

Feldbezeichnung	Feldnummer	Feldname	DatenTyp C = codiert Z = Zahl N = alphanum U = Uhrzeit D = Datum	Feldlänge	Optionalität P=Pflichtfeld Mx=Mehrfachfeld ennung x-mal	Ausprägung Restriktion (P)	PlausiCheck	Hinweise Plausi	Feld im ReaReg 2.0	Feld im MIND3	Feld im Notaufnahm eprotokoll DIVI 2010	Hilfetext
Stammdaten												
Versionsbezeichnung	1	VERSION	Z	5	P	Version des Notfallteam-Protokolls 03/13						
Einsatzdatum	2	DATUM	D	8	P		≤ aktuelles Datum		2	16		
Standortkennung	3	STOKENN	Z	8	P	wird vergeben durch Register			3			Die Standortkennungen werden für jeden Teilnehmer durch das Organisationskomitee des Deutschen Reanimationsregisters vergeben. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an "info@reanimationsregister.de".
Protokoll-Art	4	PROTAR	C	2	P	Art des Einsatzes 02=innerklinisch		wird nicht in der Oberfläche angezeigt. Automatisch bei Notfallteamprotokoll auf 02 gesetzt	115			
Patientenidentifikation	5	PATID	N	15	P	wird vergeben durch Register			5			Die Patientenidentifikation dient der Zuordnung und Anonymisierung der Patientendaten. Die Vergabe erfolgt nach der ersten Speicherung im Reanimationsregister.
Geburtsdatum	6	GEBDAT	D	8	P	Geburtsdatum 01.01.1000 = keine Angaben 01.01.3000 = nicht bekannt	DATUM - GEBDAT ≤ 120 und ≤ DATUM	Eingabe als Datum und Speicherung als 01.Monat.Jahr	6	29	59	Das Geburtsdatum des Patienten im Format t.mm.jjjj. Wird als 01.mm.jjjj gespeichert.
Alter	7	PATALTER	N	6	P	Alter des Patienten JJJ.MM 000:00=keine Angaben 999:99=nicht bekannt		Berechnung durch das Register. Anzeige auf Online-Oberfläche als Jahr.	7	30		Dieser Wert wird vom System aus der Differenz zwischen Einsatz- und Geburtsdatum berechnet.
Altersgruppen Pädiatrie	8	PAEDALT	C	2	O	Alter des Patienten, wenn <28 Tage 01 = 1-7 Tage 02 = 8-28 Tage		nur erforderlich wenn DATUM - GEBDAT ≤ 1 Monat	8			Zur genaueren Analyse pädiatrischer Reanimationsmaßnahmen werden alle Patienten <28 Tage in Alterskategorien erfasst.
Geschlecht	9	GESCHL	C	2	P	Geschlecht 01=männlich 02=weiblich			9	31	65	Geschlecht des Patienten.
Patientennummer	10	PATNR	Z	12	O							Hier kann die klinikinterne Patientennummer erfasst werden.
Protokollnummer	11	PROTNR	Z	15	O				10			Bezieht sich auf die Protokollnummer der innerklinischen Notfalldokumentation.
1. Einsatzzeiten												
Zeiten geschätzt	12	Z_CA	C	2	O	Erfassung der Einsatzzeiten 01=Geschätzt 02=Gemessen						Wurden die angegebenen Einsatzzeiten geschätzt oder gemessen?
Zeitpunkt Notfallereignis	13	EVENTIM	U	5	O	blank = nicht dokumentiert				17		Der Zeitpunkt des Notfallereignisses des Patienten wird in diesem Feld erfasst.
Zeitpunkt Kreislaufstillstand	14	ZKOLL	U	5	O	blank = nicht dokumentiert			17			Der Zeitpunkt des Kreislaufstillstandes des Patienten, falls vorhanden, ist in diesem Feld zu erfassen.
Notruf	15	ZMELD	U	5	O	blank = nicht dokumentiert			18	18		Zeitpunkt des Absetzens des Notrufes.
Alarm Stationsteam	16	ZALFR	U	5	O	blank = nicht dokumentiert			19			Alarmierungszeit des Stationsteam.
Eintreffen Pat. Stationsteam	17	ZEPFR	U	5	O	blank = nicht dokumentiert		≥ ZALFR	21			Eintreffzeit des Stationsteams am Patienten.
Alarm Notfallteam	18	ZALARM	U	5	O	blank = nicht dokumentiert		≥ ZMELD	27	19	444	Erfassen der Alarmzeit des Notfallteams.
Eintreffen Notfallteam Pat.	19	ZEPN	U	5	O	blank = nicht dokumentiert		≥ ZALARM	29			Erfassen der Eintreffzeit des Notfallteams am Patienten. Bei unterschiedlichen Eintreffzeiten von Pflegepersonal und Arzt des Notfallteams ist die früheste Zeit Erfassen des Patiententransportes zur weiterversorgenden Einheit. Die Angabe von Zeiten ist nicht notwendig, wenn der Patient am Einsatzort des Notfallteams verstirbt.
Transportbeginn Notfallteam	20	ZTRAB	U	5	O	blank = nicht dokumentiert	Pflicht erlischt wenn Patient verstorben	≥ ZEPN	25	23	446	

Zeitpunkt Übergabe Notfallteam	21	ZUEBG	U	5	O	blank = nicht dokumentiert	Pflicht erlischt wenn Patient verstorben			26	25	58	Erfassen des Eintreffens in der weiterversorgenden Einheit. Die Angabe von Zeiten ist nicht notwendig, wenn der Patient am Einsatzort des Notfallteams verstirbt.
Einsatzende Notfallteam	22	ZENDE	U	5	O	blank = nicht dokumentiert		>=ZTRAB				26	Erfassen des Einsatzendes des Notfallteams.
2. Alarmierungsgrund													
Alarmierungsgrund	23	ALAGRUND1	C	2	P M6	Alarmierungsgrund 01=A Atemweg 02=B Atmung 03=C Kreislauf 04=Kreislaufstillstand 05=D Neurologie 06=E äußere Einwirkung 07=Team besorgt							Erfassen des Alarmierungsgrundes des Notfallteams, ggf. Rücksprache mit dem Stationspersonal halten.
Alarmierungsgrund Messwerte	24	ALAGRUND2	C	2	P M6	Alarmierungsgrund 00=nicht dokumentiert 01=HF<40/min oder >140/min, 02=AF<8/min oder >29/min, 03=RR syst <90mmHg 04=SpO2 <90% 05=Temperatur <35°C oder >38,5°C 06=Diurese <0,5 ml/kg KG oder >3ml/kg KG pro Stunde 99=nicht bekannt							Erfassen des Alarmierungsgrundes des Notfallteams, ggf. Rücksprache mit dem Stationspersonal halten.
Alarm Erfassung	25	ALAGRUND3	C	2	P	Situation erfasst durch 01=Beobachtung 02=Monitoralarm		02 nur möglich wenn ALAGRUND2=01 bis 06					Hier ist anzugeben, ob die Alarmkriterien durch das Personal durch manuelles Messen oder Beobachtung des Patienten erfasst wurden, oder ob der Patient mit einem Monitor überwacht wurde.
3. Höchste Qualifikation Personal													
höchste Qualifikation Arzt Notfallteam	26	AUSBILD	C	2	O	Höchste Qualifikation Arzt im Notfallteam 00 = nicht dokumentiert 01 = Arzt in Weiterbildung 02 = Gebietsfacharzt 03 = Facharzt mit Zusatzbezeichnung spez. Intensivmedizin 99 = nicht bekannt				34	11		Die höchste Qualifikation der eingesetzten Ärzte/des eingesetzten Arztes des Notfallteams wird hier erfasst.

weitere Qualifikationen Arzt Notfallteam	27	AUSBILD2			O	weitere Qualifikationen des Arztes im Notfallteam 01 = Zusatzbezeichnung Notfallmedizin						Besitzt der Arzt im Notfallteam die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin?
Fachrichtung Arzt Notfallteam	28	FACH	C	2	O	Fachgebiet des Arztes im Notfallteam 00 = nicht dokumentiert 01 = Innere 02 = Chirurgie 03 = Anästhesie 04 = Pädiatrie 05 = Andere Fachrichtung 99 = nicht bekannt			35	10		Die Fachrichtung des eingesetzten Arztes des Notfallteams wird hier erfasst.
höchste Qualifikation Pflege Notfallteam	29	PFLEGE	C	2	O	Höchste Qualifikation der eingesetzten Pflegekraft 01 = Pflege 02 = Fachpflege 03 = Rettungsassistent						1
4. Einsatzort												
Einsatzort Klinik Ort	30	EOKO	C	2	P	Einsatzort 00 = nicht dokumentiert 01 = Normalstation 02 = IMC 03 = Intensivstation 04 = Notaufnahme 05 = OP 06 = Aufwachraum 07 = Funktionsbereich 08 = Gelände 09 = sonstiges 10 = Schockraum 99 = nicht bekannt			32			Hier kann die Station auf welcher sich der Notfall ereignet hat, erfasst werden.
Einsatzort Klinik Fachgebiet	31	EOKC	C	2	O	Einsatzort Fachgebiet 00 = nicht dokumentiert 01 = Allg. Chirurgie 02 = Anästhesiologie 03 = Angiologie 04 = Augenheilkunde 05 = Dermatologie 06 = Endokrinologie 07 = Gastroenterologie 08 = Gefäßchirurgie 09 = Geriatrie 10 = Gynäkologie 11 = Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 12 = Herzchirurgie 13 = Innere Medizin 14 = Kardiologie 15 = Kinder- und Jugendmedizin 16 = Kinderchirurgie 17 = Mund-Kiefer-Gesichts Chirurgie 18 = Nephrologie 19 = Neurochirurgie 20 = Neurologie 21 = Nuklearmedizin 22 = Onkologie/Hämatologie 23 = Orthopädie 24 = Palliativmedizin 25 = Physikalische Medizin 26 = Plastische Chirurgie 27 = Pneumologie 28 = Psychiatrie 29 = Rheumatologie 30 = Strahlentherapie 31 = Thoraxchirurgie 32 = Unfallchirurgie 33 = Urologie 34 = Zahnmedizin 35 = Krebtsaal 36 = Radiologie 98 = sonstige 99 = nicht bekannt			31		Hier kann das Fachgebiet der Station, auf welcher die Behandlung/Reanimation durchgeführt wurde, erfasst werden.	
5. Patientenstatus												

Pre Emergency Status	32	PES	C	2	O	Zustand vor Eintritt des Notfalls 00 = nicht dokumentiert 01 = ohne Vorerkrankungen (VE) 02 = VE ohne nennenswerte Einschränkung des tgl. Lebens 03 = VE mit nennenswerter Einschränkung des tgl. Lebens 04 = normales tgl. Leben unmöglich 05 = Pat wird in den nächsten 24 Std. sterben, mit und ohne medizinischer Hilfe			13	91		Zustand des Patienten vor Eintritt des Notfalls.
Vorerkrankungen	33	VORERK	C	2	O M3	Vorerkrankungen 00 = keine Angaben, 01 = Herz, 02 = Lunge, 03 = Stoffwechsel, 04 = Tumor / Leukämie / Knochenmarkstransplantation 05 = Nervensystem, 06 = Immundefekt, 99 = nicht bekannt	Eingabe nur möglich, wenn PES ungleich 01		16			Dokumentation der Vorerkrankungen des Patienten.
6. Vermutete Ursache bei Kreislaufstillstand												
Vermutete Ursache	34	URKRSTST	C	2	P	Vermutete Ursache 01 = kardial, 02 = Trauma, 04 = Hypoxie, 05 = Intoxikation, 06 = ICB / SAB, 07 = SIDS, 08 = Verbluten, 09 = Stroke, 10 = metabolisch, 11 = sonstiges 12 =Sepsis 98 = keine Angabe, Pat. nicht reanimiert 99=nicht bekannt	nur bei Reanimationen auszufüllen.		14			Die internationalen Vorgaben des Ulstein-Style Protokolls unterscheiden die Ursachen eines Kreislaufstillstandes in mehreren Sektionen. Gefragt ist die aus Sicht des erstversorgenden Arztes vermutliche Ursache.

Krankenhausdiagnose	35	VORICD1	N	5	O	ICD 10 Diagnose 1 X00.0 = keine Angaben		nur Eingaben im ICD- Format erlauben			44	Krankenhausdiagnose des Patienten.	
Krankenhausnebenendiagnose	36	VORICD2	N	5	O	ICD 10 Diagnose 2 X00.0 = keine Angaben		nur Eingaben im ICD- Format erlauben			45	Krankenhausnebenendiagnose des Patienten.	
Operation	37	VOROPS	N	7	O	OPS Code 1 0-000.0 = keine Angaben		nur Eingaben im OPS- Format erlauben				Eingabe des OPS-Code der 1. Operation	
Krankenhausaufnahme	38	DATKHAUF	D	8	O	TT.MM.JJJJ		<=DATUM			57	Eingabe des Datums der Krankenhausaufnahme	
Datum Erst-OP	39	DATOP	D	8	O	TT.MM.JJJJ		>=DATKHAUF				Eingabe des Datums der 1. Operation	
ITS-Aufenthalt	40	PATSTAT	C	2	O	Vorausgegangener ITS-Aufenthalt 00 = nicht dokumentiert 01 = ja 02 = <24h 03 = nein 99 = nicht bekannt						Eingabe eines vorausgegangenen Intensivstationsaufenthaltes.	
Therapielimitationen	41	REA1	C	2	O	Wurde bewusst auf eine Behandlungsausweitung/Reanimation verzichtet? 01=Reanimation durchgeführt 02=Todesfeststellung, ohne Reanimation 03=Behandlungsausweitung/Reanimation nicht durchgeführt, weil DNR-order vorhanden 04=Behandlungsausweitung/Reanimation nicht durchgeführt, weil aussichtslose Grunderkrankung bekannt 05=Behandlungsausweitung/Reanimation nicht durchgeführt, weil aussichtslose sonstige Faktoren (z.B. Zeit überschritten) vorliegen	Pflicht, wenn PROTAR2=01		12	58		Eingabe, ob für den Patienten Therapielimitationen bestanden.	
Weitere Diagnosen	42	VORDIA	N	150	O						42/43	Eingabemöglichkeit für weitere Diagnosen des Patienten.	
8. Notfallgeschehen/Anamnese/Erstbefund													
Arbeitsdiagnose	43	DIAG1	C	4	O	1899 = Unklare Erkrankung					48	42/43	Eingabemöglichkeit für die Arbeitsdiagnose.
ZNS Erkrankungen						1101 = TIA / Schlaganfall 1102 = ICB (klin.Diagn) 1103 = SAB (klin.Diagn) 1104 = Krampfanfall 1105 = Fieberkrampf 1106 = Status Epilepticus 1199 = sonstige Erkrankung ZNS							
Herz/Kreislauf Erkrankungen						1201 = stabile Angina pectoris 1202 = ACS / NSTEMI 1203 = ACS / STEMI VW 1204 = ACS / STEMI HW 1205 = Kardiogener Schock 1206 = tachykarde Rhythmusstörung 1207 = bradykarde Rhythmusstörung 1208 = PM / ICD Fehlfunktion 1209 = Lungenembolie Grad 3/4 1210 = Lungenödem 1211 = hypertensiver Notfall 1212 = Aortenaneurysma 1213 = Hypotonie 1214 = Synkope 1215 = Thrombose / Embolie 1216 = Herz-Kreislauf-Stillstand 1217 = Schock unklarer Genese 1218 = unklarer Thoraxschmerz 1299 = sonstige Erkrankung Herz-Kreislauf							
Atemwegs Erkrankungen						1301 = Asthma (Anfall) 1302 = Status Asthmaticus 1303 = exacerbierte COPD 1304 = Aspiration 1305 = Pneumonie/Bronchitis 1306 = Hyperventilationssyndrom 1307 =Laryngeotracheobronchitis LTB 1308 = Epiglottitis 1309 = Spontanpneumothorax 1310 = Hämoptysis 1311 = Dyspnoe unklarer Ursache 1399 = sonstige Erkrankung Atmung							

Abdominale Erkrankungen						1401 = akutes Abdomen 1402 = obere GI Blutung 1403 = untere GI Blutung 1404 = Gallenkolik 1405 = Nierenkolik 1499 = sonstige Erkrankung Abdomen							
Psychiatrische Erkrankungen						1501 = psychischer Ausnahmezustand 1502 = Depression 1503 = Manie 1504 = Intoxikation Alkohol 1505 = Intoxikation Drogen 1506 = Intoxikation Medikamente 1507 = Entzugssymptomatik, Delir 1508 = Suizidalität 1599 = sonstige Erkrankung Psychiatrie							
Stoffwechsel Erkrankungen						1601 = Hypoglykämie 1602 = Hyperglykämie 1603 = Exsikkose 1604 = Urämie / ANV 1699 = sonstige Erkrankung Stoffwechsel							
Gyn-/Geburtshilfe Notfälle						1701 = Schwangerschaft >35 SSW (zur Entbindung in die Klinik) 1702 = Präklinische Geburt 1704 = Extraterine Gravidität 1705 = Eklampsie 1706 = vaginale Blutung 1799 = sonstige Erkrankung Gynäkologie							
Sonstige Erkrankungen						1801 = Anaphylaxie Grad 1/2 1802 = Anaphylaxie Grad 3/4 1803 = Septischer Schock 1804 = Hitzeerschöpfung, Hitzschlag 1805 = Unterkühlung / Erfrierung 1806 = Ertrinken 1807 = SIDS 1808 = akzidentelle Intoxikation 1809 = akute Lumbago 1810 = Palliative Situation 1811 = medizinische Behandlungskomplikation 1899 = unklare Erkrankung							
Infektionen						1901 = Unklares Fieber 1902 = Meningitis - Encephalitis 1903 = Tbc (offen) 1904 = Infektiöse Gastroenteritis 1905 = Infektion / Besiedlung mit Multiresistenten Erregern abgedeckt 1906 = Infektion / Besiedlung mit Multiresistenten Erregern offen 1907 = Viren (Hepatitis / HIV) 1908 = Viren (Influenza) 1909 = Hochkontagiose Erreger (SARS, HKLE) 1999 = sonstige Infektionserkrankungen							
8. Erstbefund													
Bewusstsein	44	BEWLAG1	C	2	O	Bewusstseinslage (Erstbefund) 00 = nicht dokumentiert 01 = analgosediert / Narkose 02 = wach 03 = Reaktion auf Ansprache 04 = Reaktion auf Schmerzreiz 05 = keine Reaktion/bewusstlos 99 = nicht beurteilbar					32	236	Erfassen der Bewusstseinslage nach dem AVPU Schema.
Lichtreaktion rechts	45	LICHT_RE1	C	2	O	Lichtreaktion rechts 01 = ja 02 = nein							Erfassen der Lichtreaktion re.
Lichtreaktion links	46	LICHT_LI1	C	2	O	Lichtreaktion links 01 = ja 02 = nein							Erfassen der Lichtreaktion li.

Neurologische Auffälligkeiten	47	NEURO	C	2	O,M8	neurologische Auffälligkeiten 00 = nicht dokumentiert 01 = F Lächeln asymmetrisch 02 = A Seitendifferenz Armhalteversuch 03 = ST Sprachstörung 04 = Sehstörung 05 = Querschnittssymptomatik 06 = Babinski Zeichen 07 = Meningismus 10 = Pupillendifferenz 99 = nicht beurteilbar				34		Erfassung neurologischer Auffälligkeiten.	
Glasgow Coma Scale 1	48	GCS1	C	2	O	Glasgow Coma Scale (Erstbefund) 00 = nicht dokumentiert 03 bis 15 = Wertebereich 99 = nicht beurteilbar				33	17	Erfassen des Glasgow Coma Score: maximal 15 Punkte, minimal 3 Punkte.	
Systolischer Blutdruck 1	49	RRSYS1	Z	3	O	Systolischer Blutdruck (Erstbefund) Messwert in mmHg -01 = nicht dokumentiert 001 bis 300 = Wertebereich 999 = nicht messbar				35	11	Erfassung des systolischen Blutdruckwertes zum Zeitpunkt des Eintreffens des Notfallteams in mmHg.	
Diastolischer Blutdruck 1	50	RRDIA1	Z	3	O	Diastolischer Blutdruck (Erstbefund) Messwert in mmHg -01 = nicht dokumentiert 001 bis 300 = Wertebereich 999 = nicht messbar	<RRSYS1					Erfassung des diastolischen Blutdruckwertes zum Zeitpunkt des Eintreffens des Notfallteams in mmHg.	
Herzfrequenz 1	51	HF1	Z	3	O	Herzfrequenz (Erstbefund) Messwert in /min -01 = nicht dokumentiert 000 bis 300 = Wertebereich 999 = nicht beurteilbar				37	12	Erfassen der Herzfrequenz zum Zeitpunkt des Eintreffens des Notfallteams in HF/min.	
Rhythmus 1	52	HF_RH1	Z	3	O	Herzfrequenz Regelmäßig 00 = nicht dokumentiert 01 = ja 02 = nein 99 = nicht bekannt						Herzfrequenz regelmäßig.	
Blutzucker	53	BLUTZ1	Z	3	O	Blutzucker (Erstbefund) Wertebereich 000 bis 600 -01 = keine Angaben = nicht bestimmt 999 = nicht messbar		Eingabe in mg/dl und mmol/l ermöglichen. Speicherung als mg/dl.	38	42	367	Angabe des im Rahmen der Erstversorgung gemessenen Blutzuckerwertes in der Einheit mg/dl oder mmol/l.	
Atemfrequenz 1	54	AF1	Z	2	O	Atemfrequenz (Erstbefund) -1 = nicht dokumentiert 01 bis 60 = Wert 99 = nicht beurteilbar				38	9	Ausgezählte oder vom Monitor abgelesene Atemfrequenz pro Minute	
Sauerstoffsättigung 1	55	SAOZ1	Z	3	O	Sauerstoffsättigung (Erstbefund) Messwert in % -01 = nicht dokumentiert 000 bis 100 = Wertebereich 999 = nicht messbar				39	10	Der Erstbefund der Sauerstoffsättigung sollte möglichst vor Therapie mit Sauerstoff ermittelt werden.	
Sauerstoffgabe	56	OZ1	Z	2	O	Sauerstoffgabe in l/min -1 = nicht dokumentiert 00 bis 30 = Wertebereich 99 = nicht messbar						Bei Sauerstoffgabe mit Sonde oder Maske in l/min.	
exp CO2 1	57	COZ1	Z	2	O	Expirat. CO2 Konzentration Messwert in mm Hg 00 = nicht dokumentiert 01 bis 90 = Wertebereich 99 = nicht beurteilbar		Eingabe in mmHg und kPa ermöglichen. Speicherung als mmHg.				Erfassen der endexpiratorischer CO2 Konzentration in mmHg oder kPa.	
Temperatur 1	58	TEMP1	Z	2,1	O	Temperatur (Erstbefund) Wertebereich 20,0 bis 42,0 -01,0 = nicht gemessen 99,9 = nicht messbar				39	43	20	In diesem Feld erfolgt die Angabe der im Rahmen der Erstversorgung gemessenen Körperkern-Temperatur in ° C, unabhängig vom Messort.

EKG Befund	59	EKG1	C	2	P	schlechtester EKG-Befund im Verlauf der Versorgung 00 = nicht dokumentiert 01 = Sinusrhythmus 02 = absolute Arrhythmie 03 = AV-Block II 04 = AV-Block III 05 = schmale QRS-Tachykardie 06 = breite QRS-Tachykardie 09 = Kammerflimmern, -flattern 10 = pulslose elektrische Aktivität 11 = Asystolie 12 = Schrittmacherrhythmus 13 = Infarkt EKG / STEMI 99 = nicht beurteilbar														Zu dokumentieren ist der schlechteste EKG-Befund bzw. EKG-Erstbefund bei Kreislaufstillstand durch das Notfallteam. KEINE Mehrfachangaben.		
Atmung	60	ATM1	C	2	O M2	Atmung (Erstbefund bzw. Erstbefund nach Kreislaufstillstand) 00 = kein Befund dokumentiert 01 = unauffällig 02 = Dyspnoe 03 = Zyanose 04 = Spastik 05 = Rasselgeräusche 06 = Stridor 07 = Atemwegsverlegung 08 = Schnappatmung 09 = Apnoe 10 = Beatmung 11 = Hyperventilation 99 = nicht beurteilbar														Der Eintreffende Arzt des Notfallteams beurteilt die Atmungsfunktion des Patienten. Stellt sich der Kreislaufstillstand erst nach Eintreffen des Arztes ein, so ist die erste Atmungsform nach Kreislaufstillstand zu erfassen.		
Beatmung	61	BEATM1	C	2	O	Beatmung 00 = nicht dokumentiert 01 = assistiert 02 = kontrolliert 99 = nicht durchgeführt															In diesem Feld wird die Beatmung des Patienten dokumentiert.	
NIV	62	NIV1	C	2	O	Einsatz einer NIV 00 = nicht dokumentiert 01 = ja 02 = nein 99 = nicht bekannt															Hier wird eine nichtinvasive Beatmung dokumentiert.	
inspiratorische O2-Konzentration 1	63	FIOZ1	Z	1,1	O	Bei Beatmung: Angabe der inspiratorischen O2-Konzentration 0,0 = nicht dokumentiert 0,2 bis 1,0 = Wertebereich 9,9 = nicht messbar															Angabe der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration bei Beatmung.	
psychopathologischer Befund	64	PSYCHE	C	2	O, M5	psychopathologischer Befund 01 = eingeschränkte Orientierung 02 = eingeschränkte Aufmerksamkeit 03 = unorganisiertes Denken 04 = Angst 05 = Halluzination/Wahn															Erfassen des psychischen Zustandes des Patienten .	
Stimmung	65	STIMM	C	2	O	Stimmung 01 = manisch 02 = depressiv																Erfassen der Stimmung des Patienten .
Antrieb	66	ANTRIEB	C	2	O	Antrieb 01 = gesteigert 02 = gehemmt																Erfassen des Antriebes des Patienten .
Gefährdung	67	GEFAEHR	C	2	O	Gefährdung 01 = Eigengefährdung 02 = Fremdgefährdung 03 = Eigen- und Fremdgefährdung																Erfassen der Gefährdung des Patienten .
Schmerzepfinden 1	68	SCHMERZ1	Z	2	O	Schmerzepfinden nach Visueller Analog Scala (VAS) (Erstbefund) -1 = nicht dokumentiert 00 bis 10 = Wertebereich 99 = nicht beurteilbar																Erfassen des Schmerzepfinden nach der visuellen oder verbalen Analogskala: 0= kein Schmerz; 10= maximal vorstellbarer Schmerz
9. Verlauf																						

Medikament 1	69	MED1	Z	4	O	Medikamentencode 1001 bis 2710 Wertebereich 9999 kein Medikament				67	683-710	
Medikament 2	70	MED2	Z	4	O	Medikamentencode 1001 bis 2710 Wertebereich				68	683-711	
Medikament 3	71	MED3	Z	4	O	Medikamentencode 1001 bis 2710 Wertebereich				69	683-712	
Medikament 4	72	MED4	Z	4	O	Medikamentencode 1001 bis 2710 Wertebereich				70	683-713	
Medikament 5	73	MED5	Z	4	O	Medikamentencode 1001 bis 2710 Wertebereich				71	683-714	
Medikament 6	74	MED6	Z	4	O	Medikamentencode 1001 bis 2710 Wertebereich				72	683-715	
Infusion 1	75	INFUS1	Z	4	O	Medikamentencode 3001 bis 3210 Wertebereich 9999 keine Infusion				73	683-716	
Infusion 2	76	INFUS2	Z	4	O	Medikamentencode 3001 bis 3210 Wertebereich				74	683-717	
Infusion 3	77	INFUS3	Z	4	O	Medikamentencode 3001 bis 3210 Wertebereich				75	683-718	
Analgetika 10						Analgetika 1001 = Fentanyl 1002 = Morphin 1003 = Pirtramid 1004 = Sufentanil 1005 = anderes Opiat 1006 = Metamizol 1007 = Butylscopolamin 1008 = Paracetamol 1099 = sonstiges Analgetikum						
Antiarrhythmika 11						Antiarrhythmika 1101 = Betablocker 1102 = Amiodaron 1103 = Adenosin 1104 = Atropin 1105 = Verapamil 1106 = Ajmalin 1107 = Digitalisglykosid 1199 = sonstiges Antiarrhythmikum						
Antidota 12						Antidota 1201 = Flumazenil 1202 = Carbo medicinalis 1203 = Naloxon 1204 = Physostigmin 1205 = Cyanokit 1206 = Atropin 100mg 1299 = sonstiges Antidot						
Antiemetika 13						Antiemetika 1301 = Dimenhydrinat 1302 = Metoclopramid 1303 = 5 HT3 Antagonist 1399 = sonstiges Antiemetikum						
Antiepileptika 14						Antiepileptika 1401 = Barbiturate 1402 = Clonazepam 1403 = Diazepam 1404 = Phenytoin 1405 = Lorazepam 1499 = sonstiges Antiepileptikum						
Antihypertensiva 15						Antihypertensiva 1501 = Urapidil 1502 = Nitroglycerin 1503 = Clonidin 1599 = sonstiges Antihypertensivum						
Bronchodilantien 16						Bronchodilantien 1601 = Beta-Mimetika (inhalativ) 1602 = Beta-Mimetika (iv) 1603 = Theophyllin 1699 = sonstiges Bronchodilatans						
Diuretika 17						Diuretika 1701 = Furosemid 1799 = sonstiges Diuretikum						
Katecholamine 18						Katecholamine 1801 = Epinephrin 1802 = Norepinephrin 1803 = Akrinor 1804 = Dobutamin 1805 = Vasopressin 1899 = sonstige Katecholamine						

Kortikosteroide 19						Kortikosteroide 1901 = Dexametason 1902 = Methyl- / Prednisolon 1903 = Inhalative Corticoide 1904 = Cortison als supp 1999 = sonstiges Corticoid							
Muskelrelaxantien 20						Muskelrelaxantien 2001 = Suxamethonium 2002 = nicht depolarisierende M.							
Narkotika 21						Narkotika 2101 = Etomidat 2102 = Propofol 2103 = Ketamin / S-Ketamin 2104 = Thiopental 2199 = sonstiges Narkotikum							
Sedativa 22						Sedativa / Psychopharmaka 2201 = Midazolam 2202 = Lorazepam 2203 = Diazepam 2204 = Haloperidol 2205 = Prometazin 2299 = sonstige Sedativa / Psychopharmaka							
Vasodilantien 23						Vasodilantien 2301 = Nitrate (Spray) 2302 = Nitrate (iv) 2399 = sonstiges Vasodilatans							
Antikoagulantien 24						TZ-Aggregationshemmer und Antikoagulantien 2401 = ASS 2402 = Clopidogrel o.a. 2403 = UF Heparin 2404 = NM Heparin 2410 = Vorbehandelt mit AK 2499 = sonstige TZ Aggregationshemmer							
Sonstige Medikamente 25						Sonstige Medikamente 2501 = Glukose 2502 = H1 Blocker 2503 = H2 Blocker 2504 = Kalium 2505 = Calcium 2506 = Magnesium 2507 = Insulin 2599 = sonstige Medikamente							
Thrombolytika 26						Thrombolytika 2601 = Tenecteplase 2602 = Alteplase 2603 = Reteplase 2699 = sonstiges Thrombolytikum							
Zeitpunkt Lyse	78	ZEITLYS	Z	5	O	Zeitpunkt der Lyse (hh:mm) BLANK = nicht dokumentiert		Wenn Lyse durchgeführt wurde, dann Pflichtfeld MED1 bis MED6 = 2601 oder 2602 oder 2603	77	76	683-710		Angabe der Uhrzeit des Beginns der Lysetherapie.
Kristalloide 30						Kristalloide Infusionen 3001 = Isotone Kochsalzlg. 3002 = Vollelektrolytsg. VEL 3099 = sonstiges Kristalloid							
Menge Kristalloide	79	KRIST2	Z	4	O	Menge kristalloider Infusion Angabe in ml -1 = nicht dokumentiert 0000 bis 9998 = Wertebereich 9999 = nicht bekannt		Wenn Infusion, dann wünschenswert	84	77	683-710		Menge der gegebenen kristalloiden Infusionsflüssigkeit.
Kolloide 31						Kolloidale Infusionen 3101 = HÄS 3102 = SVR / HyperHÄS 3103 = Gelatine 3199 = sonstiges Kolloid							
Menge Kolloide	80	KOLL2	Z	4	O	Menge kolloidaler Infusion Angabe in ml -1 = nicht dokumentiert 0000 bis 9998 = Wertebereich 9999 = nicht bekannt		Wenn Infusion, dann wünschenswert	83	78	683-710		Menge der gegebenen kolloidalen Infusionsflüssigkeit.

Hypertone Infusion	81	SVR	Z	4	O	Hypertone hyperonkotsche Infusion -1 = keine Angaben 0=keine Medikamentengabe 1-9998 Menge in ml 9999 = nicht bekannt			85	78, 73-75	Erfassen der Menge von hypertonen hyperonkotschen Infusionen (Hypertones NaCl, HyperHAS)
Sonstige Infusionslösungen 32						Sonstige Infusionslösungen 3201 = Natriumbicarbonat 3202 = Erythrozytenkonzentrat 3203 = FFP 3299 = sonstige spezielle Infusionslsg					
Suprarenin	82	ADRENA	Z	2,1	O	-1 = keine Angaben 00,0=keine Medikamentengabe 00,1-99,8 Menge in mg 99,9 = nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen, wenn MED1 bis MED6=1801.	74	66-72	Erfassen der Gabe von Adrenalin.
Vasopressin	83	VASOPRE	Z	3	O	-1 = keine Angaben 0=keine Medikamentengabe 0-998 Menge in i.E. 999 = nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen, wenn MED1 bis MED6=1805.	75	67-72	Erfassen der Gabe von Vasopressin.
Atropin	84	ATROP	Z	2,1	O	-1 = keine Angaben 0,0=keine Medikamentengabe 0,1-99,8 Menge in mg 99,9 = nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen und wenn MED1 bis MED6=1104.	76	66-72	Erfassen der Gabe von Atropin.
Lysezeitpunkt	85	ZMMLYSE	Z	2	O	00 = keine Angaben 01 = vor Kreislaufstillstand 02 = während Kreislaufstillstand 03 = nach ROSC 99 = nicht beurteilbar		nicht auf der Oberfläche anzeigen, Berechnung durch die Datenbank.	77		Erfassen des Zeitpunkt, zu dem ein Thrombolytikum verabreicht wurde. Bei Mehrfachgabe oder kontinuierlicher Gabe ist der Beginn der Thrombolyse zu erfassen. ROSC=return of spontaneous circulation (Spontankreislauf)
NaBi	86	NABIC	Z	3	O	-1 = keine Angaben 0=keine Medikamentengabe 1-998 Menge in ml 999 = nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen, wenn INFUS1 bis INFUS3=3201.	78	73-75	Erfassen der Menge von Pufferlösung.
Lipid-Reanimation	87	LIPID	Z	3	O	-1 = keine Angaben 0=keine Medikamentengabe 1-998 Menge in ml 999 = nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen.	79		Erfassen der Durchführung einer Lipid-Therapie. Mengenangabe in ml für 20%-Lösung bzw. Äquivalenzdosis.
Amiodaron	88	AMIODA	Z	3	O	-1 = keine Angaben 0=keine Medikamentengabe 1-998 Menge in mg 999 = nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen, wenn MED1 bis MED6=1102.	80	66-72	Erfassen der Menge von Amiodaron.
Analgetikum	89	MANALG1	C	2	O	Analgetika 05=ja 06=nein		Nicht auf der Oberfläche anzeigen. Automatisch mit 05 befüllen, wenn MED1 bis MED6=10xx.	81	66-72	Erfassung ob Analgetika gegeben wurden.
Hypnotikum / Sedativum	90	HYPSED	C	2	O	Hypnotikum / Sedativum 05=ja 06=nein		Nicht auf der Oberfläche anzeigen. Automatisch mit 05 befüllen, wenn MED1 bis MED6=21xx oder 22xx.	82	67-72	Erfassung ob Hypnotika / Sedativa gegeben wurden.
10. Kernmaßnahmen und Ablauf											
Kollaps beobachtet	91	ZCKB	C	2	P	01=Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt 99 = keine Angabe, Pat. nicht reanimiert		nur bei Reanimationen auszufüllen.	40		Wer hat den Kollaps beobachtet? Ersthelfer entspricht dem nichtmedizinischem Personal bzw. Laien.
Herzdruckmassage	92	ZCHDM	C	2	P	01 = Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05 = nicht beobachtet/durchgeführt 98 = keine Angabe, Pat. nicht reanimiert		nur bei Reanimationen auszufüllen.	41		Wer hat mit der Herzdruckmassage begonnen bzw. den Beginn angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)

Beatmung	93	ZCATM	C	2	O	Beginn der Beatmung durch 01 = Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt 06=Vorbehandelnden		nur bei Reanimationen auszufüllen.	42		Wer hat mit der Beatmung begonnen bzw. den Beginn angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
Defibrillator angeschlossen	94	ZCDEFIAN	C	2	O	Defibrillator angeschlossen durch 01 = Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt 06=Vorbehandelnden		nur bei Reanimationen auszufüllen.	43		Wer hat den Defibrillator angeschlossen bzw. den Anschluss angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
Defibrillation durchgeführt	95	ZCDEFI	C	2	O	1. Defibrillation durchgeführt durch 01 = Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt		nur bei Reanimationen auszufüllen.	44		Wer hat die erste Defibrillation durchgeführt bzw. angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
Einsatz AED	96	MTAED	C	2	O	Kam ein AED zum Einsatz? 01 = Ja 02 = Nein		nur bei Reanimationen auszufüllen.			Ist ein Defibrillator im halbautomatischen Modus zum Einsatz gelangt?
Supraglottische Atemwegshilfe	97	ZCSGA	C	2	O	Erste Supraglottische Atemwegshilfe durch 01 = Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt 06=Vorbehandelnden		nur bei Reanimationen auszufüllen.	45		Wer hat eine supraglottische Atemwegshilfe eingeführt bzw. die Einlage angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
endotracheale Intubation	98	ZCITN	C	2	O	Endotracheale Intubation durch 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt 06=Vorbehandelnden		nur bei Reanimationen auszufüllen.	46		Wer hat intubiert bzw. die Intubation angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
i.v. Zugang	99	ZCIV	C	2	O	Erster i.v. Zugang durch 02=Stationsteam, 04= Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt 06=Vorbehandelnden		nur bei Reanimationen auszufüllen.	47		Wer hat den iv Zugang gelegt bzw. die Anlage angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
Erster Vasopressor	100	ZCVP	C	2	O	Erster Vasopressor durch 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt		nur bei Reanimationen auszufüllen.	48		Von wem wurde der erste Vasopressor gegeben bzw. die Gabe angeordnet? (Es ist die jeweils am höchsten qualifizierte anwesende Person zu kodieren.)
1. ROSC durch	101	ZCROSC1	C	2	O	Erster ROSC erreicht durch 01 = Ersthelfer, 02=Stationsteam, 04=Notfallteam, 05=nicht beobachtet/durchgeführt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Nur wenn ROSC=02 ausfüllbar	49		(ROSC: Return of spontaneous circulation): Zuordnung, bei wessen Anwesenheit der Patient erstmalig wieder einen Eigenkreislauf erreicht hat.
Therapiefreies Intervall	102	ZKOLLAPS	C	2	O	Zeitraum Kollaps bis Beginn Wiederbelebensmaßnahmen 00 = keine Angaben 01 = < 5 min 02 = 6-10 min 03 = 11-15 min 04 = > 15 min 99 = Kollaps nicht beobachtet; Zeit nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Berechnung durch das Register.	50		Das therapiefreie Intervall kennzeichnet den Zeitraum zwischen Eintritt des Ereignisses/Kreislaufstillstandes und Beginn von Maßnahmen (z.B. Herzdruckmassage, Beatmung oder Defibrillation).
Zeitpunkt Herzdruckmassage Start	103	ZHDM	U	5	O	99:99= nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen.	51	576	Erster Zeitpunkt, an dem mit der Herzdruckmassage begonnen wurde.
Zeitpunkt Beatmung Start	104	ZATM	U	5	O	99:99= nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Wenn ZCATM1=06 keine Angabe möglich.	52		Erster Zeitpunkt, an dem mit der Beatmung begonnen wurde.
Zeitpunkt Anschluss Defibrillator	105	ZDEFIAN	U	5	O	99:99=nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Wenn ZCDEFIAN1=06 keine Angabe möglich.	53		Zeitpunkt des Anschlusses eines Defibrillators.
Zeitpunkt 1. Defibrillation	106	ZDEFI1	U	5	O	99:99= nicht bekannt	>= ZDEFIAN	nur bei Reanimationen auszufüllen.	54	577	Zeitpunkt der ersten Defibrillation.
Zeitpunkt Supraglottische Atemwegshilfe	107	ZSGA	U	5	O	99:99= nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Wenn ZCSGA1=06 keine Angabe möglich.	55	563	Zeitpunkt der Einführung einer Supraglottischen Atemwegshilfe.

Zeitpunkt Intubation	108	ZINTUB	U	5	O	99:99= nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Wenn ZCITN1=06 keine Angabe möglich.	56		575	Zeitpunkt der Intubation.
Zeitpunkt iv Zugang	109	ZIV	U	5	O	99:99= nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen. Wenn ZCIV1=06 keine Angabe möglich.	57			Zeitpunkt, an dem ein venöser Zugang etabliert wurde.
Zeitpunkt Erster Vasopressor	110	ZEVP	U	5	O	99:99= nicht bekannt		nur bei Reanimationen auszufüllen.	58			Zeitpunkt der ersten Vasopressorgabe.
ROSC Zeitpunkt	111	ZROSC1	U	5	O	Zeitpunkt 1. ROSC (hh:mm) BLANK = keine Angaben	>= ZIV	nur bei Reanimationen auszufüllen.	59			Bei Wiedereintritt eines Eigenkreislaufs (ROSC) ist die Zeit zu notieren. Ab diesem Zeitpunkt hat der Patient einen, wie auch immer gearteten, eigenen Kreislauf mit einem messbaren Puls. ROSC=return of spontaneous circulation (Spontankreislauf)
Primäres Reanimationsergebnis												
jemals ROSC	112	ROSC	C	2	P	primäres Reanimationsergebnis 01 = niemals ROSC 02 = jemals ROSC 98 = keine Angabe, Pat. nicht reanimiert		nur bei Reanimationen auszufüllen.	105			Konnte durch die Reanimationsmaßnahmen jemals ein spontaner Kreislauf >20 Sekunden etabliert werden?
Krankenhausaufnahme	113	KHAUF	C	2	P	Zustand bei Übergabe 01 = Tod am Einsatzort 02 = Übergabe mit ROSC 03 = Übergabe unter lfd. Reanimation 98 = keine Angabe, Pat. nicht reanimiert		nur bei Reanimationen auszufüllen. Nur bei 02 und 03 WV möglich	106			Hier ist der Zustand bei Übergabe auf der ITS bzw. bei Weiterverlegung auf eine andere Station zu dokumentieren.
Beendigungszeitpunkt der Reanimation	114	ZTOD	U	5	O	Zeitpunkt TOD (hh:mm) BLANK = kein Tod		nur bei Reanimationen auszufüllen. Feld wird mit dem Feld DTOD im WV-Datensatz korrespondiert	107			Hier ist der Beendigungszeitpunkt der Reanimationsmaßnahmen zu dokumentieren.
Maßnahmen Reanimation							nur möglich, wenn KHAUF=01					
offene CPR	115	MTOCPR	C	2	O	offene CPR 01=Ja 02=Nein		nur bei Reanimationen auszufüllen.	61			Maßnahmen der direkten Kardiokompression nach Thorakotomie werden als offene CPR beschrieben. Fand sie statt?
aktive Kühlung	116	MTAK	C	2	O	aktive Kühlung durch das Notfallteam 01 = Ja 02 = Nein		nur bei Reanimationen auszufüllen.	66	63 (01)		Erfolgt eine aktive Kühlung eines Patienten ist diese in diesem Feld zu erfassen. Hiermit sind bewußte Maßnahmen zur Absenkung der Körperkerntemperatur auf Bereiche zwischen 32° C und 34 °C. It. aktueller ILCOR-Empfehlung gemeint.
Typ Kühlung	117	TYPK	C	2	O M2	Typ der Kühlung 00 = keine Angaben 03=extern 04=Infusion 05=Coolpacks 06=EM-COOLS 07=RhinoChill 08=Thermogard XP 09=InnerCool RTx 10=ArticSun 98=sonstige 99 = nicht bekannt/andere	nur möglich wenn MTAK=01	nur bei Reanimationen auszufüllen. Pflege durch Administrator ermöglichen.	67			Mit Hilfe welchem Verfahren wurde die milde therapeutische Hypothermie eingeleitet. Sollte das von Ihnen genutzte Verfahren fehlen, wenden Sie sich bitte an info@reanimationsregister.de.
Feedback Systeme	118	FBSYSTEM	C	2	O	Feedbacksystem eingesetzt 05=Ja 06=Nein		nur bei Reanimationen auszufüllen.	68			Feedbacksysteme ergänzen das Monitoring während der CPR durch direkte Bewertung der Maßnahmen. Hier wird der Einsatz eines derartigen Gerätes angegeben.
Typ Feedbacksystem	119	TYPFBSYS	C	2	O	Typ Feedbacksystem 00=keine Angabe 01=O-CPR (Philips) 02=CPR-D (Zoll Real-CPR-Help) 03=EZZY-CPR (Health Affairs) 04= PocketCPR (Zoll) 05=CPRmeter (Laerdal) 98=sonstige 99=nicht bekannt	nur wenn FBSYSTEM=05	nur bei Reanimationen auszufüllen. Pflege durch Administratoren.	69			Es gibt verschiedene Typen von Feedbacksystemen. Falls das von Ihnen eingesetzte hier nicht vermerkt ist, wenden Sie sich bitte an info@reanimationsregister.de
Mechanische Thoraxkompressionsgeräte	120	AUTOCPR	C	2	O	Mechanisches Thoraxkompressionsgerät eingesetzt 05=Ja 06=Nein		nur bei Reanimationen auszufüllen.	70			Wenn Geräte, die eine mechanische Kompression des Brustkorbes vornehmen, im Rahmen der Reanimation zum Einsatz kommen, soll es hier vermerkt werden.

Typ AutoCPR	121	TYPAUCPR	C	2	O	Typ AutoCPR Tool 00=keine Angabe 01=AutoPulse 02=Lucas (1 und 2) 03=ACD-CPR 04=Animax 05=Corpuls CPR 98=sonstige 99=nicht bekannt	nur möglich wenn AUTOCPR=05	nur bei Reanimationen auszufüllen. Pflege durch Administratoren.	71		Es gibt verschiedene Typen von Thoraxkompressionstools. Falls das von Ihnen eingesetzte hier nicht vermerkt ist, wenden Sie sich bitte an info@reanimationsregister.de
Weitere technische Hilfsmittel	122	NTECH	C	2	O	Weitere Maßnahmen Technik 01 = ja 02 = nein			72		Technische Hilfsmittel spielen im Rahmen von Reanimationsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Bevor neue Hilfsmittel aber Eingang in Leitlinien finden, müssen ihre Auswirkungen (+/-) analysiert werden können.
Typ technisches Hilfsmittel	123	TYPNTECH	C	2	O M2	Typ Weitere Technik 00=keine Angabe 01=Res-Q-Pod-Ventil 02=Sonographie 11=C-MAC (Storz) 12=DCI-Videolaryngoskop (Storz) 13=Glidescope (Verathon) 14=McGRATH (LMA) 15=PENTAX-AWS (Ambu) 16=Airtraq Videolaryngoskop 17=Trueview PCD (Truphatek) 18=flexibles Bronchoskop 19=Bonfils (Storz) 28=sonstiges Videolaryngoskop 98=sonstige 99=nicht bekannt	nur möglich wenn WETECH1=01	Pflege durch Administrator ermöglichen.	73		In diesem Feld werden neue technische Hilfsmittel aufgelistet. Falls das bei Ihnen verwendete Verfahren hier nicht aufgelistet ist, schreiben Sie bitte eine e-Mail an info@reanimationsregister.de . Vielen Dank.
Defi Auswertung											
Energie des ersten erfolgreichen Schocks	124	ENERGIESCHO	Z	3	O	Energie erfolgreicher Schock in Joule 000 = Keine Angabe 001-500 = Wertebereich 999 = Nicht klassifiziert	nur möglich, wenn ZCDEFI=01,02,04	nur bei Reanimationen auszufüllen.	88		Zur weiteren Differenzierung einer erfolgreichen Defibrillation ist die Angabe der Energiestufe Bestandteil des Reanimationsregisters. Das hier vorliegende Feld fragt speziell nach dem ersten erfolgreichen Schock und ist ergebnisunabhängig.
Anzahl Defischocks	125	ANZDEFI	C	2	O	Anzahl Defibrillationen 00 = keine Angaben 01 = 1 Schock, 02 = bis 3, 03 = 4-6, 04 = 7-9, 05 = mehr als 9, 99 = nicht klassifiziert		nur bei Reanimationen auszufüllen.	89		Hier ist die Gesamtanzahl aller im Rahmen der Erstversorgung abgegebenen Defibrillationsschocks gefragt. Diese Angabe ist ergebnisunabhängig.
Art des ersten erfolgreichen Schocks	126	TECHSCHO	C	2	O	Art erfolgreicher Schock 00 = keine Angabe 05 = monophasisch, 06 = biphasisch,	nur möglich, wenn ZCDEFI=01,02,04	nur bei Reanimationen auszufüllen.	87		Zur weiteren Differenzierung der erfolgreichen Defibrillation ist die Unterscheidung in monophasische und biphasische Energieformen Bestandteil des Deutschen Reanimationsregisters. Das hier vorliegende Feld fragt speziell nach dem ersten erfolgreichen Schock und ist outcomeunabhängig.
Code Defibrillator Hersteller	127	DACTYP	C	2	O	Defibrillator-Hersteller 00 = keine Angaben 01 = Laerdal/Phillips/HP 03 = Schiller/Bruker 03 = GS Elektromedizinische Geräte 04 = Medtronic/Physio-Control 05 = Marquette 06 = Zoll 07 = Primedic 08 = Dräger 09 = Weinmann 10 = Welch Allyn 11 = GE 12 = Defibtech 99 = nicht klassifiziert	nur möglich, wenn ZCDEFI=01,02,04	nur bei Reanimation auszufüllen. Pflege durch Administratoren	90		Die gängigen Defibrillatortypen, die in Deutschland zum Einsatz kommen, wurden in Hersteller und Gerätegruppen eingeteilt und codiert. Fehlt die Angabe für ein Gerät, welches in Ihrem Bereich zum Einsatz kommt, senden Sie bitte eine eMail an info@reanimationsregister.de . Der Datensatz wird danach entsprechend erweitert. Bitte vergeben Sie keine eigenen Codierungen, da eine Zuordnung im bundesweiten Register sonst nicht mehr möglich ist.
Code Defibrillator	128	DACTYP2	C	2	O	siehe ständig aktualisierter Defi-Katalog	nur möglich, wenn ZCDEFI=01,02,04	nur bei Reanimation auszufüllen. Pflege durch Administratoren	91		Die gängigen Defibrillatortypen, die in Deutschland zum Einsatz kommen, wurden in Hersteller und Gerätegruppen eingeteilt und codiert. Fehlt die Angabe für ein Gerät, welches in Ihrem Bereich zum Einsatz kommt, senden Sie bitte eine eMail an info@reanimationsregister.de . Der Datensatz wird danach entsprechend erweitert. Bitte vergeben Sie keine eigenen Codierungen, da eine Zuordnung im bundesweiten Register sonst nicht mehr möglich ist.
Monitoring											Sind bestimmte Maßnahmen oder Geräte zur Überwachung des Patienten schon vorhanden gewesen oder durch das Team neu durchgeführt worden? Bitte im Einzelnen dokumentieren.

Monitoring EKG	129	MON_EKG	C	2	O	Monitoring EKG 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring 12-Kanal-EKG	130	MON_12EKG	C	2	O	Monitoring 12-Kanal-EKG 01 = vorhanden 02 = neu				64 (01)				
Monitoring RR manuell	131	MON_RRMAN	C	2	O	Monitoring RR manuell 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring RR oszillatorisch	132	MON_RROSZ	C	2	O	Monitoring RR oszillatorisch 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring RR invasiv	133	MON_RRINV	C	2	O	Monitoring RR invasiv 01 = vorhanden 02 = neu				64 (07)				
Monitoring Pulsoximetrie	134	MON_PULSOXY	C	2	O	Monitoring Pulsoximeter 01 = vorhanden 02 = neu		wenn SAO21>0 dann hier Wert nötig						
Monitoring Kapnometrie	135	MON_KAPNO	C	2	O	Monitoring Kapnometrie 01 = vorhanden 02 = neu		wenn COZ1>0 dann hier Wert nötig		64 (08)				
Monitoring Temperatur	136	MON_TEMP	C	2	O	Monitoring Temperatur 01 = vorhanden 02 = neu		wenn TEMP1>0 dann hier Wert nötig						
Monitoring ICP	137	MON_ICP	C	2	O	Monitoring ICP 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring ZVD	138	MON_ZVD	C	2	O	Monitoring ZVD 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring PICCO	139	MON_PIC	C	2	O	Monitoring PICCO 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring BGA	140	MON_BGA	C	2	O	Monitoring Blutgasanalyse 02 = neu								
Monitoring Labor	141	MON_LAB	C	2	O	Monitoring Labor 02 = neu					351			
Monitoring 1 Freitext	142	MON_1_TEXT	N	30	O									In diesem Feld können weitere Verfahren zum Monitoring im Freitext erfasst werden.
Monitoring 1	143	MON_1	C	2	O	Monitoring 1 01 = vorhanden 02 = neu								
Monitoring 2 Freitext	144	MON_2_TEXT	N	30	O									In diesem Feld können weitere Verfahren zum Monitoring im Freitext erfasst werden.
Monitoring 2	145	MON_2	C	2	O	Monitoring 2 01 = vorhanden 02 = neu								
Weitere Maßnahmen Kreislauf														
Schrittmacher	146	PACER	C	2	O	Schrittmacher 01 = vorhanden 05 = neu 06 = nein				60	64 (03)			Der Einsatz eines Schrittmachers, unabhängig von der Anwendung (intern, transcutan) wird hier erfasst.
Schrittmacher Lage	147	PACER_LAGE	C	2	O	Lage des Schrittmachers 01 = transkutan 02 = transvenös	nur möglich, wenn PACER1=01 oder 02							Die Lage des Schrittmachers wird hier erfasst.
i.v. Zugang	148	IV	C	2	O	i.v. Zugang 01 = vorhanden 02 = neu					62 (01 + 02)	653		
intraossärer Zugang	149	IOKAN	C	2	O	i.o. Zugang 01 = vorhanden 05 = neu 06 = Nein				63	62 (03)	659		Die Anlage eines intraossären Zuganges, unabhängig von weiteren Gefäßzugängen, wird hier erfasst. Im Feld "Komplikationen iv Zugänge" ist ggf. ein Eintrag notwendig und erforderlich !
endobronchiale Medikation	150	MTEB	C	2	O	endobronchiale Medikamentenapplikation 01 = neu 02 = nein 03 = vorhanden				64				Wurde dem Patienten endobronchial Medikamente verabreicht? Wenn ja, erfolgte diese Gabe bereits vor dem Einsatz des Notfallteams (vorhanden) oder erst nach dem Notfallereignis/Reanimation (neu)?
ZVK	151	ZVK	C	2	O	ZVK 01 = vorhanden 05 = neu 06 = nein				62		657		Hat der Patient vor der Reanimation/Einsatz des Notfallteams schon eine ZVK gehabt (vorhanden) oder wurde dieser neu durch das Notfallteam gelegt? Jede Anlage eines Zentralvenösen Zugangsweges, auch unabhängig von der gewählten Vene, wird hier erfasst. Im Feld "Komplikationen iv Zugänge" ist ggf. ein Eintrag notwendig und erforderlich.

Weitere Maßnahmen Atmung											
O2 Insufflation	152	O2	C	2	O	O2-Insufflation 01 = vorhanden 02 = neu			59 + 60 (02)		Hat der Patient schon vor Einsatz des Notfallteams Sauerstoff bekommen?
NIV / CPAP / Beutel-Masken-Beatmung	153	NIV_CPAP	C	2	O	NIV / CPAP / Beutel-Masken-Beatmung 01 = vorhanden 02 = neu			61 (03)	167	Ist der Patient schon vor Einsatz des Notfallteams mit NIV/ CPAP oder Beutel-Maske beatmet worden?
Intubation	154	INTUB1	C	2	O	Intubation 01 = vorhanden 02 = neu	wenn 02 dann Eintrag im Feld ZCITN erforderlich		59 + 60 (07+08)	163	War der Patient schon vor Einsatz des Notfallteams intubiert (vorhanden) oder erfolgte die Intubation durch das Notfallteam (neu)?
Supraglottische Atemwegshilfe	156	SGA	C	2	O	supraglottische Atemwegshilfe 01 = vorhanden 02 = neu		wenn ZCSGA = 01,02 oder 06 dann SGA=01; wenn ZCSGA=04 dann SGA=02	59 + 60 (05)	474	Hatte der Patient schon vor Einsatz des Notfallteams eine supraglottische Atemhilfe (vorhanden) oder wurde diese neu eingesetzt?
Typ SGA	157	TUBUS	C	2	O	Typ supraglottische Atemwegshilfe 03 = Larynxmaske 04 = Combitubus 06 = andere Verfahren 07 = Larynx-tubus 08=l-GEL	nur möglich wenn SGA=01 oder 02	65		169 = 03	Die Anwendung supraglottischer Atemwegsinstrumente als Alternative zur Intubation wird hier erfasst. Im Feld "Komplikationen Atemweg" ist ggf. ein Eintrag notwendig und erforderlich, wenn der Einsatz der alternativen Atemwegssicherung bei schwieriger oder nicht möglicher Intubation erfolgte. Wurde primär das alternative Tool anstelle eines Intubationsversuches eingesetzt, ist keine Angabe im Feld "Komplikationen Atemweg" notwendig.
Tracheotomie	158	TRACH1	C	2	O	Tracheotomie 01 = vorhanden					Ist der Patient bereits tracheotomiert?
Thoraxdrainage	160	THDRAIN1	C	2	O	Thoraxdrainage 01 = vorhanden 02 = neu				476 + 522	Hat der Patient bereits vor Einsatz des Notfallteams eine Thoraxdrainage gehabt (vorhanden) oder wurde diese durch das Notfallteam neu gelegt?
Thoraxdrainage: Lage	161	THDRAIN2	C	2	O	Lage der Thoraxdrainage 01 = rechts 02 = links 03 = beidseits	nur möglich wenn THDRAIN1=01 oder 02			494 + 495 + 523 + 524	Wo liegt die Thoraxdrainage?
Weitere Maßnahmen Sonstige											
Magensonde	163	MAGENSON	C	2	O	Magensonde 01 = vorhanden 02 = neu					Hatte der Patient bereits vor Einsatz des Notfallteams eine Magensonde (vorhanden) oder wurde diese durch das Notfallteam neu gelegt?
Harnableitung	164	HARNABL	C	2	O	Harnableitung 01 = vorhanden 02 = neu				661	Hatte der Patient bereits vor Einsatz des Notfallteams eine Harnableitung (vorhanden) oder wurde diese durch das Notfallteam neu gelegt?
Komplikationen Atemweg											
Komplikationen Atemweg	165	KAIR	C	2	O	Komplikationen Atemweg 06 = Atemwegszugang unmöglich, Verfahrenswechsel 08 = Intubation erschwert, mehr als 1 Versuch, 09 = Koniotomie / chir. Atemweg 99=nicht bekannt			111	59 +60	Gefragt ist nach Problemen bei der Atemwegssicherung.
Komplikationen venöser Zugang											
Komplikationen Venöser Zugang	166	KVEN	C	2	O	Komplikationen venöser Zugang 03 = i.v.-Zugang erschwert, mehr als 2 Versuche, 04 = i.v.-Zugang unmöglich, Verfahrenswechsel notwendig, 99=nicht bekannt			112		Gefragt ist nach Problemen bei der Punktion peripher venöser Gefäße.
11. Übergabe											
Übergabe Bewusstsein	167	BEWLAG2	C	2	O	Vigilanz (Übergabe) 00 = nicht dokumentiert 01 = analgosediert / Narkose 02 = wach 03 = Reaktion auf Ansprache 04 = Reaktion auf Schmerzreiz 05 = keine Reaktion/bewußtlos 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		93	79	Erfassen der Bewusstseinslage nach dem AVPU Schema bei Übergabe.

Übergabe GCS	168	GCS2	C	2	O	Glasgow Coma Scale (Übergabe) 00 = nicht dokumentiert 03 bis 15 = Wertebereich 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		96	80	Erfassen der GCS des Patienten zum Zeitpunkt der Übergabe. (Es wird die beste motorische Antwort einmal gewertet). Analgosedierte Patienten erhalten im Deutschen Reanimationsregister den Wert 3. Eine Kennzeichnung im Feld Bewußtsein mit Angabe der Analgosedierung ist in diesen Fällen zusätzlich notwendig.
Übergabe Systolischer RR	169	RRSYS2	Z	3	O	Systolischer RR (Übergabe) Messwert in mmHg -01 = nicht dokumentiert 001 bis 300 = Wertebereich 999 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		97	81	Erfassung des systolischen Blutdruckwertes zum Zeitpunkt der Übergabe in mmHg.
Übergabe Diastolischer RR	170	UBDIA	Z	3	O	Diastolischer RR (Übergabe) Messwert in mmHg -01 = nicht dokumentiert 001 bis 300 = Wertebereich 999 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		98		Erfassung des diastolischen Blutdruckwertes zum Zeitpunkt der Übergabe in mmHg.
Übergabe Herzfrequenz	171	HF2	Z	3	O	Herzfrequenz (Übergabe) Messwert in /min -01 = nicht dokumentiert 000 bis 300 = Wertebereich 999 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		99	83	Erfassen der Herzfrequenz zum Zeitpunkt der Übergabe in HF/min.
Übergabe Rhythmus	172	HF_RH2	Z	3	O	Herzfrequenz Regelmäßig 00 = nicht dokumentiert 01 = ja 02 = nein 99 = nicht bekannt	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01				Herzfrequenz regelmäßig.
Blutzucker 2	173	BLUTZ2	Z	3	O	Blutzucker (Übergabe) Wertebereich 000 bis 600 -01 = keine Angaben = nicht bestimmt 999 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		100		Angabe des im Rahmen der Übergabe gemessenen Blutzuckerwertes in der Einheit mg/dl oder mmol/l.
Übergabe Atemfrequenz	174	AF2	Z	2	O	Atemfrequenz (Übergabe) Messwert in /min -01 = nicht dokumentiert 01 bis 60 = Wert 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		101	84	Ausgezählte oder vom Monitor abgelesene Atemfrequenz pro Minute bei Übergabe.
Übergabe SpO2	175	UESAO	Z	3	O	Sauerstoffsättigung (Übergabe) Messwert in % -01 = nicht dokumentiert 000 bis 100 = Wertebereich 999 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		102		Der Übergabebefund der Sauerstoffsättigung.
Konzentration O2	176	OZ2	Z	2	O	Bei O2-Gabe: Konzentration Messwert in l/min -1 = nicht dokumentiert 000 bis 30 = Wertebereich 99 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01				Bei Sauerstoffgabe mit Sonde oder Maske in l/min.
Übergabe exp CO2	177	UECO	Z	2	O	Expirator: CO2-Konzentration Messwert in mm Hg 00 = nicht dokumentiert 01 bis 80 = Wertebereich 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		103	89	Erfassen der endexpiratorischer CO2 Konzentration in mmHg oder kPa.
Übergabe Temperatur	178	TEMP2	Z	2,1	O	Temperatur (Übergabe) Wertebereich 20,0 bis 42,0 -01,0 = nicht gemessen 99,9 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01		104		In diesem Feld erfolgt die Angabe der im Rahmen der Übergabe gemessenen Körperkern-Temperatur in °C, unabhängig vom Messort.
Übergabe EKG	179	EKG2	C	2	O	schwerwiegendster EKG-Befund (Übergabe) 00 = nicht dokumentiert 01 = Sinusrhythmus 02 = absolute Arrhythmie 03 = AV-Block II 04 = AV-Block III 05 = schmale QRS-Tachykardie 06 = breite QRS-Tachykardie 09 = Kammerflimmern, -flattern 10 = pulslose elektrische Aktivität 11 = Asystolie 12 = Schrittmacherrhythmus 13 = Infarkt EKG / STEMI 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01 wenn KHAUF=03 dann EKG2=09, 10 oder 11		94	82	Zu dokumentieren ist der schwerwiegendste EKG-Befund bei Übergabe durch das Notfallteam. KEINE Mehrfachangaben.

Übergabe Atmung	180	ATM2	C	2	O, M2	Atmungsform zur Übergabe 00 = kein Befund dokumentiert 01 = unauffällig 02 = Dyspnoe 03 = Zyanose 04 = Spastik 05 = Rasselgeräusche 06 = Stridor 07 = Atemwegsverlegung 08 = Schnappatmung 09 = Apnoe 10 = Beatmung 11 = Hyperventilation 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01. Bei 01 keine weitere Angabe möglich.		95	88		Erfassung des Atmungsbefundes bei Übergabe.
Beatmungsparameter 2	181	BEATM2	C	2	O	Beatmung 00 = nicht dokumentiert 01 = assistiert 02 = kontrolliert 99 = nicht bekannt	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01					In diesem Feld wird die Beatmung des Patienten dokumentiert.
NIV	182	NIV2	C	2	O	Einsatz einer NIV 00 = nicht dokumentiert 01 = ja 02 = nein 99 = nicht bekannt	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01					Hier wird eine nichtinvasive Beatmung dokumentiert.
inspiratorische O2-Konzentration 2	183	FIO22	Z	1,1	O	Bei O2-Beatmung: Angabe der inspiratorischen O2-Konzentration -,1 = nicht dokumentiert 0,0 bis 9,8 = Wertebereich 9,9 = nicht messbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01					Angabe der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration bei Beatmung.
Schmerzepfinden 2	184	SCHMERZ2	Z	2	O	Schmerzepfinden nach Visueller Analog Scale (VAS) (Übergabe) -,1 = nicht dokumentiert 00 bis 10 = Wertebereich 99 = nicht beurteilbar	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01			86		Erfassen des Schmerzepfinden nach der visuellen oder verbalen Analogskala: 0= kein Schmerz; 10= maximal vorstellbarer Schmerz
Zielklinik Patientenübergabe												
Patient bleibt vor Ort	185	PATORT	C	2	O	Patient bleibt vor Ort 01 = ja 02 = nein	keine Angabe erforderlich, wenn KHAUF=01					Hier ist zu dokumentieren, wenn der Patienten am Einsatzort des Notfallteams (z.B. einer peripheren Station) verbleibt und nicht weiterverlegt wird.
Ort Patientenübergabe	186	ZKUEBGP	C	2	O	Zielklinik Patienten-Übergabe 00 = nicht dokumentiert, 01 = ZNA/INA, 02 = Schockraum, 03 = Intensivstation/IMC, 04 = Allgemeinstation, 05 = Herzkatheterlabor HKL, 06 = Stroke Unit, 07 = OP direkt, 08 = Fachambulanz, 99 = anderer Übergabeort		bei Reanimationen nur wenn KHAUF=02, 03 und PATORT=02	110	15		Hier ist die Station zu dokumentieren, auf die der Patient primär durch das Notfallteam übergeben worden ist.
Ergänzungen												
Team-Kennung	187	NAMMET	N	24	O	Kennung des Notfallteams 99999999999999999999999999999999 = nicht bekannt				11		In diesem Feld können Einsätze verschiedener Notfallteams (z.B. Innere, Anästhesie, ...) einer Klinik differenziert werden. Eingabe durch den Standortverantwortlichen über „Benutzerverwaltung“, „Meine Benutzer und Standorte verwalten“ und Doppelklick auf den Namen des Standortes möglich. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an info@reanimationsregister.de .
Protokoll-Art	188	PROTAR	C	2	P	Art des Einsatzes 02=innerklinisch		Nicht auf Online-Oberfläche anzeigen. Wird über Schnellauswahl und Standortkennung codiert.	115			Wird ein Einsatz des Rettungsdienstes oder einer eines innerklinischen Notfallteams eingegeben?
Falltyp	189	PROTAR2	C	2	P	Falltyp 01=Todesfeststellung 02=Reanimation 03=Notfallteameinsatz ohne Reanimation		Nicht auf Online-Oberfläche anzeigen. Wird über Schnellauswahl codiert.				Wird eine innerklinische Todesfeststellung ohne Reanimation, eine Reanimation oder ein Notfallteameinsatz ohne Reanimation kodiert?

Zielklinik	190	NAMKLIN	N	8	O	Name der Zielklinik gebräuchliches Kürzel 99999999 = nicht bekannt		bei Reanimationen nur wenn KHAUF=02, 03 und PATORT=02	108			Kürzel der Zielklinik, falls eine Weiterverlegung erfolgte.
------------	-----	---------	---	---	---	--	--	---	-----	--	--	---