

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format		
Patient	Anschrift	Postleitzahl					
		Geburtsdatum			Datum		
		Geschlecht	männlich weiblich divers				
	Identifikation	Patienten ID		Klinikinterne Patienten-ID, wird im lokalen dWH per Einweg-Hash pseudonymisiert			
Hauptkostenträger	Kostenträger	Name		Name der Versicherungsgesellschaft			
		Identifikation (Versicherungsnummer)		Identifikation der Versicherungsgesellschaft			
Administrative Aufnahme- informationen	Einrichtung	KV-Fall		Wurde der Fall über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet?	Boolean		
		BSNR		Betriebsstättennummer			
		Institutionskennzeichen Standortnummer					
		Aufnahmezeitpunkt		Datum/Zeit der administrativen Aufnahme im Krankenhaus. Dieser Zeitstempel kann durch den Aufnahmeevent vom KIS automatisch vom geliefert werden	Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss		
		Fall ID		Krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles, vulgo Fallnummer, die zur Zuordnung von Dokumenten zu einem Behandlungsfall innerhalb eines Krankenhauses verwendet wird. Diese Patienten-Identifikation oder Episodennummer wird bei jedem Kontakt eines Patienten mit einer Notaufnahme neu vergeben. Damit können z.B. bei mehreren ambulanten Kontakten eines Patienten mit einer Notaufnahme, die mit einer ambulanten Fallnummer pro Quartal zusammengefasst werden, die einzelnen Episoden in der Notaufnahme identifiziert werden			
		Episodennummer					
		Zuweisung zur Notaufnahme	Zuweisung	ohne Vertragsarzt/ Praxis KV-Notfallpraxis am KH KV-Notdienst außerhalb des KH Rettungsdienst Notarzt Klinik/ Verlegung Andere	Art der Zuweisung des Patienten. Von welchem medizinischen Fachpersonal ist der Patient ins Krankenhaus geschickt worden?	Code	
			Transport	Transportmittel	Bodentransportmittel Lufttransportmittel Ohne	Mit welchem Transportmittel des Gesundheitswesens wird der Patient in die Notaufnahme transportiert	
				Medizinische Begleitung	ärztlich begleitet nicht ärztlich begleitet	Mit welcher medizinischen Begleitung war das Transportmittel des Gesundheitswesens besetzt	
	Ersteinschätzung			Direkter Arztkontakt		Wurde keine Ersteinschätzung durchgeführt, da ein direkter Arztkontakt erfolgt ist?	Boolean
			Parameter der Ersteinschätzung	Ergebnis Ersteinschätzung	rot orange gelb grün blau	Ergebnis der Ersteinschätzung in einem standardisierten 5-stufigen System	Code
		Zeitpunkt Ersteinschätzung			Zeitpunkt der Ersteinschätzung gemäß MTS oder ESI	Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss	
		verwendetes Ersteinschätzungssystem		MTS ESI SmED sonstiges keines	Welches Ersteinschätzungssystem findet Verwendung in der Notaufnahme	Code	
		MTS-Präsentationsdiagramme		Link			
		MTS-Indikator		ROT_ORANGE_GELB_GRÜN	Auswahllisten sind hinter dem Link im Art-Decor hinterlegt	Code	
	ESI-Triage	Auswahlliste					
Notfallanamnese	Beschwerden bei Vorstellung	Beschwerden bei Vorstellung (CEDIS Code)	Auswahlliste	Die Beschwerden, die der Patient bei der Vorstellung in der Notaufnahme nach dem Katalog CEDIS vorbringt. Version CEDIS-PCL Version 5.1	Code		
		Beschwerden bei Vorstellung/Grund des Kommens (FREITEXT)		Beschwerden, die der Patient bei der Vorstellung in der Notaufnahme vorbringt, synonym Grund der Vorstellung.	Zeichenkette - String		
		Ereigniseintritt		Genauer Zeitpunkt des Ereigniseintritts bzw. Symptombeginns bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Unfall, Reanimation, etc. (minimal Angabe des Datums und der Uhrzeit) – oder – auf der Basis der Angabe einer Symptombdauer ausgerechnetes Datum (minimal Angabe des Datums)			
		Zeitpunkt erster Arztkontakt			Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss		
		Unfallursache	Unfallursache	Unfall V.a. Gewaltverbrechen V.a. Suizid andere	Ursache des Unfalls	Code	
			Fahrzeug des Verunfallten	kein Fahrzeug -als Fußgänger angefahren PKW LKW Bus Motorrad Traktor Fahrrad unterstütztes Fahrrad E-Scooter Straßenbahn Zug Flugzeug Schiff Anderes	Welches Fahrzeug hat die verunfallte Person gefahren	Code	
		Unfallkinetik	Unfallkinetik	Sturz mit Fallhöhe >= 3m Sturz mit Fallhöhe < 3m Ebenerdiger Sturz Fahrzeug gegen (fest)stehendes Objekt Fahrzeug gegen sich bewegendes Objekt Schlag Schuss Stich Explosion		Code	

		Verpuffung Verschüttung Lawine Andere			
		Unfallart	Verkehr - PKW-Insasse Verkehr - LKW-Insasse Verkehr - Bus-Insasse Verkehr - Motorradfahrer/-sozius Verkehr - Fahrrad Verkehr - unterstütztes Fahrrad Verkehr - E-Scooter E-Bike/Pedelec Verkehr - Fußgänger angefahren Verkehr - Sonstiger Verkehrsunfall Sturz - Sturz mit Fallhöhe >= 3m Sturz - Sturz mit Fallhöhe < 3m Sturz - ebenerdiger Sturz Sonstige - Schlagverletzung Gegenstand, Ast, ... Sonstige - Schussverletzung Sonstige - Stichverletzung Sonstige - Explosion/Verpuffung Synonym: Thermomechanische Kombinationsverletzung Sonstige - Verschüttung Sonstige - andere Unfallarten	Unfallart kategorisiert wie TraumaRegister. Entweder Dokumentation von Unfallkinetik und Fahrzeug des Verunfallten und automatisches Mapping auf Unfallart TraumaRegister, oder alleinige Dokumentation Unfallart TraumaRegister in der Notaufnahmedokumentation.	Code
	Intoxikation	Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss?	kein Verdacht unbekannte Substanz Alkohol Medikament Drogen (illegal) Mehrere Substanzen Andere Substanz		Code
Vitalparameter		Zeitpunkt		Zeitpunkt des einzelnen Vitalparameters.	dd.mm.yyyy hh:mm:ss
		Atemfrequenz	pro Minute	Atemzüge des Patienten pro Minute	Quantity
		Pulsoximetrische Sauerstoffsättigung	in %	Pulsoximetrisch bestimmte periphere Sauerstoffsättigung des Patienten in Prozent [%]	Quantity
		Blutdruck	Systolischer Blutdruck	Systolischer Blutdruck des Patienten in der Notaufnahme [mmHg]	Quantity
			Diastolischer Blutdruck	Diastolischer Blutdruckwert	Quantity
		Herzfrequenz	[Schläge/min]	Herzfrequenz des Patienten [Schläge/min] per EKG abgeleitet	Quantity
		Pulsfrequenz		Pulsfrequenz des Patienten per manuellem Auszählen, Pulsoximeter oder invasiver Druckmessung gemessen	Quantity
		Körperkerntemperatur		Gemessene Temperatur bei Aufnahme in die Notaufnahme [°C]	Quantity
		Pupillenweite rechts	nicht ausgefüllt	Pupillenweite (rechts) bei Aufnahme in die Notaufnahme	Code
			weit		
	mittel eng				
	Pupillenweite links	nicht ausgefüllt	Pupillenweite (links) bei Aufnahme in die Notaufnahme	Code	
		weit			
		mittel eng			
	Pupillenreaktion rechts	nicht ausgefüllt	Pupillenreaktion (rechts) bei Aufnahme in die Notaufnahme	Code	
		prompt			
		träge keine			
	Pupillenreaktion links	nicht ausgefüllt	Pupillenreaktion (links) bei Aufnahme in die Notaufnahme	Code	
		prompt			
		träge keine			
Scores		Rankin-Skala	Rankin 0	Die Rankin Skala ist eine einfache Ordinalskala, die die funktionelle Einschränkung eines Patienten beschreibt, vor einer Akuterkrankung aber auch als Outcome nach z.B. Rehabilitation. Sie reicht von 0 bis 5 Punkten bei Aufnahme im Krankenhaus. - Keine Symptome, kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten (0 Punkte) - Keine wesentliche Funktionseinschränkung trotz Symptomen, kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten (1 Punkt) - Geringgradige Funktionseinschränkung, nicht alle früheren Aktivitäten möglich, aber unabhängig im täglichen Leben (2 Punkte) - Mäßiggradige Funktionseinschränkung, bedarf einiger Unterstützung, ist aber ohne Hilfe gehfähig (3 Punkte) - Mittelschwere Funktionseinschränkung, Hilfe zum Gehen und für eigene körperliche Bedürfnisse nötig (4 Punkte) - Schwere Funktionseinschränkung, bettlägrig, inkontinent, kontinuierliche Pflege notwendig (5 Punkte)	Code
			Rankin 1		
			Rankin 2		
	Rankin 3				
	Rankin 4				
	Rankin 5 Rankin 6				
	Glasgow coma scale (GCS)	Summe	Niedrigste GCS-Summe	Ordinalzahl	
	Schmerzmessung	NRS/VAS	Schmerzmessung mit der Numerischen Rating Skala oder Visueller Analog Skala	Quantität	
Klinische Basisdaten	Schwangerschaft	Patient ist anamnestisch schwanger		Patientin ist schwanger, bzw. die Möglichkeit einer Schwangerschaft kann nicht ausgeschlossen werden.	Code
		Patient ist anamnestisch nicht schwanger Information nicht erhebbar			
	Tetanusschutz	Patient hat Tetanusschutz		Status des Tetanusschutz	Code
		Patient hat keinen Tetanusschutz Information nicht erhebbar			
	Allergien	Beschreibung	Freitext	Freitext für anamnestisch bestehende Unverträglichkeiten / Allergien	Text
Agens		Freitext	Substanz oder Stoff, für die eine Allergie/Unverträglichkeit vorliegt	Code	
Kontrastmittelallergie		ja/nein	Anamnestischer Verdacht oder bestehende Kontrastmittelallergie		
	Antibiotikaallergie	ja/nein	Anamnestischer Verdacht oder bestehende Antibiotikaallergie	Boolean	
	Bildgebende Diagnostik	Magnetresonanztomografie (MRT)	Abdomen		Code
			Knochen		
			Brust		
			Halswirbelsäule		
			Thorax		
			gesicht		
			Kopf		
			Untere Extremität		
			Lumbale Wirbelsäule		
			Untere Extremität		

Diagnostik		Halswirbelsäule			
		Becken			
		Wirbelsäule			
		Thorakale Wirbelsäule			
		Ganzkörper			
		Sonstige			
		Röntgen			
	Abgeleitete Informationen über Diagnostik	Mikrobiologie angefordert			Boolean
		Blutgasanalyse (BGA) angefordert			Boolean
		Echokardiografie (EKG) angefordert			Boolean
		Sonographie angefordert			Boolean
		Sonographie durchgeführt			
		Röntgenthorax angefordert			Boolean
		Röntgenthorax durchgeführt			Boolean
		Röntgen-Becken durchgeführt			Boolean
		Röntgen-Wirbelsäule durchgeführt			Boolean
		Ganzkörper-CT durchgeführt			Boolean
		CT-Kopf durchgeführt			Boolean
		CT HWS durchgeführt			Boolean
		CT Thorax durchgeführt			Boolean
		CT Abdomen durchgeführt			Boolean
		CT Extremitäten durchgeführt			Boolean
		MRT durchgeführt			Boolean
		CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie	nein		Wurde und wenn wann wurde ein CT-/MR-/DS-Angiographie im Vergleich zur nativen Bildgebung durchgeführt worden?
	vor Aufnahme				
	direkt im Anschluss an native Bildgebung				
	nicht direkt im Anschluss aber ≤ 24 h				
	Wildcard Diagnostik	Klinisch relevante Zeitangaben	Zeitpunkt Zeitraum	Wildcard für Diagnostische Befunde und Beobachtungen. Hintergrund: Während der Corona-Pandemie mussten für eine erweiterte Datenerhebung aus verschiedenen Quellen nicht vorgegebene Informationen erhoben und übermittelt werden. Dies galt auch für den Bereich der Notfalldokumentation. Plötzlich mussten z. B. Leitsymptome systematisch erhoben werden, die zur Erforschung der Pandemie benötigt wurden, die aber zuvor keine außergewöhnliche Rolle gespielt hatten. Auch mussten Maßnahmen dokumentiert werden, die zuvor eher selten durchgeführt bzw. nicht systematisch dokumentiert wurden. Lösung: Aus dem zuvor beschriebenen Gründen und der Erfahrungen im AKTIN-Projekt werden deshalb so genannte Wildcard-Gruppen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen eingeführt. Sie erlauben – ohne spezifische Vorgaben und Änderung bestehender Interoperabilitäts-Spezifikationen Informationen zu außergewöhnlicher Diagnostik und Therapie zu erheben, zu speichern und zu übermitteln.	dd.mm.yyyy hh:mm:ss
Code		Code der Wildcard-Diagnostik / Wildcard-Therapie	Dauer (d,h,min)		
Wert		Ergebnis der diagnostischen Verrichtung / Ergebnis	Code		
Definitiver Link		Link zur Definition im Verzeichnis der Wildcard-Diagnostik	Zeichenkette - String		
Maßnahmen	Isolation		Patient muss aufgrund einer (z.B. möglicherweise übertragbaren Erkrankung) isoliert werden.		
	Isolation Begründung	Keine Isolation multiresistenter Keim Gastroenteritis Tuberkulose Meningitis Influenza COVID-19 Neutropenie Prophylaktische Isolation auf Basis RKI-Empfehlung Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV) Andere	Begründung und Beschreibung der Hintergründe der Patientenisolation	Code	
	Medikation	Medikation status	normal: normal aborted: aborted active: active cancelled: cancelled completed: completed held: held new: new suspended: suspended nullified: nullified obsolete: obsolete		
		Medikation id			
		Medikation Zeitpunkt			dd.mm.yyyy hh:mm:ss
		Medikation mood Code			
		Medikation route Code			
		Medikation Approach Side			
		Medikation Referenz			
		Medikation Klartext			
		Medikation Dosis			
		Medikation Rate			
		Medikation Max Dosis			
	Medikation Administration unit				
	Wildcard Therapie	Klinisch relevante Zeitangaben	Zeitpunkt Zeitraum		dd.mm.yyyy hh:mm:ss
		Code			
		Wert			
		Definitiver Link			
	Abschlussdiagnose	Abschlussdiagnose		Freitext der Abschlussdiagnose	Text
		ICD10		ICD10 Code / Primärdiagnose bei mehrfachkodierten ICD-10-Codes	Code
ICD Sekundärdiagnose			Bei mehrfachkodierten ICD-10-Codes: Sekundärdiagnose zur ICD-10 Primärdiagnose	Code	
Zusatzkennzeichen		Verdachtsdiagnose ausgeschlossene Diagnose Zustand nach der Diagnose gesicherte Diagnose	Ambulante Diagnosen, die den ambulanten Abrechnungskriterien unterliegen, können mit Zusatzkennzeichen erweitert werden	Code	
führende Abschlussdiagnose			Ist diese Abschlussdiagnose die Hauptdiagnose? Eine Abschlussdiagnose muss als führende Diagnose und damit Hauptdiagnose gekennzeichnet werden. Führende Abschlussdiagnose: Sequenznummer = 1 Weitere Abschlussdiagnosen: Sequenznummer > 1	Zähler	
	Typ Verlegung	intern: OP / Intervention intern: Überwachung (ICU,IMC, CPU, SU) intern: Beobachtungsstation der Notaufnahme/INZ	Wohin wird der Patient bei Verlegung aus der Notaufnahme/INZ in das angeschlossene Krankenhaus verlegt? Die Verlegung in externe Häuser wurde vereinfacht, da das Ziel im dortigen Haus unbekannt. Wohin wird der Patient bei Verlegung aus der Notaufnahme/INZ in das angeschlossene	Code	

Administrative Verlegungs-/Entlassungs-Informationen			intern: Normalstation Verlegung in ein anderes Krankenhaus Sonstiges	Krankenhaus verlegt? Die Verlegung in externe Häuser wurde vereinfacht, da das Ziel im dortigen Haus unbekannt	
		Typ Entlassung	Tod Entlassung gegen ärztlichen Rat Behandlung durch Pat. abgebrochen Entlassung nach Hause Entlassung zu weiterbehandelnden Arzt Entlassung in Hospiz Entlassung in Rehabilitationseinrichtung Entlassung in Pflegeeinrichtung kein Arztkontakt Sonstige Entlassung		Code
		Zeitpunkt Entscheidung zur Verlegung / Entlassung		Der Zeitpunkt, zu dem die Entscheidung zur stationären Verlegung oder ambulanten Entlassung festgelegt wurden.	Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss
		Zeitpunkt Patient verlegungs- / entlassungsfähig		Zeitpunkt, zu dem die Behandlung in der Notaufnahme beendet ist und die Befundung/Therapie/deren Dokumentation abgeschlossen wurde. Ab dann wartet der Patient auf ein Bett bzw. auf die Transportmöglichkeit in die ambulante Versorgung, unter Umständen bei weiterer dokumentationswürdigem Monitoring und Therapie.	Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss
	Zeitpunkt Patient verlegt/entlassen nach			Wann wurde der Patient verlegt oder entlassen?	Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss
Weitere Informationen	EDIS	Name EDIS			
		Version EDIS			
	Export	Zeit bis Export			
		Zeitpunkt Export aus EDIS			