



Leitlinien für das Informationsverfahren „Laboruntersuchungen“ (LAB)

Februar 2026

Beobachtungsstelle für Gesundheit
(Beschluss der Landesregierung Nr. 1865 vom 09/12/2013)

Aktualisiert am 23.02.2026

LEITLINIEN FÜR DAS INFORMATIONSVERFAHREN „LABORUNTERSUCHUNGEN“ (LAB)

© Herausgeber:
Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheit
Amt für Gesundheitsbetreuung
Beobachtungsstelle für Gesundheit

Downloadbar von
<https://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung/gesundheitsinformationssystem.asp>

INHALT

GESCHICHTE DES DOKUMENTS.....	4
EINFÜHRUNG.....	5
ERSTER TEIL.....	7
ALLGEMEINE MERKMALE DES	7
INFORMATIONSVERFAHRENS „LABORUNTERSUCHUNGEN“	7
1. ZIEL DES INFORMATIONSVERFAHRENS „LABORUNTERSUCHUNGEN“	9
2. ANWENDUNG DES INFORMATIONSVERFAHRENS.....	9
2.1. ANWENDUNGSBEREICH DES VERFAHRENS	9
2.2. INKRAFTTRETEN DES VERFAHRENS	9
3. ERHEBUNGSEINHEITEN.....	9
4. AUFZEICHNUNG DER LEISTUNGEN	9
5. ANONYMITÄT	10
6. DATENSCHUTZ.....	10
7. DATENQUALITÄTSKONTROLLE UND ZUWEISUNG EINES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES	11
8. AUFBEWAHRUNG DER DATEN.....	11
ZWEITER TEIL.....	12
INHALT DES VERFAHRENS.....	12
1. LABORUNTERSUCHUNGEN.....	13
2. DEFINITION UND INHALT DER VARIABLEN.....	14
2.1 ARCHIV 1 - MELDEAMTLICHE DATEN	14
2.2 ARCHIV 2 - KLINISCHE DATEN.....	20
ANHÄNGE	23
ANHANG 1: DATENSATZFORMAT FÜR DIE DATENQUALITÄTSKONTROLLE UND ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES	24
ANHANG 2: LISTE DER AUTOMATISCHEN KONTROLLEN.....	26
ANHANG 3A UND 3B: LISTE DER LABORUNTERSUCHUNGEN	30

GESCHICHTE DES DOKUMENTS

VERSION	DATUM	DURCHGEFÜHRTE ÄNDERUNGEN/ANMERKUNGEN
Vorhergehende Versionen	2014-2017	- Änderung der Variablen 17 "IDENTIFIKATIONSART DES PATIENTEN (TIPO_ID): folgende Antwortmodus sind gelöscht worden: 5 (=SPAG, selbstzahlender Ausländer); 6 (= ASC , sonstiger konventionierter Ausländer oder anderer, nicht in der Liste enthaltener Patiententyp); A (= HIC , Rentner und Familienmitglieder von Arbeitern, die in einem anderen Land als das Familienoberhaupt ansässig sind); X (Steuernummer + TEAM). - Änderung des Antwortmodus 9 der Variablen 17 "IDENTIFIKATIONSART DES PATIENTEN (TIPO_ID): CTA ist durch ENI (=bedürftige, mittellose EU-Bürger - mit ENI-Bescheinigung) ersetzt worden. - Neue Beschreibung für die Variable 36 : " VERSCHREIBUNGS-ID (ID_IMP)" ist mit ID LABOR (ID_LABO) ersetzt worden. - Änderung des Referenzbereiches der Leistung HARNsäURE (Code 90.43.5) (vorhergehende Werte: 15–18 J.: M:2,50-7,50 F:2,20-6,00). - Änderung des Referenzbereiches der Leistung BLUTBILD (Code 90.62.2) mit Beschreibung des Befundes "WBC" (vorhergehende Werte: Erwachsene: 3,6-10,0; 1 Tag: 10,0-26,0; 2 - 14 Tage: 6,0-22,0; 14 - 30 Tage: 5,0-19,0; 1 Monat - 6 Jahre: 5,0-15,0; 6 - 12 Jahre: 6,0-13,0). - Erhebung der Leistung ANORGANISCHE PHOSPHATE (Code 90.24.3) anstelle der Leistung PHOSPHOR (Code 90.24.5) ab 01/07/2016.
März 2022	22.03.2022	- Änderung des Referenzbereiches der Leistung KREATININ (Code 90.16.3) (vorhergehende Werte: 0-2Tage: 0,24-0,85 ; 2 Tage-1 Jahr: 0,17-0,42). - Änderung des Referenzbereiches der Leistung ANORGANISCHE PHOSPHATE (Code 90.24.3) (vorhergehende Werte: 0-1Tag: 1,4-2,5; 1Tag-1Jahr: 1,2-2,3; 0-1Monat: 1,4-2,5; 1Monat-1Jahr: 1,2-2,3). - Änderung des Referenzbereiches der Leistung LDL-CHOL (Code 90.14.0) (vorhergehende Werte: Alle< 115). - Änderung des Referenzbereiches der Leistung BLUTBILD (Code 90.62.2) mit Beschreibung des Befundes "HCT" (vorhergehende Werte (Erwachs.: M: 38,0-50,0 F: 35,0-48,0).
März 2025	15.03.2025	- Hinzufügung des verpflichtenden alphanumerischen Feldes „NORMALITÄT“ mit dem Wert 0,1 ab dem 01.01.2023 (rückwirkend, da die früheren Daten ab 2023 noch nicht übermittelt worden waren).
Februar 2026	23.02.2026	- Änderung des Feldes 31 „WERT“: Aufhebung der Formatprüfung des Feldes, mit Ausnahme der maximalen Länge von 10 Zeichen (für alle Leistungen ab dem 01.01.2026, für die Leistung 90.14.1 ab dem 01.01.2023). - Erhebung der Leistung 90.13.C ab dem 01.01.2025 (ersetzt den Code 90.14.0 ab dem 01.01.2026). - Erhebung der Leistung der Leistung 90.13.B (indirektes Cholesterin) ab dem 01.01.2026. - Unterscheidung der Anhänge 3A und 3B zur Differenzierung der Kontrollen vor und nach dem 31.12.2025. - Aktualisierung der Bestimmungen zum „Datenschutz“

EINFÜHRUNG

Dieses Dokument enthält die Leitlinien für die Erhebung einiger Laboruntersuchungen und deren Befunde.

Ein Ziel der BSC-Methode¹ des Jahres 2012 des Südtiroler Sanitätsbetriebs besteht darin, die Leitlinien für die Erhebung und Übermittlung von Laboruntersuchungen auf Landesebene abzufassen und zu verbreiten. Voraussetzung für den Vergleich der in den verschiedenen Landeslabors durchgeführten Untersuchungen ist die Standardisierung der Untersuchungswerte.

Folgende Untersuchungswerte sollen bereit gestellt werden:

a) Klinische Chemie:

- Glukose
- Harnstoff
- Kreatinin
- Proteine
- Gesamtcholesterin
- Triglyzeride
- Harnsäure
- Calcium
- Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
- Glutamat-Pyruvat-Transaminase
- Gammaglutamyltransferase
- Glykohämoglobin
- Phosphor
- HDL-Cholesterin
- LDL-Cholesterin
- GFR
- Proteinurie

b) Hämatologie:

- Leukozyten (WBC)
- Erythrozyten (RBC)
- Hämoglobin (HGB)
- Hämatokritwert (HCT)
- Mittleres Erythrozyteneinzelvolumen (MCV)
- Thrombozyten/Blutplättchen (PLT)

Diese Leitlinien liefern den Labors alle nötigen Angaben, um die Daten gemäß Vorgaben des Ressorts für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen korrekt und einheitlich zu übermitteln.

¹ Die BSC-Methode (Balanced Scorecard) ist ein Konzept zur Steuerung der Betriebsaktivitäten

Die Leitlinien gliedern sich in zwei Teile:

- Im ersten Teil werden die allgemeinen Merkmale des Verfahrens „Laboruntersuchungen“ beschrieben;
- der zweite Teil erläutert den Inhalt des Verfahrens, die Datensatzformate für die Datenübermittlung und die Datenqualitätskontrollen.

ERSTER TEIL

Allgemeine Merkmale des Informationsverfahrens „Laboruntersuchun- gen“

1. ZIEL DES INFORMATIONSVERFAHRENS „LABORUNTERSUCHUNGEN“

Das Informationsverfahren „Laboruntersuchungen (LAB)“ ist ein Grundinstrument für die Erhebung der Mindestdatensätze mit den Ergebnissen der in der Provinz Bozen durchgeführten Laboruntersuchungen.

Diese Daten ergänzen den Informationsfluss „Fachärztliche ambulatorische Betreuung (SPA)“, der alle erbrachten Leistungen umfasst; sie dienen epidemiologischen Analysen sowie der Planung und Prävention im Gesundheitswesen.

2. ANWENDUNG DES INFORMATIONSVERFAHRENS

2.1. ANWENDUNGSBEREICH DES VERFAHRENS

In den Anwendungsbereich fallen alle öffentlichen Südtiroler Krankenhäuser:

Gesundheitsbezirk Bozen	► Krankenhaus Bozen
Gesundheitsbezirk Meran	► Krankenhaus Meran
	► Krankenhaus Schlanders
Gesundheitsbezirk Brixen	► Krankenhaus Brixen
	► Krankenhaus Sterzing
Gesundheitsbezirk Bruneck	► Krankenhaus Bruneck
	► Krankenhaus Innichen

2.2. INKRAFTTRETEN DES VERFAHRENS

Das Informationsverfahren „Laboruntersuchungen“ tritt am **1. Januar 2014** in Kraft.

3. ERHEBUNGSEINHEITEN

Erhebungseinheiten bilden alle Laboruntersuchungen, die in den Landeslabors zugunsten aller Patienten durchgeführt werden.

4. AUFZEICHNUNG DER LEISTUNGEN

Derzeit werden diese Leistungen (nur für externe Patienten) zusammen mit allen anderen Leistungen im Datenfluss „Fachärztliche ambulatorische Leistungen, der Instrumentaldiagnostik und der Laboruntersuchungen (SPA)“ aufgezeichnet (Beschluss der Landesregierung Nr. 1071 vom 23.03.1998, Beschluss der Landesregierung Nr. 1016 vom 27.03.2006, Beschluss der Landesregierung Nr. 4822 vom 15.12.2008 in geltender Fassung), allerdings ohne Untersuchungsergebnisse.

Das Informationsverfahren „Laboruntersuchungen“ muss also mit dem Archiv der fachärztlichen ambulatorischen Leistungen verknüpft werden können, um die Daten zu den erbrachten Leistungen zu vervollständigen. Diese Verknüpfung ist anhand der Schlüsselvariablen „Übermittelter Gesundheitsbezirk“, „Verschreibungsnummer“ und „Verschreibungs-ID“ möglich, die in beiden Informationsverfahren vorhanden sind.

Die Leistungen müssen gemäß Landestarifverzeichnis der fachärztlichen Leistungen (Beschluss der Landesregierung vom 15.06.98 in geltender Fassung) angegeben und kodiert werden.

Es werden sowohl die Leistungen für externe Patienten als auch interne Patienten erhoben.

5. ANONYMITÄT

Bei Personen, die ihr gesetzliches Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, werden der Vor- und Nachname, die Sanitätsnummer und die Steuernummer nicht erhoben. Die Variablen des Datensatzes müssen wie folgt ausgefüllt werden:

In die Felder Nachname und Vorname wird in Großbuchstaben der Wortlaut „ANONIMO“ eingetragen.

Im Feld Geburtsdatum darf nur das Geburtsjahr eingetragen werden; als fiktives Datum wird der 1. Januar des betreffenden Jahres im Format 0101JJJJ angegeben.

Im Feld Geburtsgemeinde sind nur die ersten drei Kennziffern der Provinz gemäß ISTAT-Kodierung einzugeben; ist die Provinz nicht bekannt oder ist die Person im Ausland geboren, sind nur die ersten drei Ziffern '999' einzugeben.

Im Feld Staatsangehörigkeit ist 998 anzugeben (= nicht bekannt).

Im Feld Identifikationsart des Patienten ist der Code „3“ einzugeben (anonymer Patient).

Im Feld Code des Patienten ist 20 mal „X“ einzufügen.

6. DATENSCHUTZ

Aufgrund der Art der zu erhebenden Daten kommt der „Datenschutzkodex“ gemäß Legislativdekret Nr. 196 vom 30. Juni 2003 in geltender Fassung zur Anwendung. Daten, welche die betroffenen Personen auch indirekt identifizieren können, werden unter Beachtung der Grundsätze verarbeitet, die im Legislativdekrets Nr. 196 vom 30.06.03 in geltender Fassung **und in den Bestimmungen des gesetzvertretenden Dekrets vom 10. August 2018, Nr. 101, zur Anpassung der nationalen Rechtsvorschriften an die Vorgaben der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 enthalten sind.**

Die in den Datenfluss der Labordaten mit einbezogenen öffentlichen Einrichtungen ernennen die Verantwortlichen und Beauftragten für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten im Sinne der Artikel 29 und 30 des besagten Legislativdekrets; sie ergreifen die Mindestsicherheitsmaßnahmen im Sinne des Artikels 34 des Datenschutzkodex und des Anhangs B „Technische Vorschriften“.

7. DATENQUALITÄTSKONTROLLE UND ZUWEISUNG EINES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONS-CODES

Innerhalb Ende des Monats nach dem Monat der Leistungserbringung übermittelt der Sanitätsbetrieb die gemäß Datensatzformat erhobenen Daten an die Gesellschaft Südtirol Informatik AG, die vom Sanitätsbetrieb zur Verantwortlichen für die Datenverarbeitung ernannt wurde. Die Gesellschaft Südtirol Informatik AG unterzieht die Daten dem automatischen Kontrollverfahren, weist jedem Patient einen auf Landesebene eindeutigen Identifikationscode zu und löscht die direkten Identifikationsdaten der Patienten (bspw. Steuernummer, Vor- und Nachname, Sanitätsnummer).

Die an die Gesellschaft Südtirol Informatik AG zu übermittelnden Daten müssen gemäß Datensatzformat im Anhang in zwei getrennten Archiven enthalten sein: Das erste Archiv enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die klinischen Daten. Die beiden Archive werden über die „Schlüsselvariablen“ **„Übermittelnder Gesundheitsbezirk“** und **„ID der Untersuchung“** miteinander verknüpft.

Daten, die bei der automatischen Kontrolle als falsch hervorgehen, werden solange nicht in die Landesdatenbank geladen, bis sie vom Betrieb korrigiert wurden. Die letzte Datenübermittlung des Sanitätsbetriebs gilt als die gültige Übermittlung.

Die Landesdatenbank wird innerhalb 31. März (unaufschiebbarer Termin) geschlossen.

8. AUFBEWAHRUNG DER DATEN

Im Sinne des Datenschutzkodex werden die personenbezogenen Daten in zwei getrennten Archiven aufbewahrt: Das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Zugangsdaten und die klinischen Daten.

Die Archive werden über die Schlüsselvariablen **„Übermittelnder Gesundheitsbezirk“** und **„ID der Untersuchung“** miteinander verknüpft.

ZWEITER TEIL

Inhalt des Verfahrens

1. LABORUNTERSUCHUNGEN

Der Datenfluss „Laboruntersuchungen“ gliedert sich in **zwei Archive**: Das erste enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten, das zweite die Zugangsdaten und die klinischen Daten.

Die beiden Archive werden über die Schlüsselvariablen „**Übermittelnder Gesundheitsbezirk**“ und „**ID der Untersuchung**“ miteinander verknüpft.

ARCHIV 1:

Meldeamtliche Daten: Enthält die meldeamtlichen Daten des Patienten.

ARCHIV 2:

Klinische Daten: Enthält die Daten zu den Laboruntersuchungen.

2. DEFINITION UND INHALT DER VARIABLEN

2.1 ARCHIV 1 - MELDEAMTLICHE DATEN

1. ÜBERMITTELNDER GESUNDHEITSBEZIRK (ASL INV)

Den Code des Gesundheitsbezirks angeben, welcher die Daten übermittelt.

2. ID DER UNTERSUCHUNG (ID ESAME)

Fortlaufende Nummer, welche die Laboruntersuchung innerhalb des Krankenhauses und des Jahres eindeutig festlegt.

Die Nummerierung ist für alle Laboruntersuchungen in den Landeskrankenhäusern vorgesehen. Das Feld wird automatisch vom System generiert.

Der Code besteht aus: Jahr (2 Ziffern) + Code des Krankenhauses (6 Ziffern) + fortlaufende Nummer der Untersuchung (8 Ziffern).

Für die Südtiroler Krankenhäuser sind die Codes der HSP-Modelle zu verwenden:

041001 = Zentralkrankenhaus Bozen;

041002 = Schwerpunktkrankenhaus Meran;

041004 = Schwerpunktkrankenhaus Brixen;

041005 = Schwerpunktkrankenhaus Bruneck;

041006 = Grundversorgungsrankenhaus Sterzing;

041007 = Grundversorgungsrankenhaus Innichen;

041011 = Grundversorgungsrankenhaus Schlanders.

Z.B. Erste Untersuchung des Jahres 2015 im Krankenhaus Bozen: '1504100100000001'

3. NACHNAME (COG)

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

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

4. VORNAME (NOME)

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

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

5. ERWORBENER NACHNAME (NOMEA)

Den erworbenen Nachnamen des Patienten eingeben.

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

6. GESCHLECHT (SESSO)

Das Geschlecht des Patienten angeben.

1 = männlich;

2 = weiblich.

7. GEBURTSDATUM (DNASCITA)

Den Geburtstag, den Geburtsmonat und das Geburtsjahr des Patienten im Format TTMMJJJJ eingeben.

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

8. GEBURTSGEMEINDE (COM_NASC)

Zu verwenden ist der ISTAT-Code der italienischen Gemeinden; die ersten drei Kennziffern stehen für die Provinz (Provinz Bozen = 021), die nachfolgenden Kennziffern stellen die fortlaufende Nummer der Gemeinde innerhalb der Provinz dar.

Ist der Patient in Italien geboren, aber die Gemeinde ist nicht bekannt, den Code 999997 verwenden. Bei im Ausland geborenen Patienten wird der Code 999 anstelle des Codes der Provinz eingegeben, gefolgt vom Code des ausländischen Staates gemäß Definition des Innenministeriums für das Bevölkerungsmelderegister.

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

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

Bei Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen möchten, sind nur die ersten drei Kennziffern der Provinz gemäß ISTAT-Kodierung einzugeben.

Ist die Provinz nicht bekannt oder ist die Person im Ausland geboren, nur die ersten drei Ziffern mit '999' ausfüllen.

9. FAMILIENSTAND (S_CIVILE)

Den Familienstand des Patienten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung angeben.

Zu verwendende Codes:

1= ledig;

2= verheiratet;

3= getrennt;
4= geschieden;
5= verwitwet;
6= nicht erklärt.

10. WOHSITZGEMEINDE (COM_RES)

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

Den 6-stelligen ISTAT-Code der italienischen Gemeinden angeben, falls der Patient in Italien ansässig ist; für die in der Provinz Bozen ansässigen Patienten stehen die ersten drei Kennziffern für die Provinz Bozen (Provinz Bozen = 021), die nachfolgenden 3 Ziffern für die Gemeinde.

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

Bei im Ausland ansässigen Patienten wird der ausländische Staat gemäß Definition des Innenministeriums für das Bevölkerungsmelderegister mit 999 kodiert.

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

Ist die Gemeinde nicht bekannt, 999999 verwenden.

Sind keine Daten über die Gemeinde verfügbar, 999999 verwenden.

Hat der Patient keinen festen Wohnsitz, 999999 verwenden.

11. STAATSBÜRGERSCHAFT (C_CITT)

Das Land der Staatsbürgerschaft muss nicht mit dem Land des Wohnsitzes übereinstimmen (viele in einer italienischen Region Ansässige können ausländische Staatsbürger sein).

Besitzt der Patient mehr als eine Staatsbürgerschaft, muss der Code eingegeben werden, der für die vom Patient gewählte Staatsbürgerschaft steht.

- Italienische Staatsbürgerschaft = 100.
- Ausländische Staatsbürgerschaft = 3-stelliger Code des Innenministeriums.
- Staatenlose = 999.
- Nicht bekannt = 998.

Für die Patienten, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, 998 (= nicht bekannt) eingeben.

12. SANITÄTSNUMMER (COD_SANI)

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

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

Beispiel:

Nummer des Sanitätsbüchleins = 6g1/14456346/1 ⇒ 14456355555555

Nummer des Sanitätsbüchleins = F12/0103015311/4 ⇒ 01030153555555

wobei 5= Leerzeichen.

Bei Personen, die das gesetzliche Recht auf Anonymität in Anspruch nehmen wollen, bleibt das Feld leer (blank).

Es wird darauf hingewiesen, dass es Aufgabe des Sanitätsbetriebs ist, die neuen meldeamtlichen Positionen in die Datenbank der Betreuungsberechtigten einzugeben (DBBB).

13. WOHSITZREGION (REG_RES)

Für die in Italien ansässigen Patienten ist es die Region, in welcher der Patient seinen Wohnsitz hat (3-stelliger Code des Gesundheitsministeriums, Ministerialdekret 17.09.86). Die Wohnsitzregion muss nicht mit der Betreuungsregion übereinstimmen.

Für die im Ausland Ansässigen ist der Code des ausländischen Staates einzugeben, der vom Innenministerium festgelegt wurde.

Ist die Wohnsitzgemeinde nicht bekannt (COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997), ist „000“ einzugeben.

14. WOHSITZGESUNDHEITSBEZIRK / WOHSITZSANITÄTSBETRIEB (ASL_RES)

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

3-stelliger Code des Gesundheitsministeriums.

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

Dieses Feld ist wichtig, um Anfechtungen seitens anderer Regionen bei der Verrechnung der Mobilität auf überregionaler Ebene zu vermeiden.

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

15. BETREUUNGSREGION (REG_ASS)

Die Region, zu welcher der betreuende Sanitätsbetrieb gehört.

Die Betreuungsregion muss nicht mit der Wohnsitzregion übereinstimmen.

3-stelliger Code des Gesundheitsministeriums (Ministerialdekret 17.09.86).

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

16. BETREUUNGSGESUNDHEITSBEZIRK / BETREUUNGSSANITÄTSBETRIEB (ASL_ASS)

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

3-stelliger Code des Gesundheitsministeriums (Ministerialdekret 17.09.86).

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

17. IDENTIFIKATIONSART DES PATIENTEN (TIPO_ID)

Angaben, worauf sich der Code des Feldes COD_ID (Code des Patienten) bezieht:

1	=	Steuernummer
2	=	STP (vorübergehend anwesender Ausländer)
3	=	AA (anonym)
4	=	TEAM (persönliche TEAM-Nummer)
9	=	ENI (bedürftige, mittellose EU-Bürger - mit ENI Bescheinigung)
Z	=	sonstige

Diese Variable muss für alle Patienten ausgefüllt werden.

18. CODE DES PATIENTEN (COD_ID)

Für alle in Italien wohnhaften Patienten ist die vom Finanzministerium zugeteilte Steuernummer anzugeben.

Für illegal ins Land eingereiste Ausländer ohne Aufenthaltsgenehmigung ist der regionale sechzehnstellige STP-Code (vorübergehend anwesender Ausländer) einzutragen (im Sinne des Dekrets des Präsidenten der Republik vom 31. August 1999, Nr. 394, und des Rundschreibens des Gesundheitsministeriums vom 24. April 2000, Nr. 5), der sich aus STP + Regionscode + Sanitätsbetriebscode + fortlaufende Nummer zusammensetzt.

Im Falle des SASN - Betreuungsberechtigten ist die Steuernummer des Patienten in das Feld einzutragen.

Im Falle eines im Ausland versicherten Patienten ist die auf dem Europäischen Krankenversicherungsausweis (TEAM) vorhandene persönliche Identifizierungsnummer einzutragen und die Versicherungsdaten des Patienten sind in die einschlägigen TEAM-Felder einzusetzen.

Für Ausländer aus Drittstaaten ohne TEAM, die die Leistung selbst bezahlen müssen, ist der zwanzigstellige regionale SPAG-Code einzutragen, der sich aus SPAG + Regionscode + Sanitätsbetriebscode + fortlaufender Nummer zusammensetzt.

Für den Code anonymer Patienten: zwanzig Mal «X» wiederholen.

Für bedürftige, mittellose EU-Bürger - mit ENI Bescheinigung (ENI) muss der zwanzigstellige regionale Kode mit dem Kennzeichen ENI eingegeben werden (ENI + Regionscode (die Gültigkeit überprüfen) + Sanitätsbetriebscode + fortlaufende Nummer).

Für die anderen Fälle, mit "Z" und mit zwanzig Mal «X» ausfüllen.

19. TEAM-ID (N_TEAM)

Die TEAM-Identifikationsnummer ist nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben (wie im TEAM vorgesehen).

20. CODE DER TEAM-INSTITUTION (COD_IST)

Der Code der TEAM-Institution ist nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben (wie im TEAM vorgesehen).

21. SIGLE DER TEAM-INSTITUTION (DEN_IST)

Die Sigle der TEAM-Institution ist nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben (wie im TEAM vorgesehen).

22. TEAM-STAAT (ST_ESTER)

Der den TEAM-Ausweis ausstellende Staat ist nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben (wie im TEAM vorgesehen).

23. ART DER VOM TEAM VORGESEHENEN BETREUUNG (TIPO_TEAM)

Die Art der Betreuung ist mit E111 oder E106 nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben (wie im TEAM vorgesehen).

24. ABLAUFDATUM DES TEAM-AUSWEISES (DATA_SCAD)

Das Ablaufdatum des TEAM-Ausweises ist nur im Fall eines nicht-ansässigen, ausländischen EU-Bürgers mit TEAM-Ausweis anzugeben (wie im TEAM vorgesehen).

2.2 ARCHIV 2 - KLINISCHE DATEN

1. ÜBERMITTELNDER GESUNDHEITSBEZIRK (ASL_INV)

(siehe Archiv 1)

2. ID DER UNTERSUCHUNG (ID_ESAME)

(siehe Archiv 1)

25. CODE DER ANNAHMESTELLE (CDC_ACC)

Den Code der Leistungsannahmestelle/Leistungsbeantragungsstelle gemäß betrieblichem Kostenstellenplan angeben.

26. CODE DER LEISTUNGSERBRINGENDEN STELLE (CDC_ERO)

Den Code der leistungserbringenden Stelle gemäß betrieblichem Kostenstellenplan angeben.

27. DATUM DER UNTERSUCHUNG (DATA_ES)

Das Datum der Laboruntersuchung im Format TTMMJJJJ angeben.

28. CODE DER LEISTUNG (COD_PRES)

Den Code der Leistung gemäß Landestarifverzeichnis angeben (Beschluss der Landesregierung Nr. 2568 vom 15.06.98 in geltender Fassung).

Die Codes der Leistungen bestehen aus maximal 7 Zeichen; jeder Trennpunkt stellt ein Zeichen dar.

29. BEFUND DES BLUTBILDES (ESITO_EMOCROMO)

Im Falle von COD_PRES = 90.62.2 (Blutbild) gemäß Spalte „Code des Befundes“ in der Tabelle B **der Anhänge 3A und 3B** den Code des Untersuchungsbefundes angeben.

30. BESCHREIBUNG DES BLUTBILDES (DESCRIZIONE_EMOCROMO)

Im Falle von COD_PRES = 90.62.2 (Blutbild) die Beschreibung der durchgeführten Untersuchung eingeben.

31. WERT (VALORE)

Den Wert der durchgeführten Untersuchung auf der Grundlage der Art der Untersuchung angeben, wie in den **Anhängen 3A und 3B** dargelegt.

32. ART DER LEISTUNG (TIPO_PRES)

Gibt an, ob die Leistung für externe oder interne Patienten erbracht wird.

Zulässige Werte:

0 = Leistungen für externe Patienten;

1 = Leistungen für interne Patienten.

33. DRINGLICHKEIT (URGENZA)

Gibt an, ob die Leistung unter Dringlichkeitsbedingungen erbracht wurde.

Zulässige Werte:

0 = nein;

1 = ja.

34. VORHANDENE VERSCHREIBUNG (PRES_IMP)

Gibt an, ob für die erbrachte Leistung eine Verschreibung durch den Landesgesundheitsdienst/Nationalen Gesundheitsdienst ausgestellt wurde.

0 = keine Verschreibung des LGD/NGS vorhanden (z. B. für Erste-Hilfe-Leistungen);

1 = Verschreibung des LGD/NGD vorhanden;

2 = Verschreibung NRE.

35. VERSCHREIBUNGSNUMMER (NUM_IMP)

Die Nummer der Verschreibung angeben (Strichcode, ausgenommen Sonderzeichen am Beginn der beiden Rezeptnummernfelder) 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 (Protokollnummer) und das Feld PRES_IMP mit „2“ ausfüllen.

Ist für die Leistung keine Verschreibung vorhanden (bspw. Erste Hilfe, territoriale oder häusliche Versorgungsleistungen) muss das Feld wie folgt ausgefüllt werden: 999 + Jahr (2 Ziffern) + Code des Gesundheitsbezirks (1 Ziffer) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirks (8 Ziffern) + 0 und das Feld PRES_IMP mit „0“ ausfüllen.

36. ID LABOR (ID_LABO)

Die ID-Labor-Nummer identifiziert eindeutig im Laufe der Jahre die einzelne Laboranfrage.

Das Feld muss wie folgt ausgefüllt werden: Jahr (4 Ziffern) + Code des Gesundheitsbezirks (3 Ziffer) + Labor Nummer (13 Ziffern)

37. ID FÜR ZUGANG ZU ERSTER HILFE/OBI (ID_ACC)

Die Nummerierung ist für alle Zugänge zur Ersten Hilfe und OBI vorgesehen; sie lässt alle Leistungen zugunsten eines Patienten im Rahmen desselben Zuganges zur Ersten Hilfe verknüpfen. Sie ist eindeutig für jeden Erste-Hilfe-Zugang des Patienten und kann mit verschiedenen Verschreibungs-IDs verbunden werden.

Diese Variable lässt außerdem die Datenbank „Laboruntersuchungen (LAB)“ mit der Datenbank „Erste-Hilfe-Bogen (EHB)“ verknüpfen.

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

38. NOSOGRAPHISCHER CODE – NUMMER DES KRANKENHAUSENTLASSUNGSBOGENS (NOSOGRAF)

Die Nummer des Krankenhausentlassungsbogens entspricht der ID-Nummer des Krankenblattes. Der zu verwendende Code besteht aus 10 Zeichen; die ersten 4 stehen für das Aufnahmejahr, die anderen 6 sind die fortlaufende Nummerierung in einem Jahr. Die fortlaufende Nummerierung ist eindeutig, unabhängig von der Art des Aufenthalts (ordentlicher Aufenthalt oder Tagesklinik-Aufenthalt), sodass jede Nummer den einzelnen Aufenthalt eindeutig festlegt.

Diese Variable lässt außerdem die Datenbank „Laboruntersuchungen (LAB)“ mit der Datenbank „Krankenhausentlassungsbogen (KEB)“ verknüpfen.

25. NORMALITÄT

Gibt an, ob der Wert der erbrachten Leistung im Normalbereich liegt.

Zulässige Werte:

0 = Wert außerhalb des Normalbereichs

1 = Wert innerhalb des Normalbereichs

ANHÄNGE

- **Anhang 1: Datensatzformat für die Datenqualitätskontrolle**
- **Anhang 2: Liste der automatischen Kontrollen**
- **Anhang 3: Liste der Laboruntersuchungen**

ANHANG 1: DATENSATZFORMAT FÜR DIE DATENQUALITÄTSKONTROLLE UND ZUWEISUNG DES EINDEUTIGEN IDENTIFIKATIONSCODES

Legende:

OBBV = verbindliches Pflichtfeld

OBB = Pflichtfeld unter bestimmten Umständen

„**leer**“ = optionales Feld

ARCHIV 1: MELDEAMTLICHE VARIABLEN

Nr.	Name der Variable	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Pflichtregeln
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	1	3	OBBV
2	ID_ESAME	ID der Untersuchung	AN	16	4	19	OBBV
3	COG	Nachname	AN	30	20	49	OBBV
4	NOME	Vorname	AN	20	50	69	OBBV
5	NOMEA	Erworbener Nachname	AN	30	70	99	
6	SESSO	Geschlecht	AN	1	100	100	OBBV
7	DNASCITA	Geburtsdatum	D	8	101	108	OBBV
8	COM_NASC	Geburtsort	AN	6	109	114	OBBV
9	S_CIVILE	Familienstand	AN	1	115	115	
10	COM_RES	Wohnsitzgemeinde/ausländischer Staat	AN	6	116	121	OBBV
11	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	3	122	124	OBBV
12	COD_SANI	Sanitätsnummer	AN	20	125	144	OBB
13	REG_RES	Wohnsitzregion	AN	3	145	147	OBBV
14	ASL_RES	Wohnsitzgesundheitsbezirk/Wohnsitz-sanitätsbetrieb	AN	3	148	150	
15	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	3	151	153	
16	ASL_ASS	Betreuungsgesundheitsbezirk/Betreuungssanitätsbetrieb	AN	3	154	156	
17	TIPO_ID	Identifikationsart des Patienten	AN	1	157	157	OBBV
18	COD_ID	Code des Patienten	AN	20	158	177	OBBV
19	N_TEAM	Identifikationsnummer des Europäischen Krankenversicherungsausweises (TEAM)	AN	20	178	197	OBB
20	COD_IST	Code der TEAM-Institution	AN	15	198	212	OBB
21	DEN_IST	Sigle der TEAM-Institution	AN	30	213	242	
22	ST_ESTERO	TEAM-Staat	AN	2	243	244	OBB
23	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehenen Betreuung	AN	4	245	248	
24	DATA_SCAD	Ablaufdatum des TEAM-Ausweises	D	8	249	256	OBB

NB:

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

Die **Daten**-Felder dieses Archivs haben das Format **TTMMJJJJ**; falls nicht vorhanden, müssen sie mit **Leerzeichen** ausgefüllt werden.

ARCHIV 2: ZUGANGSVARIABLEN UND KLINISCHE VARIABLEN

Nr.	Name der Variable	Beschreibung	Typ	Länge	Von	Bis	Pflichtregeln
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	1	3	OBBV
2	ID_ESAME	ID der Untersuchung	AN	16	4	19	OBBV
25	CDC_ACC	Code der Annahmestelle	N	10	20	29	OBBV
26	CDC_ERO	Code der leistungserbringenden Stelle	N	10	30	39	OBBV
27	DATA_ES	Datum der Untersuchung	D	08	40	47	OBBV
28	COD_PRES	Code der Leistung	AN	07	48	54	OBBV
29	ESITO_EMOCROMO	Befund des Blutbildes	N	02	55	56	OBB
30	DESCRIZIONE_EMOCROMO	Beschreibung des Blutbildes	AN	20	57	76	OBB
31	VALORE	Wert	N	10	77	86	OBBV
32	TIPO_PRES	Art der Leistung	AN	01	87	87	OBBV
33	URGENZA	Dringlichkeit	AN	01	88	88	OBBV
34	PRES_IMP	Vorhandene Verschreibung	AN	01	89	89	OBBV
35	NUM_IMP	Verschreibungsnummer	AN	16	90	105	OBBV
36	ID_LABO	Labor-ID	AN	20	106	125	OBBV
37	ID_ACC	ID für Zugang zu Erster Hilfe/OBI	AN	16	126	141	
38	NOSOGRAFICO	Nosographischer Code	AN	10	142	151	
39	NORMALITA	Wert im Normalbereich	AN	1	152	152	OBBV

NB:

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

Die **Daten**-Felder dieses Archivs haben das Format **TTMMJJJJ**; falls nicht vorhanden, müssen sie mit **Leerzeichen** ausgefüllt werden.

Die **Uhrzeit**-Felder haben das Format **hhmm**; falls nicht vorhanden, müssen sie mit **Leerzeichen** ausgefüllt werden.

ANHANG 2: LISTE DER AUTOMATISCHEN KONTROLLEN

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Pflicht regeln	Kontrollen
1	ASL_INV	Übermittelnder Gesundheitsbezirk	AN	3	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Wert enthalten ist zwischen: 101,102,103,104.
2	ID_ESAME	ID der Untersuchung	AN	16	OBB V	Obligatorisch Das Feld muss mit 16 Zeichen ausgefüllt werden. Prüfung der Zusammensetzung: Position 1-2 = Jahr der Leistungserbringung.
3	COG	Nachname	AN	30	OBB V	Obligatorisch Falls = ANONIMO: Prüfung, dass TIPO_ID=3 und NOME = „ANONIMO“.
4	NOME	Vorname	AN	20	OBB V	Obligatorisch Falls = ANONIMO: Prüfung, dass TIPO_ID=3 und COGNOME = „ANONIMO“.
5	NOMEA	Erworbener Nachname	AN	30		
6	SESSO	Geschlecht	AN	01	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Wert enthalten ist zwischen: 1 = männlich; 2 = weiblich.
7	DNASCITA	Geburtsdatum	D	08	OBB V	Obligatorisch Prüfung auf korrektes Datenformat TTMMJJJJ. DNASCITA ≤ Systemdatum. DNASCITA ≤ DATA_ES.
8	COM_NASC	Geburtsgemeinde	AN	06	OBB V	Obligatorisch Falls NOME =ANONIMO, Prüfung auf Vorhandensein eines Codes der italienischen Provinzen (ISTAT-Code) in den ersten 3 Zeichen oder des Codes „999“. Falls NOME <> ANONIMO und erste 3 Zeichen <> „999“: Prüfung auf Vorhandensein des Codes der Gemeinde in der ISTAT-Liste der italienischen Gemeinden. Falls NOME <> ANONIMO und erste 3 Zeichen = „999“: Prüfung auf Vorhandensein des Codes in der Liste der ausländischen Staaten (Codes des Innenministeriums, mit Ausnahme des Codes für Italien „100“). Weiterer möglicher Code: „999999“ (Gemeinde nicht bekannt). Falls im Ausland geboren und Staat nicht bekannt: „999998“ oder falls in Italien geboren und Gemeinde nicht bekannt: 999997.
9	S_CIVILE	Familienstand	AN	01		Falls ausgefüllt: Prüfung, dass der Wert enthalten ist zwischen: 1,2,3,4,5,6.
10	COM_RES	Wohnsitzgemeinde	AN	06	OBB V	Obligatorisch Falls erste 3 Zeichen <> „999“: Prüfung auf Vorhandensein des Codes der Gemeinde in der ISTAT-Liste der italienischen Gemeinden. Falls erste 3 Zeichen = „999“: Prüfung auf Vorhandensein des Codes in der Liste der ausländischen Staaten (Codes des Innenministeriums, mit Ausnahme des Codes für Italien „100“). Weiterer möglicher Code: „999999“ (Gemeinde nicht bekannt). Falls im Ausland geboren und Staat nicht bekannt: „999998“ oder falls in Italien geboren und Gemeinde nicht bekannt: 999997.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Pflicht regeln	Kontrollen
11	C_CITT	Staatsbürgerschaft	AN	03	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass die Staatsbürgerschaft gleich 100 oder 999 oder 998 ist oder Prüfung auf Vorhandensein der Staatsbürgerschaft in der Liste der ausländischen Staaten (Codes des Innenministeriums).
12	COD_SANI	Sanitätsnummer	AN	20	OBB	Obligatorisch bei NOME <> ANONIMO. Prüfung auf Korrektheit des Codes anhand des automatischen Kontrollverfahrens der Landesdatenbank der Betreuungsberechtigten (DBBB).
13	REG_RES	Wohnsitzregion	AN	03	OBB V	Obligatorisch Prüfung auf Vorhandensein des Codes in der Liste der italienischen Regionen (Gesundheitsministerium) oder in der Liste der ausländischen Staaten (Codes des Innenministeriums). Falls italienische Region: Prüfung auf Übereinstimmung mit Wohnsitzgemeinde. Falls Wohnsitzgemeinde nicht bekannt (COM_RES=999999 oder 999998 oder 999997): Prüfung auf REG_RES=000.
14	ASL_RES	Wohnsitzgesundheitsbezirk/ Wohnsitzsanitätsbetrieb	AN	03		Prüfung auf Vorhandensein des Codes in der Liste der italienischen Sanitätsbetriebe (MD 17.09.1986). Falls ausgefüllt, muss der Code mit der Wohnsitzregion kompatibel sein.
15	REG_ASS	Betreuungsregion	AN	03		Prüfung auf Vorhandensein des Codes in der Liste der italienischen Regionen (MD 17.09.1986).
16	ASL_ASS	Betreuungssanitätsbetrieb	AN	03		Prüfung auf Vorhandensein des Codes in der Liste der italienischen Sanitätsbetriebe (MD 17.09.1986).
17	TIPO_ID	Identifikationsart des Patienten	AN	01	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Wert enthalten ist zwischen: 1, 2, 3, 4, 9, Z Falls TIPO_ID=A: Prüfung auf COM_RES <> ISTAT-Code der italienischen Gemeinden oder 999997.
18	COD_ID	Code des Patienten	AN	20	OBB V	Obligatorisch Falls TIPO_ID=1 o. X, muss der COD_ID 16 Zeichen lang sein und muss er in der Landesdatenbank der Betreuungsberechtigten (DBBB) vorhanden sein. Falls TIPO_ID = 2: Prüfung, dass der Wert von COD_ID das Format STP (3) + Code der Region(3) + Code des Sanitätsbetriebs ASL (3) + fortlaufende Nummer (7) besitzt und eine Länge von 16 Zeichen hat. Falls TIPO_ID = 3: Prüfung, dass der Wert von COD_ID 20 mal „X“ enthält und dass NOME = „ANONIMO“ und dass der Code eine Länge von 20 Zeichen hat. Falls COD_ID = 20 „X“ dann TIPO_ID = 3 o Z. Falls TIPO_ID = 9: Prüfung, dass der Wert von COD_ID das Format ENI (Zeichen 1-3) + Regionscode (Zeichen 4-6) und dass der Code eine Länge von 16 Zeichen hat. Falls TIPO_ID = Z: Prüfung, dass der Wert von COD_ID 20 mal „X“ enthält
19	N_TEAM	TEAM-ID	AN	20	OBB	Obligatorisch bei TIPO_ID= 4 Ansonsten muss das Feld leer bleiben.
20	COD_IST	Code der TEAM-Institution	AN	15	OBB	Obligatorisch bei TIPO_ID= 4 Ansonsten muss das Feld leer bleiben.
21	DEN_IST	Sigle der TEAM-Institution	AN	30		Falls TIPO_ID<>4 muss das Feld leer bleiben.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Pflicht regeln	Kontrollen
22	ST_ESTERO	TEAM-Staat	AN	02	OBB	Obligatorisch bei TIPO_ID= 4 Prüfung, dass der Wert eine Länge von 2 Zeichen hat. Ansonsten muss das Feld leer bleiben.
23	TIPO_TEAM	Art der vom TEAM vorgesehe- nen Betreuung	AN	04		Falls ausgefüllt, muss der Wert E111 oder E106 betragen. Falls TIPO_ID<>4 muss das Feld leer bleiben.
24	DATA_SCAD	Ablaufdatum des TEAM-Aus- weises	D	08	OBB	Obligatorisch bei TIPO_ID= 4 Prüfung auf Korrektheit des Datenformats TTMMJJJJ. DATA_SCAD > DNASCITA. DATA_SCAD >= DATA_ES. Nicht zu kontrollieren, falls das Datum nicht angegeben ist. Ansonsten muss das Feld leer bleiben.
25	CDC_ACC	Code der Annahmestelle	N	10	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Wert in der Tabelle der Codes des Sanitätsbetriebs enthalten ist.
26	CDC_ERO	Code der leistungserbringen- den Stelle	N	10	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Wert in der Tabelle der Codes des Sanitätsbetriebs enthalten ist.
27	DATA_ES	Datum der Untersuchung	D	08	OBB V	Obligatorisch Prüfung auf Korrektheit des Datenformats TTMMJJJJ. DATA_ES < Systemdatum. DATA_ES ≥ DNASCITA.
28	COD_PRES	Code der Leistung	AN	07	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Code der Leistung im Anhang 3 enthalten ist (Spalte „Code der Leistung“).
29	ESITO_EMOC ROMO	Befund des Blutbildes	N	02	OBB	Obligatorisch bei COD_PRES =90.62.2 oder 90.44.3 Prüfung, dass der Befund der Leistung in den Anhängen 3A und 3B enthalten ist (Tabelle B, Spalte „Code des Befundes“) Ansonsten muss das Feld leer bleiben.
30	DESCRIZI- ONE_EMOCRO MO	Beschreibung des Blutbildes	AN	20	OBB	Obligatorisch bei COD_PRES =90.62.2 oder 90.44.3 Prüfung, dass die Beschreibung des Befundes in den Anhängen 3A und 3B enthalten ist (Tabelle B, Spalte „Beschreibung des Befundes“) Ansonsten muss das Feld leer bleiben.
31	VALORE	Wert	N	10	OBB V	Obligatorisch Prüfung, dass der Wert nicht negativ ist (gültig ab dem 01.01.2022). Prüfung gemäß den Vorgaben der Anhänge 3A und 3B
32	TIPO_PRES	Art der Leistung	AN	01	OBBV	Obligatorisch Zulässige Werte: 0, 1.
33	URGENZA	Dringlichkeit	AN	01	OBBV	Obligatorisch Zulässige Werte: 0, 1.
34	PRES_IMP	Vorhandene Verschreibung	AN	01	OBBV	Obligatorisch Zulässige Werte: 0, 1, 2.

Nr.	Name	Beschreibung	Typ	Länge	Pflicht regeln	Kontrollen
35	NUM_IMP	Verschreibungsnummer	AN	16	OBB V	Obligatorisch Falls PRES_IMP= 1: Prüfung, dass der Code von NUM_IMP eine Länge von 15 Zeichen hat und das folgende Format besitzt: - Die Zeichen 1-3 müssen dem ISTAT-Code der Region oder Autonomen Provinz entsprechen (041 für die Provinz Bozen); - die Zeichen 4-5 müssen einem Jahr entsprechen, und zwar <= laufendes Jahr; - die Zeichen 6-14 müssen einer Nummer entsprechen; für die Verschreibungen, die mit 041 beginnen, muss das Vorhandensein der Nummer in der Datenbank der Verschreibungen geprüft werden (Programm Rezeptblockverteilung); - das Zeichen 15 muss ein Zahlenwert sein. Falls PRES_IMP= 0: Prüfung, dass der Code von NUM_IMP eine Länge von 15 Zeichen hat und das folgende Format besitzt: - Zeichen 1-3: 999; - die Zeichen 4-5 müssen einem Jahr entsprechen, und zwar <= laufendes Jahr; - Zeichen 6: übermittelnder Gesundheitsbezirk (1 = Bozen, 2= Meran, 3= Brixen, 4= Bruneck); - Zeichen 7-14: fortlaufende Nummer innerhalb des übermittelnden Gesundheitsbezirks; - Zeichen 15 = 0. 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 numerischen Code der Verschreibung.
36	ID_LABO	Labor-ID	AN	20	OBBV	Obligatorisch Prüfung, dass die ID_IMP eine Länge von 20 Zeichen hat und das folgende Format besitzt: Jahr (4 Ziffern) + Code des Gesundheitsbezirks (3 Ziffern) + fortlaufende Nummer innerhalb des Gesundheitsbezirks (13 Ziffern). Prüfung, dass Jahr <= DATA_ES. Prüfung des Codes des Gesundheitsbezirks: 101, 102, 103, 104.
37	ID_ACC	ID für Zugang zu Erster Hilfe/OBI	AN	16		Falls ausgefüllt muss der Wert eine Länge von 16 Zeichen haben. Prüfung der Positionen 1-4 = Jahr der Leistungserbringung; Positionen 5 - 10 = Code des Landeskrankenhauses, 11 – 16 = fortlaufende Nummer.
38	NOSOGRAFICO	Nosographischer Code	AN	10		
39	NORMALITA	Wert im Normalbereich	AN	1	OBBV	Obligatorisch Zulässige Werte: 0, 1.

ANHANG 3A: LISTE DER LABORUNTERSUCHUNGEN

(gültig ab dem 01.01.2026; nur für 90.14.1 gültig ab dem 01.01.2023)

a) Klinische Chemie:

CODE DER LEISTUNG	BESCHREIBUNG DER LEISTUNG	EINHEIT
90.27.1	GLUKOSE	mg/dL
90.44.1	HARNSTOFF	mg/dL
90.16.3	KREATININ	mg/dL
GFR	GFR	ml/min/1,73m ²
90.38.5	PROTEINE	g/dL
90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN	mg/dL
90.43.2	TRIGLYZERIDE	mg/dL
90.43.5	HARNSÄURE	mg/dL
90.11.4	CALCIUM	mmol/L
90.09.2	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase	U/L
90.04.5	Glutamat-Pyruvat-Transaminase	U/L
90.25.5	Gammaglutamyltransferase	U/L
90.28.1	GLYKOHÄMOGLOBIN	%
90.24.3	ANORGANISCHE PHOSPHATE	mmol/l
90.14.1 (ab 01.01.2023)	HDL-CHOL	mg/dL
90.13.C	LDL-CHOL direkte Bestimmung	mg/dL
90.13.B	LDL-CHOL indirekte Bestimmung	mg/dL

CODE DER LEISTUNG	BESCHREIBUNG DER LEISTUNG	CODE DES BEFUNDES	BESCHREIBUNG DES BEFUNDES	EINHEIT
90.44.3	KOMPLETTE HARNUNTERSUCHUNG	01	PROTEINURIE	mg/dl

b) Hämatologie:

CODE DER LEISTUNG	BESCHREIBUNG DER LEISTUNG	CODE DES BEFUNDES	BESCHREIBUNG DES BEFUNDES	EINHEIT
90.62.2	BLUTBILD	01	WBC	10 ³ /uL
90.62.2	BLUTBILD	02	RBC	10 ³ /uL
90.62.2	BLUTBILD	03	HGB	g/dL
90.62.2	BLUTBILD	04	HCT	%
90.62.2	BLUTBILD	05	MCV	fL
90.62.2	BLUTBILD	06	PLT	10 ³ /uL

ANHANG 3B: LISTE DER LABORUNTERSUCHUNGEN

(gültig bis zum 31.12.2025)

a) Klinische Chemie:

CODE DER LEISTUNG	BESCHREIBUNG DER LEISTUNG	EINHEIT	WERTEBEREICH	REFERENZBEREICH (ab 01.01.2023 nicht mehr aktualisiert)
90.27.1	GLUKOSE	mg/dL	0-9999	• Erwachsene: 60-99 (nüchtern) • Babys bis zu 2 Tagen: 50-90
90.44.1	HARNSTOFF	mg/dL	0-9999	• Erwachsene: M: 18-55 F: 15-43 • 0 - 15 Jahre: M: 12-36 F: 12-40
90.16.3	KREATININ	mg/dL	0,00-999,99	Kinder: <u>0-2 Monate:</u> 0,24-0,85 <u>2 Monate-1 Jahr:</u> 0,17-0,42 <u>1-3 Jahre:</u> 0,24-0,41 <u>3-5 Jahre:</u> 0,31-0,47 <u>5-9 Jahre:</u> 0,32-0,60 <u>9-13 Jahre:</u> 0,39-0,79 <u>13-15 Jahre:</u> 0,57-0,87 <u>Frauen ≥15 Jahre:</u> 0,50-1,00 <u>Männer ≥15 Jahre:</u> 0,50 – 1,20
GFR	GFR	ml/min/1,73m ²	0-9999	>60
90.38.5	PROTEINE	g/dL	0,00-9999,99	• Erwachsene: 6,60,- 8,30 • 0 - 6 Monate: 4,20- 6,50 • 6 Monate - 18 Jahre: 5,60-8,00
90.14.3	GESAMTCHOLESTERIN	mg/dL	0-9999	• Erwachsene: <200: wünschenswert 200-239: Grenzwert > 240: hoch • 0 - 19 Jahre: <170: wünschenswert 170-199: Grenzwert > 200: hoch
90.43.2	TRIGLYZERIDE	mg/dL	0-9999	Alle: 30-150 (nüchtern)
90.43.5	HARNSÄURE	mg/dL	0,00-9999,99	• Erwachsene: M: 3,60-7,00 F: 2,30 -6,10 • 0 - 15 J.: M: 1,20-5,80 F: 1,50-5,90
90.11.4	CALCIUM	mmol/L	0,00-9999,99	• Erwachsene: 2,15- 2,60 • 0 - 1 Monat: 2,00- 2,75 • 1 Monat - 12 Jahre: 2,20-2,55 • 12 - 18 Jahre: 2,25-2,70
90.09.2	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase	U/L	0-9999	• Erwachsene: M:<40 F:<35 • 0 -1 Monat: M:<95 F:<95 • 1 Monat - 1 Jahr: M:<80 F:<80 • 1 - 12 Jahre: M:<50 F:<50
90.04.5	Glutamat-Pyruvat-Transaminase	U/L	0-9999	• Erwachsene: M:<40 F:<35 • 0 - 1 Jahr: M:<60 F:<60 • 1 - 12 Jahre: M:<40 F:<40
90.25.5	Gammaglutamyltransferase	U/L	0-9999	• Erwachsene: M:<60 F:<40 • 0 - 6 Monate: M:<175 F:<150 • 6 Monate - 1 Jahr: M:<40 F:<60

				• <u>1 - 12 Jahre</u>: M:<25 F:<20
90.28.1	GLYKOHÄMOGLOBIN	%	0,0-99,9	Alle: 4-6
90.24.3	ANORGANISCHE PHOSPHATE	mmol/l	0,00-99,99	• <u>0-1 Monat</u>: 1,4-2,5 • <u>1 Monat-1 Jahr</u>: 1,2-2,3 • <u>1-4 Jahre</u>: 1,1-2,0 • <u>4-12 Jahre</u>: 1,1-1,8 • <u>12-14 Jahre</u>: 0,9-1,7 • <u>14-20 Jahre</u>: 0,85-1,5 • <u>20-25 Jahre</u>: 0,8-1,5 • <u>>25 Jahre</u>: 0,7-1,5
90.14.1 (bis zum 31/12/2022)	HDL-CHOL	mg/dL	0-999	• <u>Frauen</u>: >45 • <u>Männer</u> >40
90.14.0	LDL-CHOL direkte Bestimmung	mg/dL	0-999	Alle 40- 115
90.13.C (nur Jahr 2025)	LDL-CHOL direkte Bestimmung	mg/dL	0-999	• Alle 40- 115

CODE DER LEISTUNG	BESCHREIBUNG DER LEISTUNG	CODE DES BEFUNDDES	BESCHREIBUNG DES BEFUNDDES	EINHEIT	WERTEBEREICH	REFERENZBEREICH (ab 01.01.2023 nicht mehr aktualisiert)
90.44.3	KOMPLETTE HARNUNTERSUCHUNG	01	PROTEINURIE	mg/dl	0-999	<10

b) Hämatologie:

CODE DER LEISTUNG	BESCHREIBUNG DER LEISTUNG	CODE DES BEFUNDDES	BESCHREIBUNG DES BEFUNDDES	EINHEIT	WERTEBEREICH	REFERENZBEREICH (ab 01.01.2023 nicht mehr aktualisiert)
90.62.2	BLUTBILD	01	WBC	10 ³ /uL	0,00-9999,99	• 0- 2 Tage: 9,9-28,2 • 2-3 Tage: 9,0-24,3 • 3-7 Tage: 8,1-21,6 • 7 Tage -2Monate: 7,2-20,4 • 2-6 Monate: 6,6-16,2 • 6 Monate -2Jahre: 6,0-15,6 • 2 – 4 Jahre: 5,4-13,8 • 4 – 6 Jahre: 5,1-12,9 • 6 – 12 Jahre: 4,8-12,0 • 12 – 18 Jahre: 4,2-11,4 • ETA_PRES ≥ 18 Jahre: 3,6-10,5 •
90.62.2	BLUTBILD	02	RBC	10 ³ /uL	0,00-9999,99	• <u>Erwachs.</u>: M:4,50-5,90 F:4,00-5,10 • <u>1 - 14 Tage</u>: 4,00-6,20 • <u>14 Tage - 6 Monate</u>: 3,20-5,50 • <u>6 Monate - 12 Jahre</u>: 4,00-5,20

90.62.2	BLUTBILD	03	HGB	g/dL	0,0-9999,9	• <u>Erwachs.:</u> M:13,0-17,5 F:12, 0-16,0 • <u>1 - 14 Tage:</u> 13,0-24,0 • <u>15 - 30 Tage:</u> 11,5-16,5 • <u>1 - 2 Monate:</u> 9,4-13,0 • <u>3 Monate - 6 Jahre:</u> 11,0-14,0 • <u>6 - 12 Jahre:</u> 11,5-15,5
90.62.2	BLUTBILD	04	HCT	%	0,0-9999,9	• <u>Erwachs.:</u> M: 41,0-54,0 F: 36,0-49,0 • <u>1 - 14 Tage:</u> 31,0-75,0 • <u>15 Tage - 3 Monate:</u> 28,0-42,0 • <u>3 Monate - 1 Jahr:</u> 30,0-40,0 • <u>1 - 6 Jahre:</u> 34,0-40,0 • <u>6 - 12 Jahre:</u> 35,0-45,0
90.62.2	BLUTBILD	05	MCV	fL	0,0-9999,9	• <u>Erwachsene:</u> 80,0-96,0 • <u>0 - 1 Monat:</u> 85,0-120,0 • <u>1 - 2 Monate:</u> 87,0-103,0 • <u>3 - 6 Monate:</u> 68,0-84,0 • <u>6 Monate - 6 Jahre:</u> 75,0-87,0 • <u>6 - 12 Jahre:</u> 77,0-96,0
90.62.2	BLUTBILD	06	PLT	10 ³ /uL	0-9999	• <u>Erwachsene:</u> 150-410 • <u>0-2 Tage:</u> 100 -450 • <u>2 Tage - 1 Jahr:</u> 160-550 • <u>1 - 12 Jahre:</u> 160-490