Feld	Bemerkung
Header	Campo riservato al servizio telematico		Il campo va lasciato vuoto		
Telematico1	Campo riservato al servizio telematico		Nel campo può essere inserito, in modo criptato il pin-code assegnato alla struttura inviante		
Telematico2	Campo riservato al servizio telematico		Il campo va lasciato vuoto		
Telematico3	Campo riservato al servizio telematico		Il campo va lasciato vuoto		
RegStruttura	Contiene codice Regione o provincia autonoma della struttura responsabile della fornitura	OBB V		041	
CodAsl	Codice ASL o azienda ospedaliera della struttura responsabile della fornitura	OBB V		201	
CodStruttura	Codice struttura responsabile della fornitura	OBB V		999201	
TotRic	Indica il numero totale delle ricette contenute nell'invio.	OBB V	Deve essere riportato il n. totale delle ricette presenti nella fornitura in inserimento, in cancellazione. Valori ammessi: numerico compreso tra 0 e 99999999		Anzahl von Zeilen mit 4. PROG_IMP = 99.
TotPrest	Indica il numero totale delle prestazioni erogate per tutte le ricette contenute nella fornitura	OBB V	Rappresenta la somma algebrica dei tag "QtaPrest" di tutte le prestazioni presenti nelle ricette nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra 0 e 99999999		Summe von 42. NUM_PRES mit 4. PROG_IMP <> 99

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/Feld	Bemerkung
TotImpCaricoAss	Indica il totale importo dovuto dall'assistito.	OBB V	Rappresenta la somma algebrica del tag "QuotaCaricoAss" di tutte le ricette presenti nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra 0,0 e 99999999,99		Summe von 53. IMP_TICK mit 4. PROG_IMP = 99
TotValRicInviata	Indica il totale valore delle ricette presenti nella fornitura	OBB V	Rappresenta la somma algebrica dei tag "TotValoreRicetta" di tutte le ricette presenti nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra 1,0 e 9999999999,99		Summe von 54. IMP_TARI mit 4. PROG_IMP <> 99
TotImpCaricoSSN	Indica il totale importo a carico del SSN.	OBB V	Rappresenta la somma algebrica dei tag "ImpCaricoSSN" di tutte le ricette presenti nella fornitura. Valori ammessi: numerico compreso tra -9999999999,99 e 9999999999,99.		Summe von 54. IMP_TARI mit 4. PROG_IMP = 99
TotRicNuove	Indica numero delle ricette presenti nella fornitura, per un primo inserimento nella base dati.	OBB V	Rappresenta il totale delle ricette presenti nella fornitura, aventi il tag "FlagOperazione" impostato a "I". Valori ammessi: numerico compreso tra 1 e 99999999.		Anzahl von Zeilen 4. PROG_IMP = 99 mit "flagOperazione" = "I"
TotRicVariata	Indica numero delle ricette presenti nella fornitura, da variare nella base dati	OBB V	Rappresenta il totale delle ricette presenti nella fornitura, aventi il tag "FlagOperazione" impostato a "V". Valori ammessi: numerico compreso tra 1 e 99999999.		Anzahl von Zeilen 4. PROG_IMP = 99 mit "flagOperazione" = "V"

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/Feld	Bemerkung
TotRicCanc	Indica numero delle ricette presenti nella fornitura, da cancellare dalla base dati	OBB V	Rappresenta il totale delle ricette presenti nella fornitura, aventi il tag "FlagOperazione" impostato a "C". Valori ammessi: numerico compreso tra 1 e 99999999.		Anzahl von Zeilen 4. PROG_IMP = 99 mit "flagOperazione" = "C"
TotStrutture	Indicare il numero delle strutture presenti nella fornitura	OBB V	1: se il file inviato ha una sola struttura. Valore maggiore di 1: riservato alle Regioni comma 11 per indicare il numero totale di strutture contenute nel file.	1	Zurzeit wird man 1 ausgefüllt
AnnoMeseNoInvio	Indica l'anno e il mese per il quale viene dichiarata una sospensione nell'invio telematico delle ricette		Valori ammessi: aaaamm. Per comunicare la sospensione dell'invio predisporre un file che contenga oltre tale campo, le informazioni sull'inviante	NULL	

Datensatzformat Detail

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
FlagOperazione	Indica il tipo di operazione da effettuare con i dati trasmessi con la fornitura	OBB V	Valori ammessi: I = inserimento V = Variazione; C = Cancellazione.	57. TIPO_OPER	
RegStrutturaRic	Codice Regione o Provincia Autonoma della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	OBB V		041	
CodAslRic	Codice ASL o Azienda Ospedaliera della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	OBB V		201	
CodStrutturaRic	Codice della struttura specialistica che ha erogato la prestazione	OBB V		999201	
CodRegione	Codice Regione o Provincia Autonoma o sede SASN	OBB V		2. NUM_IMP	Ziffern 1-3
Anno Produzione*	Ultime 2 cifre dell'anno di produzione del ricettario	OBB V		2. NUM_IMP	Ziffern i 4-5
ProgRicettaRicettario*	Numero progressivo della ricetta nell'ambito del medesimo ente competente	OBB V		2. NUM_IMP	Ziffern 6-14
CheckDigit*	Carattere di controllo di parità del progressivo	OBB V		2. NUM_IMP	Ziffern 15

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
CodiceAss	Codice Fiscale Codice STP Codice ENI	OBB	Codifica STP: "STP"+codice regio- ne +codice ASL+progressivo) In caso di discordanza tra il codice fiscale presente nella tes- sera e quello tra- scritto nella ricetta, ovvero in assenza di tessera sanitaria, nel campo previsto per il Codice Assisti- to dovrà essere ag- giunto alla se- quenza dei caratteri del codice fiscale rilevato o acquisito il carattere "D" .	20. COD_ID	Wenn TIPO_ID = 4 dann leer andernfalls COD_ID + CF_DISC (anonymisiert)
ProgRicettaStruttu- ra	Numero asso- luto progressivo della ricetta asse- gnato dalla struttura erogatri- ce nell'ambito del mese			3. ID_IMP	
Sigla Provincia	Contiene indicazi- one della provincia nella quale è situa- ta la ASL di resi- denza dell'assistito.			NULL	
ASLAssistito	Contiene indicazi- one dell'ASL di re- sidenza dell'assistito			NULL	
DispReg	Campo della ricet- ta a disposizione delle Regioni per Provvedimenti Specifici			NULL	
Suggesta	Flag indicazione ricetta suggestita.		Valore ammesso: S = Suggesta Obbligatorio nei ca- si in cui sia presente in ricetta.	31. IMP_SUGG	

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
Altro	Modalità di individuazione delle ricette afferenti a mesi precedenti rispetto ai termini previsti dall'articolo 50		Necessario nel caso in cui la ricetta si riferisca a mesi precedenti rispetto a quello per cui si sta effettuando la fornitura, secondo i termini previsti per la spedizione mensile. Valore ammesso: 1	60. ALTRO	1 = verspätete Übermittlung der Änderungen; V = Übermittlung doppelter Verschreibungen; W = Übermittlung suspendierter doppelter Verschreibungen.
AltroRic	Flag a disposizione delle regioni per scopi diversi		Valori ammessi: NULL = Casella Altro non Bifatta 1= Cassella"Altro" Bifatta	NULL	
DataCompilazione	Data compilazione del medico nella forma «aaaa-mm-gg»		Valori ammessi: formato data XML	30. DATA_IMP	Format JJJJ-MM-TT
DataSpedizione	Data di pagamento del ticket o di riconoscimento dell'esenzione dell'assistito		La data viene presa in considerazione in fase di valorizzazione della ricetta, per applicare il prezzo delle prestazioni ed eventuali regole economiche vigenti in quel momento	45. DATA_ERO	Zeile PROG_IMP = 99 Format JJJJ-MM-TT
TipoAccesso	Indica se la prestazione viene effettuata come primo accesso o meno	OBB	0 = Altro Accesso 1 = Primo Accesso	64. TIPO_ACCESO	
GaranziaTempi-Massimi	Garanzia dei tempi massimi di attesa	OBB	Valori Ammessi: 1 = Utente a cui si devono essere garantiti tempi massimi di attesa 0 = Utente che non rientra nella categoria precedente	65. GARANZIA	
AnnoMeseFatt	Mese e anno fatturazione della ricetta come da presentazione della stessa alla ASL da parte della struttura			NULL	

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
TipoRic	Codice identificativo di una prescrizione per soggetti stranieri o naviganti.		Valori ammessi: EE = Assicurati extra-europei in temporaneo soggiorno UE = Assicurati europei in temporaneo soggiorno NA = Assistiti SASN con visita ambulatoriale ND = Assistiti SASN con visita domiciliare NE=Assistiti da istituzioni estere NX = Assistito SASN extraeuropeo ST = Straniero in temporaneo soggiorno.	29. TIPO_IMP	
Non Esente	Valore assunto dalla casella N - Non ESENTE presente in ricetta	OBB	Valore ammesso Null = Casella "N" non biffata con significato di prescrizione per soggetto esente; 1 = Casella N biffata, con significato di prescrizione per soggetto non esente	1 se 51. TP_ESENZ='N' NULL negli altri casi	
CodEsenzione	Codice esenzione: per Condizione, Patologia o Malattia Rara in base a tabella	OBB	Il campo deve essere valorizzato per prescrizioni a carico di soggetti esenti	52. CD_ESENZ	
Reddito	Valore ammesso nella casella R - Reddito presente in ricetta	OBB	Valore ammesso Null = Casella "R" non biffata con significato di prescrizione per soggetto esente; 1 = Casella "R" biffata, con significato di prescrizione per soggetto non esente da reddito tramite apposizione della firma	1 se 51. TP_ESENZ='R', NULL negli altri casi	

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
CodRaggrup	Tipologia di raggruppamento delle ricette informatizzate e non	OBB V	0 = Ricetta manuale 1 = Ricetta informatizzata con biffatura campo Stampa PC e CF in barcode 2 = Ricetta Informatizzata con sola biffatura del campo Stampa PC	58. COD_RAG	
ClassePriorità	Priorità della prestazione erogata	OBB	U = Nel più breve tempo possibile; B = Entro 10 gg D = Entro 30(visite) entro 60 visite strumentali; P=Senza priorità	32. PRI_PRES	
TipoErogazione	Tipologia di erogazione delle prestazioni		A = Accesso Diretto; P = Pronto Soccorso D = Ricetta Specifica Interna	NULL	
CodiceDiagnosi	Tabella ICD-9-CM		Codice diagnosi/quesito diagnostico Codice secondo la tabella ICD-9-CM	38. DIAG_SOS altrimenti NULL	
TotPrestazioni	Numero totale prestazioni erogate	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "1" e "99999"	42. NUM_PRES	Summe von Leistungen der Verschreibung (Summe von NUM_PRES mit PROG_IMP <> 99)
TotValoreRicetta	Valore totale delle prestazioni come somma dei singoli importi derivati dal nomenclatore	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"	54. IMP_TARI	Summe von Betrag der Leistungen der Verschreibung (Summe IMP_TARI mit PROG_IMP <> 99)
FranchigiaCaricoAss	Franchigia a carico dell'assistito per costo prestazioni	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"	53. IMP_TICK	Zeile PROG_IMP = 99

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
QuotaCaricoAss	Quota percentuale a carico dell'assistito per il costo eccedente la franchigia	OBB	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99" Presente nei casi in cui è prevista una quota di partecipazione dell'assistito superiore alla franchigia nazionale.		Ticketbetrag / Gesamtbetrag
ImpCarico SSN	Totale importo derivato dalla differenza tra totale valore ricetta e totale a carico dell'assistito (ticket+ quota eccedente)	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "-99999.99" e "99999.99". Il campo è calcolato come differenza tra il valore dell'importo totale della ricetta, contenuto nel campo <TotValoreRicetta> e la somma di quanto deve pagare l'assistito, dato dalla somma dei campi <FranchigiaCaricoAss> e <QuotaCaricoAss>. Il risultato può anche essere negativo.	54 IMP_TARI	Zeile PROG_IMP = 99
StatoEstero	Sigla dello Stato estero di appartenenza dell'assistito	OBB	Valori ammessi: come da tabella Stati Esteri	24. ST_ESTERO	Falls TIPO_ID = 4
IstituzCompetent	Istituzione competente del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	22. COD_IST	Falls TIPO_ID = 4
NumIdentPers	Numero di identificazione personale del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	20. COD_ID	Falls TIPO_ID = 4
NumIdentTess	Numero di identificazione della tessera del soggetto assicurato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero prelevato dalla TS Stati Esteri	21. N_TEAM	Falls TIPO_ID = 4

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
DataNascitaEstero	Data di nascita del soggetto assicu- rato da istituzione estera	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero pre- levato dalla TS Stati Esteri	9. DNASCITA	Falls TIPO_ID = 4
DataScadenzaTessa- ra	Data di scadenza della Tessera eu- ropea di assicura- zione malattia dell'assistito	OBB	Valori ammessi: come riportato in ricetta ovvero pre- levato dalla TS Stati Esterine nel forma- to Data XML (aaaa- mm-gg)	26. DA- TA_SCAD	Falls TIPO_ID = 4
CodicePresidio	Codice del presi- dio erogatore del- la prestazione	OBB V		36. CO_STS11	
CodicePrest	Codice nomencla- tore terapeutico	OBB V	Come da tariffario nazionale/regionale	67. COD_PRE	
CodReparto	Codice del reparto erogatore della Prestazione			37. SPEC	
Branca Prestazione	Codice identifica- tivo della Branca	OBB V	Valori ammessi co- me da codifica regi- onale	48. BRANCA	
DataPrenotazione	Data prenotazione	OBB V	Valori ammessi formato data XLM (aaaa-mm-gg)	39. D_PRENOT	Format JJJJ-MM-TT
DataErogInizio	Data inizio trattamento	OBB	Obbligatoria nel caso di prestazio- ni/ somministrazioni cicliche Valori ammessi formato data XLM (aaaa-mm-gg)	44. D_CICLO	Falls 43. CICLO = 1 Format JJJJ-MM-TT
DataErogFine	Data fine trattamento	OBB	Obbligatoria nel caso di prestazio- ni/per somministra- zioni cicliche Valori ammessi formato data XLM (aaaa-mm-gg)	45. DATA_ER	Falls 43. CICLO = 1 Format JJJJ-MM-TT
DataErogazione	Data erogazione della prestazione, valida anche ai fini dei tempi di attesa	OBB V	Valori ammessi: nel formato data XLM (aaaa-mm-gg)	45. DATA_ER	Format JJJJ-MM-TT
Tipologia Prestazi- one	Tipologia prestazi- one erogazione farmaco, prestazi- one ambulatoriale prestazione domi- ciliare, ecc.			NULL	

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINCIA (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
QtaPrest.	Quantità prestazioni/prodotto somministrato	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "1" e "99999"	42. NUM_PRES	
TariffaPrest	Tariffa applicata al cittadino, vigente al momento dell'erogazione	OBB V	Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"	54. IMP_TARI	
TariffaPrestLab	Tariffa di rimborsi applicata a favore della struttura erogatrice, vigente al momento dell'erogazione.		Valori ammessi: numerico compreso tra "0.00" e "99999.99"		

* In Bezug auf die In Bezug auf Verschreibungen NRE, folgende Kodex sind zu verwenden:

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINCIA (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
Anno Produzione	codice raggruppamento lotto, ossia codice alfanumerico assegnato automaticamente dal Sistema di Accoglienza Centrale, che contraddistingue ricette con protocolli uguali;	OBB V	caratteri 4-5	2. NUM_IMP	Ziffern 4-5
ProgRicettaRicettario	codice del lotto di numeri assegnato automaticamente dal Sistema di Accoglienza Centrale (nella sua lunghezza massima) e numero di protocollo singolo all'interno del lotto di numeri (nella sua lunghezza minima)	OBB V	caratteri 6-14	2. NUM_IMP	Ziffern 7-15

DATENSATZ MEF				DATENSATZ PROVINZ (SPA)	
Element XML	Beschreibung	Typ	XML Ausfüllung des Elementes XML	Wert/ Feld	Bemerkung
CheckDigit	identificativo del lotto, in base al quale il richiedente decide quanti NRE deve contenere il lotto, da un minimo di 100 ad un massimo di 1 miliardo di numeri o che viene assegnato automaticamente dal Sistema di Accoglienza Centrale a fronte di una registrazione on-line di una ricetta	OBB V	carattere 15	2. NUM_IMP	Ziffer 6