

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	
		KV-Fall		Wurde der Fall über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet?	Boolean
Administrative Aufnahmeinformationen	Einrichtung	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.	
		Episodennummer		Diese Aufenthalts-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.	
	Zuweisung zur Notaufnahme	Zuweisung	ohne	Art der Zuweisung des Patienten. Von welchem medizinischen Fachpersonal ist der Patient ins Krankenhaus geschickt worden?	Code
			Vertragsarzt/ Praxis		
			KV-Notfallpraxis am KH		
			KV-Notdienst außerhalb des KH		
			Rettungsdienst		
			Notarzt		
	Transport	Transportmittel	Klinik/ Verlegung	Mit welchem Transportmittel des Gesundheitswesens wird der Patient in die Notaufnahme transportiert	Code
			Andere		
			Ohne		
			KTW		
			RTW		
			NAW/NEF/ITW		
Ersteinschätzung	Parameter der Ersteinschätzung	Ergebnis Ersteinschätzung	RTH/ITH	Mit welcher medizinischen Begleitung war das Transportmittel des Gesundheitswesens besetzt	
			Andere		
			ärztlich begleitet		
			nicht ärztlich begleitet		
		Zeitpunkt Ersteinschätzung		Zeitpunkt der Ersteinschätzung gemäß MTS oder ESI	Datum/ Zeit dd.mm.yyyy hh:mm:ss
		verwendetes Ersteinschätzungssystem	MTS ESI SmED	Welches Ersteinschätzungssystem findet Verwendung in der Notaufnahme	Code

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format
Notfallanamnese			sonstiges		
			keines		
		MTS-Präsentationsdiagramme	Link	Auswahllisten sind hinter dem Link im Art-Decor hinterlegt	Code
		MTS-Indikator	ROT ORANGE GELB GRÜN		
		ESI-Triage	Auswahlliste		
	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
		Notfallanamnese des Patienten			Text
	Unfall-Anamnese	Unfallursache	Unfall	Ursache des Unfalls	Code
			V.a. Gewaltverbrechen		
			V.a. Suizid		
			andere		
		Fahrzeug des Verunfallten	kein Fahrzeug -als Fußgänger angefahren	Welches Fahrzeug hat die verunfallte Person gefahren	Code
			PKW		
			LKW		
			Bus		
			Motorrad		
			Traktor		
			Fahrrad		
			unterstütztes Fahrrad		
			E-Scooter		
			Straßenbahn		
			Zug		
			Flugzeug		
			Schiff		
			Anderes		
		Unfallkinetik	Sturz mit Fallhöhe >= 3m		Code
			Sturz mit Fallhöhe < 3m		
			Ebenerdiger Sturz		
			Fahrzeug gegen (fest)stehendes Objekt		
			Fahrzeug gegen sich bewegendes Objekt		
			Schlag		
			Schuss		
			Stich		
			Explosion		
			Verpuffung		
			Verschüttung		
			Lawine		
			Andere		

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format
	Unfallart	Unfallart	Verkehr - PKW-Insasse	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
			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		
	Intoxikation	Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss?	kein Verdacht		Code
			unbekannte Substanz		
			Alkohol		
			Medikament		
			Drogen (illegal)		
			Mehrere Substanzen		
			Andere Substanz		
Klinische Basisdaten	Kopfumfang		in cm	Kopfumfang des Patienten in cm	Quantity
	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	Boolean
		Antibiotikaallergie	ja/nein	Anamnestischer Verdacht oder bestehende Antibiotikaallergie	Boolean
		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

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format
Vitalparameter		Pulsfrequenz		Pulsfrequenz des Patienten per manuellem Auszählen, Pulsoximeter oder invasiver Druckmessung gemessen	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		
		Körperkerntemperatur		Gemessene Temperatur bei Aufnahme in die Notaufnahme [°C]	Quantity
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)	Augenöffnen	1 - 4		Ordinalzahl
		verbale Antwort	1 - 5		
		motorische Antwort	1 - 6		
		Summe	3 - 15	Summe der GCS bei Aufnahme des Patienten	
		Schmerzmessung	NRS/VAS	Schmerzmessung mit der Numerischen Rating Skala oder Visueller Analog Skala	Quantität
	Bildgebende Diagnostik	Magnetresonanztomografie (MRT)	Abdomen		Code
			Knochen		
			Brust		
			Halswirbelsäule		
			Thorax		
			Gesicht		
			Kopf		
			Untere Extremität		
			Lumbale Wirbelsäule		
			Hals		
			Becken		
			Wirbelsäule		
			Thorakale Wirbelsäule		
			Ganzkörper		
			Sonstige		

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format
Diagnostik		Röntgen	Halswirbelsäule		Code
			Becken		
			Wirbelsäule		
			Thorakale Wirbelsäule		
			Ganzkörper		
			Sonstige		
	Abgeleitete Informationen über Diagnostik	Mikrobiologie angefordert			Boolean
		Blutgasanalyse (BGA) angefordert			
		Echokardiografie (EKG) angefordert			
		Sonographie angefordert			
		Sonographie durchgeführt			
		Röntgenthorax angefordert			
		Röntgenthorax durchgeführt			
		Röntgen-Becken durchgeführt			
		Röntgen-Wirbelsäule durchgeführt			
		Ganzkörper-CT durchgeführt			
		CT-Kopf durchgeführt			
		CT HWS durchgeführt			
		CT Thorax durchgeführt			
		CT Abdomen durchgeführt			
		CT Extremitäten durchgeführt			
		MRT durchgeführt			
		CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie	nein	Wurde und wenn wann wurde ein CT-/MR-/DS-Angiographie im Vergleich zur nativen Bildgebung durchgeführt worden?	Code
			vor Aufnahme		
			direkt im Anschluss an native Bildgebung		
			nicht direkt im Anschluss aber ≤ 24 h		
			nicht direkt im Anschluss aber > 24 h		
	Wildcard Diagnostik	Klinisch relevante Zeitangaben	Zeitpunkt	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
			Zeitraum		Dauer (d,h,min)
		Code			Code
		Wert			Zeichenkette - String
		Definitiver Link			Zeichenkette - String
	Isolation	Isolation		Patient muss aufgrund einer (z.B. möglicherweise übertragbaren Erkrankung) isoliert werden.	
		Isolation Begründung	Keine Isolation	Begründung und Beschreibung der Hintergründe der Patientenisolation	Code
			multiresistenter Keim		
			Gastroenteritis		
			Tuberkulose		
			Meningitis		
			Influenza		
			COVID-19		
			Neutropenie		

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format
Maßnahmen			Prophylaktische Isolation auf Basis RKI-Empfehlung		
			Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV)		
			Andere		
	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		dd.mm.yyyy hh:mm:ss
			Zeitraum		
		Code			
		Wert			
		Definitiver Link			
Abschlussdiagnose	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	Ambulante Diagnosen, die den ambulanten Abrechnungskriterien unterliegen, können mit Zusatzkennzeichen erweitert werden	Code
			ausgeschlossene Diagnose		
			Zustand nach der Diagnose		
			gesicherte Diagnose		
		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
Weiteres Procedere		Procedere		Freitext für weiteres Procedere / Therapieempfehlung an den Weiterbehandler	Text
		Typ Verlegung	intern: OP / Intervention	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.	Code
			intern: Überwachung (ICU,IMC, CPU, SU)		
			intern: Beobachtungsstation der Notaufnahme/INZ		
			intern: Normalstation		
			Verlegung in ein anderes Krankenhaus		
			Sonstiges		
			Tod		
			Entlassung gegen ärztlichen Rat		
			Behandlung durch Pat. abgebrochen		

Kategorie	Subkategorie	Item	Ausprägung	Beschreibung	Format
Administrative Verlegungs-/ Entlassungsinformationen		Typ Entlassung	Entlassung nach Hause		Code
			Entlassung zu weiterbehandelnden Arzt		
			Entlassung in Hospiz		
			Entlassung in Rehabilitationseinrichtung		
			Entlassung in Pflegeeinrichtung		
			kein Arztkontakt		
			Sonstige Entlassung		
		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 Transportgelegenheit 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			