



Meine elektronische
Gesundheitsakte.
Meine Entscheidung!

ELGA CDA Implementierungsleitfäden

HL7 Implementation Guide for CDA[®] R2:
Befund bildgebende Diagnostik

Zur Anwendung im österreichischen
Gesundheitswesen [1.2.40.0.34.7.5.6]

Datum: 23.06.2022

Version: 2.06.4

Status: Final



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Inhaltsverzeichnis

- 1 Informationen über dieses Dokument..... 8**
 - 1.1 Allgemeines 8
 - 1.2 Sprachliche Gleichbehandlung 8
 - 1.3 Verbindlichkeit..... 8
 - 1.4 Zielgruppe..... 9
 - 1.5 Hinweis auf verwendete Grundlagen 9
 - 1.6 Danksagung 9
 - 1.7 Revisionsliste 9
 - 1.8 Weitere unterstützende Materialien 9
 - 1.9 Bedienungshinweise für die PDF-Version 10
 - 1.10 Impressum..... 10
- 2 Harmonisierung 11**
- 3 Einleitung 14**
 - 3.1 Ausgangssituation 14
 - 3.2 Zweck..... 14
 - 3.3 Hierarchie der Implementierungsleitfäden 15
 - 3.4 Fokus..... 15
 - 3.5 Bezug zu DICOM Structured Report..... 16
- 4 Anwendungsfälle..... 17**
 - 4.1 Anwendungsfall BEF01: „Einfache Untersuchung mit einer Modalität“ 17
 - 4.1.1 Allgemeines 17
 - 4.1.2 Befund 17
 - 4.1.3 Ergebnis 17
 - 4.1.4 Akteure 17
 - 4.2 Anwendungsfall BEF02: „Komplexe Untersuchung mit mehreren Modalitäten“ 17
 - 4.2.1 Allgemeines 17
 - 4.2.2 Befund 17
 - 4.2.3 Ergebnis 17
 - 4.2.4 Akteure 18
- 5 Administrative Daten (CDA Header) 19**
 - 5.1 Dokumentenstruktur 19
 - 5.1.1 Elemente ohne spezielle Vorgaben 19
 - 5.1.2 XML Metainformationen..... 19
 - 5.1.2.1 Zeichencodierung 19
 - 5.1.2.2 Hinterlegung eines Stylesheets 20
 - 5.1.3 Wurzelement 20
 - 5.1.4 Hoheitsbereich des Dokuments („realmCode“) 20
 - 5.1.4.1 Strukturbeispiel 20
 - 5.1.4.2 Spezifikation 21
 - 5.1.5 Dokumentformat („typeld“) 21
 - 5.1.5.1 Strukturbeispiel 21

1	5.1.5.2 Spezifikation	21
2	5.1.6 Dokumenten-Id („id“)	21
3	5.1.6.1 Strukturbeispiel	21
4	5.1.6.2 Spezifikation	21
5	5.1.7 Erstellungsdatum des Dokuments („effectiveTime“)	22
6	5.1.7.1 Spezifikation	22
7	5.1.8 Vertraulichkeitscode („confidentialityCode“)	23
8	5.1.8.1 Spezifikation	23
9	5.1.9 Sprachcode des Dokuments („languageCode“)	24
10	5.1.9.1 Spezifikation	24
11	5.1.10 Versionierung des Dokuments („setId“ und „versionNumber“)	25
12	5.1.10.1 Spezifikation	25
13	5.1.11 Elemente mit speziellen Vorgaben	27
14	5.1.11.1 ELGA Implementierungsleitfaden-Kennzeichnung („templated“)	27
15	5.1.11.1.1 Spezielle Vorgaben für den Befund „Bildgebende Diagnostik“	27
16	5.1.11.1.2 Strukturbeispiel	27
17	5.1.11.1.3 Spezifikation	27
18	5.1.11.2 Dokumentenklasse („code“)	28
19	5.1.11.2.1 Spezielle Vorgaben für den Befund „Bildgebende Diagnostik“	29
20	5.1.11.2.2 Strukturbeispiel	29
21	5.1.11.2.3 Spezifikation	29
22	5.1.11.3 Titel des Dokuments („title“)	29
23	5.1.11.3.1 Spezielle Vorgaben für den Befund bildgebende Diagnostik	29
24	5.2 Teilnehmende Parteien	30
25	5.2.1 Elemente ohne spezielle Vorgaben	30
26	5.2.2 Patient („recordTarget/patientRole“)	30
27	5.2.2.1 Spezifikation	31
28	5.2.2.1.1 id	39
29	5.2.2.1.2 addr	40
30	5.2.2.1.3 patient/languageCommunication	40
31	5.2.2.1.4 patient/guardian	41
32	5.2.3 Verfasser des Dokuments („author“)	41
33	5.2.3.1 Spezifikation	41
34	5.2.3.2 Spezifikation: Datenerstellende Geräte als „author“	47
35	5.2.4 Personen der Dateneingabe („dataEnterer“)	47
36	5.2.4.1 Spezifikation	47
	5.2.5 Verwahrer des Dokuments („custodian“)	50
	5.2.5.1 Spezifikation	51
	5.2.5.1.1 id	54
	5.2.6 Beabsichtigte Empfänger des Dokuments („informationRecipient“)	54
	5.2.6.1 Spezifikation	54
	5.2.7 Elemente mit speziellen Vorgaben	58
	5.2.7.1 Rechtlicher Unterzeichner (legalAuthenticator)	59

1	5.2.7.2 Weitere Beteiligte („participants“)	59
2	5.2.7.3 Beabsichtigte Empfänger des Dokuments („informationRecipient“)	59
3	5.3 Dokumentation der Gesundheitsdienstleistung	60
4	5.3.1 Service Events („documentationOf/serviceEvent“)	60
5	5.4 Dokumentation der Gesundheitsdienstleistung	60
6	5.4.1 Service Events („documentationOf/serviceEvent“)	60
7	5.4.1.1 Spezifikation	61
8	5.4.1.2 Spezielle Vorgaben	65
9	5.4.1.3 Strukturbeispiel	66
10	5.4.1.4 Spezifikation	66
11	5.4.1.4.1 Änderung 1: documentationOf Element Allgemein	66
12	5.4.1.4.2 Änderung 2: code	66
13	5.4.1.4.3 Änderung 3: effectiveTime	67
14	5.4.1.4.4 Änderung 4: performer	67
15	5.5 Bezug zu vorgehenden Dokumenten	67
16	5.6 Bezug zu vorgehenden Dokumenten	68
17	5.6.1 Allgemeines	68
18	5.6.1.1 Spezifikation	69
19	5.7 Einverständniserklärung	70
20	5.8 Einverständniserklärung	71
21	5.8.1 Autorisierung („authorization“)	71
22	5.8.1.1 Spezifikation	71
23	5.9 Informationen zum Patientenkontakt	72
24	5.10 Informationen zum Patientenkontakt	72
25	5.10.1 Encounter („componentOf/encompassingEncounter“)	72
26	5.10.1.1 Spezifikation	72
27	5.10.1.1.1 encompassingEncounter Element Allgemein	78
28	5.10.1.1.2 id	78
29	5.10.1.1.3 code	78
30	5.10.1.1.4 effectiveTime	78
31	5.10.1.1.5 responsibleParty	78
32	5.10.1.1.6 location	78
33	6 Medizinische Inhalte (CDA Body)	80
34	6.1 Überblick	80
35	6.1.1 Sektionen und Reihenfolge der CDA Body - Dokumentstruktur	80
36	6.1.2 Fachlicher Inhalt in EIS „Basic“ und „Structured“	80
	6.1.3 Tabellarische Darstellung der Sektionen	80
	6.1.4 Web Access to DICOM Persistent Object (WADO)	81
	6.1.4.1 Strukturbeispiel	81
	6.2 Sektionen aus Überweisung	82
	6.2.1 Anforderung	82
	6.2.1.1 Überblick	82
	6.2.1.2 Spezifikation	82

1	6.2.2 Anamnese.....	84
2	6.2.2.1 Überblick	84
3	6.2.2.2 Spezifikation	84
4	6.2.3 Indikation.....	85
5	6.2.3.1 Überblick	85
6	6.2.3.2 Spezifikation	86
7	6.3 Sektionen der Untersuchung.....	87
8	6.3.1 Patientenstatus/Patientenangaben	87
9	6.3.1.1 Überblick	87
10	6.3.1.2 Spezifikation	88
11	6.3.2 Aktuelle Untersuchung.....	89
12	6.3.2.1 Überblick	89
13	6.3.2.2 Spezifikation	91
14	6.3.2.3 Strahlenexposition-Entry.....	94
15	6.3.3 Frühere Untersuchungen.....	96
16	6.3.3.1 Überblick	96
17	6.3.3.2 Spezifikation	96
18	6.3.4 Frühere Befunde	97
19	6.3.4.1 Überblick	97
20	6.3.4.2 Spezifikation	98
21	6.3.5 Komplikationen.....	99
22	6.3.5.1 Überblick	99
23	6.3.5.2 Spezifikation	100
24	6.4 Ergebnissectionen	101
25	6.4.1 Befund	101
26	6.4.1.1 Überblick	102
27	6.4.1.2 Spezifikation	102
28	6.4.1.3 Spezifikation des Entry Elements für Codierung des Befundtextes.....	106
29	6.4.1.4 Spezifikation des Entry Elements für BI-RADS® Klassifikation.....	109
30	6.4.2 Zusammenfassung/Ergebnis	112
31	6.4.2.1 Überblick	112
32	6.4.2.2 Strukturbeispiel	112
33	6.4.3 Verdachtsdiagnose	114
34	6.4.3.1 Überblick	114
35	6.4.3.2 Spezifikation	115
36	6.4.4 Schlussfolgerung	116
	6.4.4.1 Überblick	116
	6.4.4.2 Spezifikation	117
	6.4.5 Empfehlung	118
	6.4.5.1 Überblick	118
	6.4.5.2 Spezifikation	119
	6.4.6 Addendum	120
	6.4.6.1 Überblick	120

1	6.4.6.2 Spezifikation	121
2	6.5 Einleitende und abschließende Sektionen	122
3	6.5.1 DICOM Object Catalog	122
4	6.5.1.1 Überblick	123
5	6.5.1.2 Spezifikation	123
6	6.5.1.2.1 DICOM.....	123
7	6.5.1.2.2 Study Act.....	125
8	6.5.1.2.3 Series Act.....	128
9	6.5.1.2.4 SoplnInstance (DICOM Service Object Pair)	130
10	6.5.2 Briefftext	132
11	6.5.3 Briefftext.....	132
12	6.5.3.1 Überblick	132
13	6.5.3.2 Spezifikation	132
14	6.5.3.2.1 Sektion Allgemein	132
15	6.5.4 Abschließende Bemerkungen	135
16	6.5.5 Abschließende Bemerkungen	135
17	6.5.5.1 Überblick	135
18	6.5.5.2 Spezifikation	135
19	6.5.6 Schlüsselbilder	137
20	6.5.6.1 Überblick	137
21	7 Technische Konformitätsprüfung	139
22	8 Technische Konformitätsprüfung	140
23	8.1 Schema-Prüfung.....	140
24	8.2 Schematron-Prüfung	140
25	8.3 Online-Validation von CDA-Dokumenten	141
26	9 Anhang.....	142
27	9.1 Hinweise zur Anwendung des APPC.....	142
28	9.2 Empfehlung der Arbeitsgruppe zum Austausch von Bilddaten	142
29	9.3 Referenzen	143
30	9.4 Revisionsliste	143
31		
32		
33		
34		
35		
36		

1 Informationen über dieses Dokument

1.1 Allgemeines

Ziel dieses Implementierungsleitfadens ist die Beschreibung von Struktur, Format und Standards von medizinischen Dokumenten der Elektronischen Gesundheitsakte "ELGA" gemäß Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTeIG 2012), aber auch für medizinische Dokumente im österreichischen Gesundheitswesen.

Die Anwendung dieses Implementierungsleitfadens hat im Einklang mit der Rechtsordnung der Republik Österreich und insbesondere mit den relevanten Materiengesetzen (z.B. Ärztegesetz 1998, Apothekenbetriebsordnung 2005, Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Rezeptpflichtgesetz, Datenschutzgesetz 2000, Gesundheitstelematikgesetz 2012) zu erfolgen. Technische Möglichkeiten können gesetzliche Bestimmungen selbstverständlich nicht verändern, vielmehr sind die technischen Möglichkeiten im Einklang mit den Gesetzen zu nutzen.

1.2 Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Text Bezeichnungen nur im generischen Maskulinum angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Unter dem Begriff "Patient" werden sowohl Bürger, Kunden und Klienten zusammengefasst, welche an einem Behandlungs- oder Pflegeprozess teilnehmen als auch gesunde Bürger, die derzeit nicht an einem solchen teilnehmen. Es wird ebenso darauf hingewiesen, dass umgekehrt der Begriff Bürger auch Patienten, Kunden und Klienten mit einbezieht.

1.3 Verbindlichkeit

Mit der ELGA-Verordnung 2015 (in der Fassung der ELGA-VO-Nov-2015) macht die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen die Festlegungen für Inhalt, Struktur, Format und Codierung verbindlich, die in den Implementierungsleitfäden Entlassungsbrief Ärztlich, Entlassungsbrief Pflege, Pflegesituationsbericht, Laborbefunde, Befund bildgebender Diagnostik, e-Medikation sowie XDS Metadaten (jeweils in der Version 2.06) getroffen wurden. Die anzuwendende ELGA-Interoperabilitätsstufen ergeben sich aus §21 Abs.6 ELGA-VO. Die Leitfäden in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung sowie die aktualisierten Terminologien sind von der Gesundheitsministerin auf www.gesundheit.gv.at zu veröffentlichen. Der Zeitplan zur Bereitstellung der Dokumente für ELGA wird durch das Gesundheitstelematikgesetz 2012 (GTeIG 2012) und darauf basierenden Durchführungsverordnungen durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen vorgegeben.

Die Verbindlichkeit und die Umsetzungsfrist dieses Leitfadens ist im Gesundheitstelematikgesetz 2012, BGBl.I Nr.111/2012 sowie in den darauf fußenden ELGA-Verordnungen geregelt.

Neue Hauptversionen der Implementierungsleitfäden KÖNNEN ab dem Tag ihrer Veröffentlichung durch die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen (www.gesundheit.gv.at) verwendet werden, spätestens 18 Monate nach ihrer Veröffentlichung MÜSSEN sie verwendet werden. Andere Aktualisierungen (Nebenversionen) dürfen auch ohne Änderung dieser Verordnung unter www.gesundheit.gv.at veröffentlicht werden.

Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen liegt im Verantwortungsbereich der Ersteller der CDA-Dokumente.

1.4 Zielgruppe

Anwender dieses Dokuments sind Softwareentwickler und Berater, die allgemein mit Implementierungen und Integrationen im Umfeld der ELGA, insbesondere der ELGA-Gesundheitsdaten, betraut sind. Eine weitere Zielgruppe sind alle an der Erstellung von CDA-Dokumenten beteiligten Personen, einschließlich der Endbenutzer der medizinischen Softwaresysteme und der Angehörigen von Gesundheitsberufen.

1.5 Hinweis auf verwendete Grundlagen

Der vorliegende Leitfaden wurde unter Verwendung der nachstehend beschriebenen Dokumente erstellt. Das Urheberrecht an allen genannten Dokumenten wird im vollen Umfang respektiert.

Dieser Standard beruht auf der Spezifikation "HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0", für die das Copyright © von Health Level Seven International gilt. HL7 Standards können über die HL7 Anwendergruppe Österreich (HL7 Austria), die offizielle Vertretung von Health Level Seven International in Österreich bezogen werden (www.hl7.at). Alle auf nationale Verhältnisse angepassten und veröffentlichten HL7-Spezifikationen können ohne Lizenz- und Nutzungsgebühren in jeder Art von Anwendungssoftware verwendet werden.

Dieser Leitfaden beruht auf Inhalten des LOINC® (Logical Observation Identifiers Names and Codes, siehe <http://loinc.org>). Die LOINC-Codes, Tabellen, Panels und Formulare unterliegen dem Copyright © 1995-2014, Regenstrief Institute, Inc. und dem LOINC Committee, sie sind unentgeltlich erhältlich. Lizenzinformationen sind unter <http://loinc.org/terms-of-use> abrufbar. Weiters werden Inhalte des UCUM® verwendet, UCUM-Codes, Tabellen und UCUM Spezifikationen beruhen auf dem Copyright © 1998-2013 des Regenstrief Institute, Inc. und der Unified Codes for Units of Measures (UCUM) Organization. Lizenzinformationen sind unter <http://unitsofmeasure.org/trac/wiki/TermsOfUse> abrufbar.

1.6 Danksagung

Die ELGA GmbH weist auf das Dokument „Arztbrief auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2.0 für das deutsche Gesundheitswesen“ hin, welches vom Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen (VHitG) herausgegeben wurde. Einige Ausführungen in dem genannten Dokument wurden in das vorliegende Dokument übernommen. Das Urheberrecht an dem Dokument „Arztbrief auf Basis der HL7 Clinical Document Architecture Release 2.0 für das deutsche Gesundheitswesen“, wird im vollen Umfang respektiert.

1.7 Revisionsliste

Diese Version ist eine Nebenversion zur Hauptversion 2.06 und ersetzt diese. Die durchgeführten Änderungen ersehen Sie der [Revisionsliste](#).

1.8 Weitere unterstützende Materialien

Gemeinsam mit diesem Leitfaden werden auf der Website der ELGA GmbH [1] (<http://www.elga.gv.at/cda>) weitere Dateien und Dokumente zur Unterstützung bereitgestellt: Beispieldokumente, zu verwendende Codes, Vorgaben zur Registrierung von CDA-Dokumenten, das Referenz-Stylesheet zur Darstellung von CDA-Dokumenten, Algorithmen zur Prüfung der Konformität von CDA-Dokumenten etc.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Fragen, Kommentare oder Anregungen für die Weiterentwicklung können an cda@elga.gv.at [2] (<mailto:cda@elga.gv.at>) gesendet werden. Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.elga.gv.at/CDA>.

1.9 Bedienungshinweise für die PDF-Version

Nutzen Sie die bereitgestellten Links im Dokument (z.B. im Inhaltsverzeichnis), um direkt in der PDF-Version dieses Dokuments zu navigieren. Folgende Tastenkombinationen können Ihnen die Nutzung des Leitfadens erleichtern:

- Rücksprung: Alt + Pfeil links und Retour: Alt + Pfeil rechts
- Seitenweise blättern: "Bild" Tasten
- Scrollen: Pfeil nach oben bzw. unten
- Zoomen: Strg + Mouserad drehen
- Suchen im Dokument: Strg + F

1.10 Impressum

Medieneigentümer, Herausgeber, Hersteller, Verleger:

ELGA GmbH, Treustraße 35-43, Wien, Österreich. Telefon: 01. 2127050. Internet: <http://www.elga.gv.at>. Email: cda@elga.gv.at (<mailto:cda@elga.gv.at>).

Geschäftsführer: DI Dr. Günter Rauchegger, DI (FH) Dr. Franz Leisch

Redaktion, Projektleitung, Koordination:

Mag. Dr. Stefan Sabutsch, stefan.sabutsch@elga.gv.at (<mailto:stefan.sabutsch@elga.gv.at>)

Abbildungen: © ELGA GmbH

Nutzung: Das Dokument enthält geistiges Eigentum der Health Level Seven® Int. und HL7® Austria, Franckstrasse 41/5/14, 8010 Graz; www.hl7.at (<http://www.hl7.at>).

Die Nutzung ist zum Zweck der Erstellung medizinischer Dokumente ohne Lizenz- und Nutzungsgebühren ausdrücklich erlaubt. Andere Arten der Nutzung und auch auszugsweise Wiedergabe bedürfen der Genehmigung des Medieneigentümers.

Download unter www.gesundheit.gv.at (<https://www.gesundheit.gv.at>) und www.elga.gv.at/cda (<http://www.elga.gv.at/cda>)

2 Harmonisierung

Erarbeitung des Implementierungsleitfadens

Dieser Implementierungsleitfaden entstand durch die Harmonisierungsarbeit der offenen „Arbeitsgruppe Radiologiebefund“ in den Jahren 2008-2012, bestehend aus den unten genannten Personen.

Autoren		
Kürzel	Organisation	Person ¹
Herausgeber, Projektleiter, CDA Koordinator		
SSA	ELGA GmbH	Stefan Sabutsch
Autor, Fachkoordinator, Moderator und Co-Redaktion		
MWE	AIMC GmbH	Martin Weigl
AOL	Lindner TAC	Andreas O. Lindner
AME	Fachhochschule Technikum Wien	Alexander Mense
CGR	HL7 Austria	Christian Gruber

Organisation	Person ¹
Ärztliche Vertreter	
Österreichische Ärztekammer	Franz Frühwald, Hans Mosser, Martin Wehrschütz
Österreichische Röntgengesellschaft	Werner Jaschke
AKH Linz	Thomas Gitter
Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Abt. f. Nuklearmedizin	Thomas Leitha
Österreichische Röntgengesellschaft	Thomas Löwe
KAV KH Hietzing Radiologie	Thomas Rand
Unfallkrankenhaus Graz der AUVA	Ulrike Schneider
Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.	Erich Sorantin
Krankenhausträger	
Wiener Krankenanstaltenverband	Konrad Hölzl
Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.	Markus Pedevilla
Organisationen	
Österreichische Ärztekammer	Gerhard Holler

1	Bundesfachgruppe Radiologie der österr. Ärztekammer	Brigitte Janisch
2	Softwarehersteller / Lösungsanbieter	
3	D.A.T.A. Corporation	Rainer Anzböck, Irene Klein
4	Philips Healthcare	Walter Auer, R. Schachhuber, Christian Strondl
5	Systema Human Information Systems GmbH	Thomas Bettstein
6	AGFA Health Care	Mircea Girlasu
7	Siemens AG Österreich - Pro- duktmanagement I.S.H.med	Thomas Gitter
8	Lukas Software	Alfred Lukas
9	Sustsol - Sustainable Solutions	Karl Rössl
10	CAS Computer Anwendungs- systeme GmbH	Dietmar Ruzicka
11	Universitäten / Fachhochschulen	
12	Fachhochschule Technikum Wien	Matthias Frohner, F.Gerbovics, Philipp Urbauer
13		

14	Patronanz, Akkordierung, Ergänzungen, Zustimmung	
15	Organisation	Person¹
16	Bundesministerium für Gesundheit	Clemens Auer
17	ELGA GmbH	Susanne Herbek, Hubert Eisl, Martin Hurch, Oliver Kuttin
18	OÖ. Gesundheitsfonds	Wolfgang Hießl
19	Österreichische Ärzte- kammer	Sabine Manhardt
20	NÖ Landeslinik Holding	Thomas Pöckl, Alexander Schanner
21	ITH icoserve technology for healthcare GmbH	Thomas Schabetsberger
22	Ärztetekompetenzzentrum Krems	Andreas Stippler
23		

24	Andere ELGA Arbeitsgruppen		
25	Bereich	Organisation	Person¹
26	Befundbericht Labor	Fachhochschule Technikum Wien	Stefan Saueremann
27	Entlassungsbrief Arzt und Pflege	CodeWerk Soft- ware Services and Development GmbH	Jürgen Brandstätter
28			

1 ¹ Personen sind ohne Titel angegeben

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36

3 Einleitung

3.1 Ausgangssituation

Die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) umfasst die relevanten multimedialen und gesundheitsbezogenen Daten und Informationen zu einer eindeutig identifizierten Person. Die Daten sind in einem oder mehreren computergestützten Informationssystemen gespeichert. Sie stehen allen berechtigten Personen entsprechend ihren Rollen und aller gesetzlichen Bedingungen in einer bedarfsgerecht aufbereiteten elektronischen Form online zur Verfügung.

Die zentrale Anwendung von ELGA ist die Bereitstellung von medizinischen Dokumenten der ELGA-Teilnehmer, die in vielen unterschiedlichen Informationssystemen der verschiedenen ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter erstellt werden. Diese Dokumente sollen nicht nur von Benutzern gelesen, sondern auch wieder in die IT-Systeme integriert und dort weiterverwendet werden können („Semantische Interoperabilität“). Beispielsweise können für den Arzt aus ELGA-Dokumenten automatisch Warnungen, Erinnerungen, Zusammenfassungen generiert und weitere Informationen berechnet und kontextbezogen angezeigt werden. Um dieses Ziel zu ermöglichen, wird für Dokumente in ELGA der internationale Standard „Clinical Document Architecture, Release 2.0“ (CDA) von HL7 eingesetzt.

Der CDA-Standard wird für die Verwendung in ELGA im Detail ausspezifiziert, Vorgaben für einheitliche Dokumentation und Codierung der Information werden festgelegt und in implementierbaren Leitfäden veröffentlicht.

Der hier dargestellte Leitfaden für die Dokumentenklasse „Befund bildgebende Diagnostik“ ist ein konkreter Schritt einer harmonisierten, strukturierten und standardisierten Möglichkeit, medizinische Dokumente der bildgebenden Diagnostik zwischen Gesundheitsdiensten und Patienten auszutauschen.

Die Arbeitsgruppe ELGA CDA Radiologiebefund hat den bestehenden Implementierungsleitfaden für Radiologiebefunde überarbeitet und ist dabei einhellig zum Entschluss gekommen, die Dokumentenklasse als „**Befund bildgebende Diagnostik**“ zu präzisieren: Folgende Gründe haben zu diesem Schritt geführt:

- Alle Befunde der bildgebenden Diagnostik sollen vom Leitfaden abgedeckt werden.
- Der Leitfaden ermöglicht die Übertragung von Befunden für alle bildgebenden medizintechnischen Einrichtungen (z.B. Endoskopie, Nuklearmedizin usw.) und nicht nur für radiologische medizintechnische Einrichtungen.
- Der international verwendete Titel entsprechender Leitfäden lautet „Diagnostic Imaging Report“.

3.2 Zweck

Im Rahmen der Kommunikation zwischen unterschiedlichen Medizinern ist der Befund als Ergebnis einer bildgebenden Untersuchung von sehr großer Bedeutung. Ein derartiger Befund der bildgebenden Diagnostik enthält die medizinisch relevanten Teile der Untersuchung(en) eines Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt und ist zur Übermittlung zwischen Gesundheitsdienstleistern gedacht.

Das Ziel dieses Dokuments ist eine detaillierte Beschreibung der standardisierten Struktur der Dokumentenklasse Befund „Bildgebende Diagnostik“ der Elektronischen Gesundheitsakte ELGA darzulegen.

Insbesondere behandelt das Dokument jene Strukturen, welche auf der Basis des Implementierungsleitfadens

HL7 Implementation Guide for CDA® R2: Allgemeiner Implementierungsleitfaden für ELGA CDA Dokumente [OID Root 1.2.40.0.34.7.1]

(in Folge „Allgemeiner Implementierungsleitfaden“) speziell für den

„Befund bildgebende Diagnostik“

gültig sind. Die Beschreibung enthält Festlegungen, Einschränkungen und Bedingungen auf Grundlage von HL7 CDA Elementen.

3.3 Hierarchie der Implementierungsleitfäden

Der vorliegende Implementierungsleitfaden basiert auf der grundlegenden Implementierungsvorschrift für alle CDA Dokumente im österreichischen Gesundheitswesen.

Der CDA Befund “Bildgebende Diagnostik“ hat grundsätzlich beiden aufeinander aufbauenden Implementierungsleitfäden zu folgen.

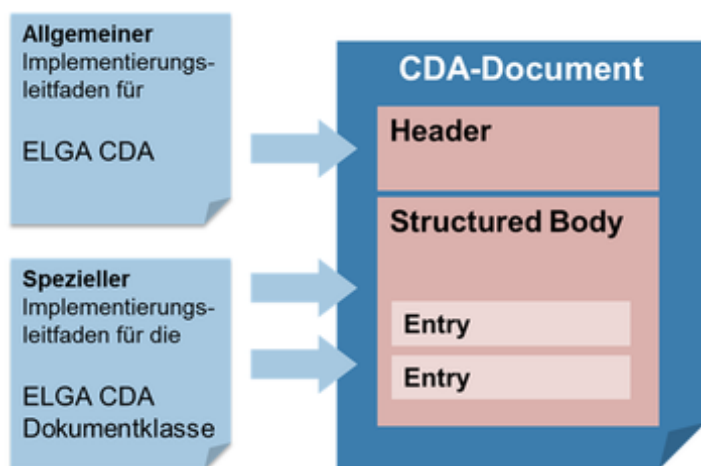


Abbildung 1: Zusammenspiel der Implementierungsleitfäden.

Die administrativen Daten im Dokumentheader und grundsätzliche Vorgaben für den medizinischen Inhalt werden vom „Allgemeinen Implementierungsleitfaden“ definiert. Der jeweilige „Spezielle Implementierungsleitfaden“ enthält die Vorgaben für die medizinischen Inhalte und ergänzt gegebenenfalls die Header-Vorgaben.

Für die Verwendung dieses Implementierungsleitfadens sind zusätzlich die Vorgaben aus „HL7 Implementation Guide for CDA® R2: Allgemeiner Implementierungsleitfaden für ELGA CDA Dokumente“ [OID Root 1.2.40.0.34.7.1] in der Hauptversion 2 vorausgesetzt.

3.4 Fokus

Der Leserkreis dieses Dokuments sind Software-Entwickler und Berater, die allgemein mit Implementierungen und Integrationen im Umfeld der ELGA, insbesondere der ELGA Dokumentenklassen, betraut sind.

Die Spezifikation von Infrastrukturen, Workflow, Nachrichten, Prozeduren oder Protokollen zur Übermittlung des Befundes „Bildgebende Diagnostik“ ist nicht im Fokus dieses Dokuments.

1 **3.5 Bezug zu DICOM Structured Report**

2 Sollte für den Befund der bildgebenden Diagnostik ein CDA-Dokument aus einem vorhandenen DI-
3 COM Structured Report erzeugt (transformiert) werden, so wird auf den in Zusammenarbeit von
4 HL7 und NEMA erstellten Implementierungsleitfaden „Implementation Guide for CDA Release 2:
5 Imaging Integration. Levels 1, 2, and 3.“ [1] verwiesen, welcher dazu wesentliche zusätzliche Defini-
6 tionen und Vorgaben beinhaltet.

7 Der Inhalt des vorliegenden Dokuments ist weitgehend aus den Definitionen von [1] abgeleitet und
8 damit zu diesen kompatibel.

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

4 Anwendungsfälle

Dieses Kapitel beschreibt die Anwendungsfälle, welche für die Ermittlung der Anforderungen an die Struktur des im Implementierungsleitfaden beschriebenen Befundes „Bildgebende Diagnostik“, herangezogen wurden.

4.1 Anwendungsfall BEF01: „Einfache Untersuchung mit einer Modalität“

4.1.1 Allgemeines

Der Patient kommt zur Abklärung einer einfachen Fragestellung in die radiologische Praxis oder Abteilung. Nach Erfassung der demographischen Daten des Patienten wird entsprechend der Einweisung/Zuweisung und der durchgeführten Anamnese die Untersuchung durchgeführt.

4.1.2 Befund

Auf Basis von Einweisung/Zuweisung, Anamnese und entstandenem Bildmaterial wird ein Befund erstellt. Sollten relevante Voruntersuchungen vorliegen, werden diese bei der Erstellung des Befundes berücksichtigt.

4.1.3 Ergebnis

Der Patient und/oder der Zuweiser erhalten den geschriebenen Befund und das erstellte Bildmaterial. Im Fall der intramuralen Untersuchung verbleibt das Bildmaterial im Allgemeinen im Krankenhaus.

4.1.4 Akteure

- Patient
- Einweisender/Zuweisender/Überweisender Arzt
- Empfang oder Leitstelle
- Biomedizinische Analytiker/Radiologietechnologe
- Radiologe
- Schreibkraft

4.2 Anwendungsfall BEF02: „Komplexe Untersuchung mit mehreren Modalitäten“

4.2.1 Allgemeines

Der Patient kommt zur Abklärung einer „komplexen“ Fragestellung, die mehrere Modalitäten betrifft, in die radiologische Praxis oder Abteilung. Nach Erfassung der demographischen Daten des Patienten werden entsprechend der Einweisung/Zuweisung und der durchgeführten Anamnese die Untersuchungen unter Berücksichtigung etwaiger Einschränkungen bezüglich der Reihenfolge der anzuwendenden Modalitäten durchgeführt.

4.2.2 Befund

Auf Basis von Einweisung/Zuweisung, Anamnese und entstandenem Bildmaterial werden, sofern es sich um mehrere Fragestellungen handelt, mehrere Befunde erstellt. Handelt es sich um nur eine Fragestellung (z.B. Mammographie und zugehöriger Ultraschall), so wird der Befund trotz mehreren Modalitäten analog zu Anwendungsfall BEF01 erstellt. Sollten relevante Voruntersuchungen vorliegen, werden diese bei der Erstellung der Befunde berücksichtigt.

4.2.3 Ergebnis

Der Patient und/oder der Zuweiser erhalten den geschriebenen Befund und das erstellte Bildmaterial. Im Fall der intramuralen Untersuchung verbleibt das Bildmaterial im Allgemeinen im Krankenhaus.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

4.2.4 Akteure

- Patient
- Einweisender/Zuweisender/Überweisender Arzt
- Empfang oder Leitstelle
- Biomedizinische Analytiker/Radiologietechnologe
- Radiologe
- Schreibkraft

5 Administrative Daten (CDA Header)

Dieses Kapitel basiert auf dem entsprechenden Kapitel im „[Allgemeinen Implementierungsleitfaden](#)“ und beschreibt die darüberhinausgehenden Spezifikationen zum Thema Befund „Bildgebende Diagnostik“.

5.1 Dokumentenstruktur

5.1.1 Elemente ohne spezielle Vorgaben

Folgende Elemente erfordern keine speziellen Vorgaben:

- XML Metainformationen
- Wurzelement
- Hoheitsbereich („realmCode“)
- Dokumentformat („typeld“)
- Dokumenten-Id („id“)
- Erstellungsdatum des Dokuments („effectiveTime“)
- Vertraulichkeitscode („confidentialityCode“)
- Sprachcode des Dokuments („languageCode“)
- Versionierung des Dokuments („setId“ und „versionNumber“)

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden:
Das Element erfordert keine speziellen Vorgaben. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „[Allgemeinen Implementierungsleitfadens](#)“.

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

5.1.2 XML Metainformationen

5.1.2.1 Zeichencodierung

CDA-Dokumente MÜSSEN mit **UTF-8** (*8-Bit Universal Character Set Transformation Format*, nach RFC 3629 / STD 63 (2003)) codiert werden.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" standalone="yes"?>  
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">  
:
```

5.1.2.2 Hinterlegung eines Stylesheets

Um ein CDA-Dokument in einem Webbrowser anzeigen zu können, muss es nach HTML transformiert werden. Das kann durch eine XSLT-Transformation (ein so genanntes „Stylesheet“) geschehen. Ist das Stylesheet im angegebenen Pfad erreichbar, wird dieses beim Öffnen des CDA-Dokuments mit einem Browser üblicherweise automatisch auf das CDA-Dokument angewandt und die Darstellung gerendert.

ELGA stellt zur einheitlichen Darstellung von CDA-Dokumenten ein „Referenz-Stylesheet“ zur Verfügung (Download ist von der ELGA Website <http://www.elga.gv.at/cda> möglich). Da der Zugriff auf XSLT-Programme von den meisten Browsern eingeschränkt ist, wird kein absoluter Pfad auf eine Webressource angegeben.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8" standalone="yes"?>
<?xml-stylesheet type="text/xsl" href="ELGA_Stylesheet_v1.0.xsl"?>
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
:
```

Das Stylesheet „**ELGA_Stylesheet_v1.0.xsl**“ MUSS angegeben werden **[M]**. Die Angabe eines Pfades ist NICHT ERLAUBT. Ausnahmen können für automatisiert erstellte Dokumente notwendig sein, diese müssen im allgemeinen und speziellen Leitfäden beschrieben werden.

5.1.3 Wurzelement

Der XML-Namespace für CDA Release 2.0 Dokumente ist [urn:hl7-org:v3](http://www.hl7.org/urns/urn:hl7-org:v3) (Default-Namespace). Dieser MUSS in geeigneter Weise in jeder CDA XML Instanz genannt werden. In speziellen Leitfäden können weitere namespace-Präfixe angegeben werden.

Für ELGA CDA-Dokumente MUSS der Zeichensatz UTF-8 verwendet werden.

CDA-Dokumente beginnen mit dem Wurzelement **ClinicalDocument**, der grobe Aufbau ist im folgenden Übersichtsbeispiel gegeben.

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
  <!-- CDA Header -->
  ... siehe Beschreibung CDA R2 Header ...
  <!-- CDA Body -->
  <component>
    <structuredBody>
      ... siehe Beschreibung CDA R2 Body ...
    </structuredBody>
  </component>
</ClinicalDocument>
```

5.1.4 Hoheitsbereich des Dokuments („realmCode“)

Dieses Element kennzeichnet, dass das Dokument aus dem Hoheitsbereich Österreich (bzw. Bereich der HL7 Affiliate Austria, Code „AT“) stammt.

5.1.4.1 Strukturbeispiel

```
<realmCode code="AT"/>
```

5.1.4.2 Spezifikation

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
realmCode	CS CNE	1..1	M	Hoheitsbereich des Dokuments Fester Wert: @code = AT (aus ValueSet „ELGA_RealmCode“)

5.1.5 Dokumentformat („typeld“)

Dieses Element kennzeichnet, dass das Dokument im Format CDA R2 vorliegt.

5.1.5.1 Strukturbeispiel

```
<typeld root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="PO-  
CD_HD000040"/>
```

5.1.5.2 Spezifikation

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
typeld	II	1..1	M	Dokumentformat CDA R2 Feste Werte: @root = 2.16.840.1.113883.1.3' @extension = POCD_HD000040

5.1.6 Dokumenten-Id („id“)

Die Dokumenten-Id eines CDA-Dokuments ist ein eindeutiger Instanzidentifikator, der das Dokument weltweit eindeutig und für alle Zeit identifiziert. Ein CDA-Dokument hat genau eine Id.

5.1.6.1 Strukturbeispiel

```
<id  
  root="1.2.40.0.34.99.111.1.1"  
  extension="134F989"  
  assigningAuthorityName="Amadeus Spital"/>
```

5.1.6.2 Spezifikation

Es MUSS eine gültige und innerhalb des ID-Pools eindeutige Dokumenten-ID angegeben werden.

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
------------------	----	------	------	--------------

id	II	1..1	M	Dokumenten-Id Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß „ Identifikations-Elemente “ zu befolgen.
----	----	------	---	--

5.1.7 Erstellungsdatum des Dokuments („effectiveTime“)

5.1.7.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.90008 ref elgabbr-	Gültigkeit	2016-07-21 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> CDeffectiveTime vom 2013-11-07
Status	Aktiv	Versions-Label	
Name	CDeffectiveTime	Bezeichnung	CD effectiveTime




Beschreibung

Mit Erstellungsdatum ist jenes Datum gemeint, welches normalerweise im Briefkopf eines Schriftstückes angegeben wird. (z.B.: Wien, am ...). Das Erstellungsdatum dokumentiert den Zeitpunkt, an dem das Dokument inhaltlich fertiggestellt wurde.

Bemerkung: Das Erstellungsdatum des Dokuments muss nicht mit dem Datum der rechtlichen Unterzeichnung (oder „Vidierung“) übereinstimmen.

Klassifikation	CDA Header Level Template						
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)						
Assoziiert mit	<p>Assoziiert mit 1 Konzept</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Id</th> <th>Name</th> <th>Datensatz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>elgagab-da-taelement-8</td> <td> Erstellungsdatum</td> <td> Datensatz</td> </tr> </tbody> </table>	Id	Name	Datensatz	elgagab-da-taelement-8	Erstellungsdatum	Datensatz
Id	Name	Datensatz					
elgagab-da-taelement-8	Erstellungsdatum	Datensatz					
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.90008 <i>CD effectiveTime</i> (2016-07-21) ref elgabbr-						
Beispiel	<p>Nur Datum: Zeitpunkt als Datum (ohne Zeit) im Format YYYYMMDD</p> <pre><effectiveTime value="20081224"/></pre>						
Beispiel	<p>Datum, Zeit und Zeitzone: Zeitpunkt als Datum mit Zeit und Zeitzone im Format YYYYMMDDhhmmss[+/-]HHMM</p> <pre><effectiveTime value="20081224082015+0100"/></pre>						

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:effectiveTime	TS.AT.TZ	1 ... 1	M	Erstellungsdatum des Dokuments. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Zeit-Elemente“ zu befolgen.	(CDe...ime)

 elgagab-data element-8
  Erstellungsdatum
  Datensatz

5.1.8 Vertraulichkeitscode („confidentialityCode“)

5.1.8.1 Spezifikation



Id	1.2.40.0.34.11.90009 ref elgabbr-	Gültigkeit	2013-11-07
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	CDconfidentialityCode	Bezeichnung	CD confidentialityCode

Beschreibung

„Vertraulichkeitscode“ (im CDA das Element ClinicalDocument/confidentialityCode) bezeichnet die Vertraulichkeitsstufe dieses Dokuments.

Der tatsächliche Zugriff auf das Dokument muss von der übergeordneten Infrastrukturschicht geregelt werden. Die Information des Vertraulichkeitscodes im Dokument selbst, dient nur der reinen Information und hat keine technischen Konsequenzen.

Da Dokumente nach der Vidierung weder technisch noch legistisch geändert werden dürfen, kann der Vertraulichkeitscode keine konkreten Zugriffsrechte auf das Dokument regeln, sondern nur auf „Metaebenen“, wie beispielsweise „geltendes Recht XY“ oder weiterführende Verwendungen über das IHE BPPC Profil, verweisen.

Klassifikation	CDA Header Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	elgagab-data element-266	 Vertraulichkeitscode	 Datensatz
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.90009 <i>CD confidentialityCode</i> (2013-11-07) ref elgabbr-		
Beispiel	<p>Beispiel</p> <pre><confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25" displayName="normal"/></pre>		

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
hl7:confidentialityCode	CE	1 ... 1	M		(CDc...ode)
				elgagab-data element-266 Vertraulichkeitscode Datensatz	
└ @code		1 ... 1	F	N	
└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.5.25 (Confidentialty (HL7))	
└ @displayName		1 ... 1	F	normal	

5.1.9 Sprachcode des Dokuments („languageCode“)

5.1.9.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.90010 elgabbr-	Gültigkeit	2013-11-07
Status	Aktiv	Versions-Label	
Name	CDlanguageCode	Bezeichnung	CD languageCode

Beschreibung

Die Sprache des Dokuments wird in diesem Attribut gemäß IETF (Internet Engineering Task Force), RFC 1766: Tags for the Identification of Languages nach ISO-639-1 (zweibuchstabile Codes für Sprachen, Kleinbuchstaben) und ISO 3166 (hier: zweibuchstabile Ländercodes, Großbuchstaben) festgelegt.

Das Format ist entsprechend ss-CC, mit ss, zwei Kleinbuchstaben für den Sprachencode gemäß ISO-639-1, und CC, zwei Großbuchstaben für den Ländercode gemäß ISO 3166 (Tabelle mit zwei Buchstaben).




Klassifikation	CDA Header Level Template						
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)						
Assoziiert mit	<p>Assoziiert mit 1 Konzept</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Id</th> <th>Name</th> <th>Datensatz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>elgagab-daelement-265</td> <td> Sprachcode</td> <td> Datensatz</td> </tr> </tbody> </table>	Id	Name	Datensatz	elgagab-daelement-265	Sprachcode	Datensatz
Id	Name	Datensatz					
elgagab-daelement-265	Sprachcode	Datensatz					
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.90010 <i>CD languageCode</i> (2013-11-07) elgabbr-						


Beispiel

Beispiel

```
<languageCode code="de-AT"/>
```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:languageCode	CS.LANG	1 ... 1	M	Sprachcode des Dokuments.	(CDI...ode)

 elgagab-data element-265  Sprachcode  Datensatz


 @code

CONF	1 ... 1	F	de-AT
------	---------	---	-------

5.1.10 Versionierung des Dokuments („setId“ und „versionNumber“)

5.1.10.1 Spezifikation

Es **MÜSSEN** immer beide Elemente (setID und versionNumber) angegeben werden.

Id	1.2.40.0.34.11.90007 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2015-09-18 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> CDsetIdversionNumber vom 2015-05-29<input type="radio"/> CDsetIdversionNumber vom 2013-11-07
Status	 Aktiv	Versions-Label	
Name	CDsetIdversionNumber	Bezeichnung	SetId VersionNumber

Beschreibung

Der CDA-Header repräsentiert ebenfalls die Beziehungen zu anderen Dokumenten mit Referenz auf die oben genannte Dokumenten-Identifikation.

Mittels der Attribute setId und versionNumber kann eine Versionskennung des Dokuments erreicht werden. Für ELGA-CDA-Dokumente **MÜSSEN** immer beide Elemente angegeben werden.

Die setId bezeichnet das Set von Dokumenten, die zu einer Reihe von Versionen gehören. Sie bleibt über alle Versionen der Dokumente gleich (initialer Wert bleibt erhalten). Die versionNumber ist eine natürliche Zahl für die fortlaufende Versionszählung. Mit einer neuen Version wird diese Zahl hochgezählt, die setId bleibt gleich.

Klassifikation	CDA Header Level Template
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.90007 <i>SetId VersionNumber</i> (2015-09-18) <small>ref elgabbr-</small>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Beispiel

```

<!-- Die bei setId angegebene ID SOLLTE nicht gleich sein wie die id des Dokuments.-->
<art:placeholder>
  <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.1" extension="AAAAAAAAAAAAAAAA"/>
  <setId root="1.2.40.0.34.99.111.1.1" extension="ZZZZZZZZZZZZZZZZ"/>
  <versionNumber value="1"/>
</art:placeholder>

```

Beispiel

```

<!--Die bei setId angegebene ID MUSS mit der setId der Vorversion übereinstimmen.-->
<art:placeholder>
  <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.1" extension="BBBBBBBBBBBBBBBB"/>
  <setId root="1.2.40.0.34.99.111.1.1" extension="ZZZZZZZZZZZZZZZZ"/>
  <versionNumber value="2"/>
</art:placeholder>

```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:setId	II	1 ... 1	M	<p>Eindeutige Id des Dokumentensets. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Identifikations-Elemente“ zu befolgen.</p> <p>Hinweis: Bestimmte Systeme, die bei der Übernahme der SetID in die XDS-Metadaten mit dem V2-Datentyp CX arbeiten, könnten ein Problem mit @Extension-Attributen haben, die länger als 15 Zeichen sind. Die SetID sollte unterschiedlich zur clinicalDocument.id sein.</p>	(CDs...ber)
	Beispiel	<pre><setId extension="D1127" root="1.2.276.0.76.3.1.139.2.427"/></pre>			
h17:versionNumber	INT.NON-NEG	1 ... 1	M	<p>Versionsnummer des Dokuments.</p>	(CDs...ber)
	Beispiel	<pre><versionNumber value="1"/></pre>			

Für die setId sind grundsätzlich die Vorgaben gemäß Kapitel „id-Element II“ zu befolgen. Die versionNumber von neuen Dokumenten wird mit 1 festgelegt.

Anhänge oder Ersetzungen von Vordokumenten MÜSSEN ebenfalls diese zusätzlichen Angaben enthalten.

Der genaue Zusammenhang zwischen diesen Attributen finden Sie im „[Bezug zu vorgehenden Dokumenten](#)“.

Achtung: Manche Validatoren erkennen es als Fehler, wenn die SetID und ID gleich sind.

5.1.11 Elemente mit speziellen Vorgaben

5.1.11.1 ELGA Implementierungsleitfaden-Kennzeichnung („`templated`“)

Mit Angabe dieses Elements wird ausgesagt, dass das vorliegende CDA-Dokument zu diesem Implementierungsleitfaden konform ist. Ein Dokument, welches dem vorliegenden Implementierungsleitfaden folgt, muss auch dem übergeordneten Allgemeinen Implementierungsleitfaden folgen.

5.1.11.1.1 Spezielle Vorgaben für den Befund „Bildgebende Diagnostik“

Die `templated`-Elemente für diesen Implementierungsleitfaden sind anzugeben. Als Ergebnis der Arbeitsgruppe wird für den Befund bildgebende Diagnostik neben der ELGA Interoperabilitätsstufe (EIS) „Basic“/„Structured“ nur EIS „Full Support“ definiert.

5.1.11.1.2 Strukturbeispiel

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
  :
  <!-- ELGA CDA Dokumente -->
  <templated root="1.2.40.0.34.11.1"/>

  <!-- ELGA CDA Befund „Bildgebende Diagnostik“ -->
  <templated root="1.2.40.0.34.11.5"/>

  <!-- In Abhängigkeit von der ELGA Interoperabilitätsstufe (EIS) -->
  <!-- EIS „Basic“ bzw. „Structured“ -->
  <templated root="1.2.40.0.34.11.5.0.1"/>
  ... oder ...
  <!-- EIS „Full support“ -->
  <templated root="1.2.40.0.34.11.5.0.3"/>
  :
</ClinicalDocument>
```

5.1.11.1.3 Spezifikation

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
templated	II	1..1	M	ELGA Templated für den Allgemeinen Implementierungsleitfaden Fester Wert: @root = 1.2.40.0.34.11.1
templated	II	1..1	M	ELGA Templated für den speziellen Implementierungsleitfaden „Bildgebende Diagnostik“ Fester Wert: @root = 1.2.40.0.34.11.5
--- zusätzlich eine der folgenden templateds ---				
Im Falle von EIS „Basic“				
(Das Dokument enthält entweder unstrukturierten oder eingebetteten Inhalt (z.B. PDF) oder enthält strukturierten Inhalt, wobei jedoch nicht alle Sektionen den Vorgaben von EIS „Enhanced“ oder höher folgen)				

1	templated	II	1..1	M	ELGA CDA Befund bildgebende Diagnostik in EIS „Basic“ Fester Wert @root = 1.2.40.0.34.11.5.0.1
2	--- oder ---				
3	Im Falle von EIS „Full support“:				
4	(Alle Sektionen folgen ausnahmslos den Vorgaben von EIS „Full support“)				
5	templated	II	1..1	M	ELGA CDA Befund bildgebende Diagnostik in EIS „Full support“ Fester Wert @root = 1.2.40.0.34.11.5.0.3
6					
7					

5.1.11.2 Dokumentenklasse (“code”)

Gemäß dem Inhalt eines Dokuments erfolgt eine entsprechende Klassifizierung, welche im „code“ Element dargestellt wird. Die Klasseneinteilung, die beim Befund „Bildgebende Diagnostik“ zur Anwendung kommt, ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Dort ist zu sehen, dass sich unter der allgemeinen Klasse „Diagnostic imaging study“ mehrere, in der Regel modalitätenspezifische, Detailausprägungen gruppieren.

Die Klassifizierung eines Befunds „Bildgebende Diagnostik“ erfolgt mit dem für die durchgeführte Untersuchung zutreffendsten Code aus der untenstehenden Tabelle. Sollte kein spezifischer Code wählbar sein, so ist der übergeordnete Code für das Dokument zu wählen.

Bei der Registrierung des Dokuments in einer Registry wird in den XDS-Daten zum gewählten Code, der als „TypeCode“ abgebildet wird, immer auch der „übergeordnete Code“ als „ClassCode“ eingetragen.

Die Codierung der Dokumentenklasse erfolgt gemäß dem hierarchisch organisierten Value Set „**ELGA_Dokumentenklassen**“ (**1.2.40.0.34.10.39**) (LOINC Auszug), wobei für Dokumente entsprechend diesem Leitfaden nur der Eintrag „18748-4 Diagnostic imaging study“ und dessen Unterknoten verwendet werden dürfen.

In der nachfolgenden Tabelle sind zulässige Werte dargestellt. Die aktuell gültigen Codes sind immer dem entsprechenden Value Set zu entnehmen. Sämtliche in den Implementierungsleitfäden verwendeten Value Sets werden am österreichischen Terminologieserver publiziert: <https://term-pub.gesundheit.gv.at/>.

LOINC Code	Display Name	Beschreibung
18748-4	Diagnostic imaging study	Befund bildgebende Diagnostik
25045-6	Unspecified body region CT	Computertomographie-Befund
25056-3	Unspecified body region MRI	Magnetresonanztomographie-Befund
25061-3	Unspecified body region US	Ultraschall-Befund
49118-3	Unspecified body region Scan	Nuklearmedizinischer Befund
44136-0	Unspecified body region PET	Positronen-Emissions-Tomographie-Befund
18745-0	Cardiac catheterization study	Herzkatheter-Befund
42148-7	Heart US	Echokardiographie-Befund
18782-3	Radiology Study observation (narrative)	Radiologie-Befund
18746-8	Colonoscopy study	Kolonoskopie-Befund

18751-8	Endoscopy study	Endoskopie-Befund
11525-3	Obstetrical ultrasound study	Geburtshilfliche Ultraschalluntersuchung

Tabelle 1: Codes für die Dokumentenklasse, aktuell gültige Codes siehe Value Set „ELGA_Dokumentenklassen“

5.1.11.2.1 Spezielle Vorgaben für den Befund „Bildgebende Diagnostik“

Alle Befunde „Bildgebende Diagnostik“ werden abhängig von Inhalt oder verwendeter Untersuchungsmethode aus der obigen Tabelle codiert. Sollte eine Spezialisierung nicht möglich bzw. gewünscht sein, so ist folgender LOINC Code anzugeben:

18748-4, Diagnostic imaging study

5.1.11.2.2 Strukturbeispiel

```
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3">
  :
  <code code="18748-4"
        displayName="Diagnostic imaging study"
        codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"
        codeSystemName="LOINC" />
  :
</ClinicalDocument>
```

5.1.11.2.3 Spezifikation

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
code	CE CWE	1..1	M	Code des Dokuments
@code	cs	1..1	M	Zugelassene Werte in Value Set „ ELGA_Dokumentenklassen “: „18748-4 Diagnostic imaging study“ und Unterknoten
@displayName	st	1..1	M	Displayname (englisch) zu @code
@codeSystem	uid	1..1	M	Fester Wert: 2.16.840.1.113883.6.1
@codeSystemName	ADXP	1..1	M	Fester Wert: LOINC

5.1.11.3 Titel des Dokuments („title“)

Dieses Element enthält den für den lesenden Dokumentempfänger gedachten Titel.

5.1.11.3.1 Spezielle Vorgaben für den Befund bildgebende Diagnostik

Der Titel des Dokuments kann frei vergeben werden, wobei der Titel nicht in Widerspruch zum Dokumenteninhalt stehen darf. Vorzugsweise wird ein „sprechender“ Titel verwendet (z.B. „MRT Knie links“). Der Titelvorschlag „Befund bildgebende Diagnostik“ kann für alle Dokumente verwendet werden.

Wenn z.B. bei der Übernahme der Information aus einem DICOM SR (Structured Report) kein Titel zur Verfügung steht, so ist die deutsche Bezeichnung des gewählten LOINC zur Befüllung heranzuziehen.

5.2 Teilnehmende Parteien

5.2.1 Elemente ohne spezielle Vorgaben

Folgende Elemente erfordern keine speziellen Vorgaben:

- Patient („recordTarget/patientRole“)
- Verfasser des Dokuments („author“)
- Personen bei der Dateneingabe („dataEnterer“)
- Verwahrer des Dokuments („custodian“)
- Beabsichtigte Empfänger des Dokuments („informationRecipient“)²

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden:

Die Elemente erfordern keine speziellen Vorgaben. Es gelten die Vorgaben der entsprechenden Kapitel des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“.

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

5.2.2 Patient („recordTarget/patientRole“)

Im CDA-Header wird mindestens eine Patientenrolle beschrieben, die zu genau einer Person zugehörig ist. Die recordTarget Beziehung weist auf die Patient-Klasse und gibt an, zu welchem Patienten dieses Dokument gehört.

Auszug aus dem R-MIM:

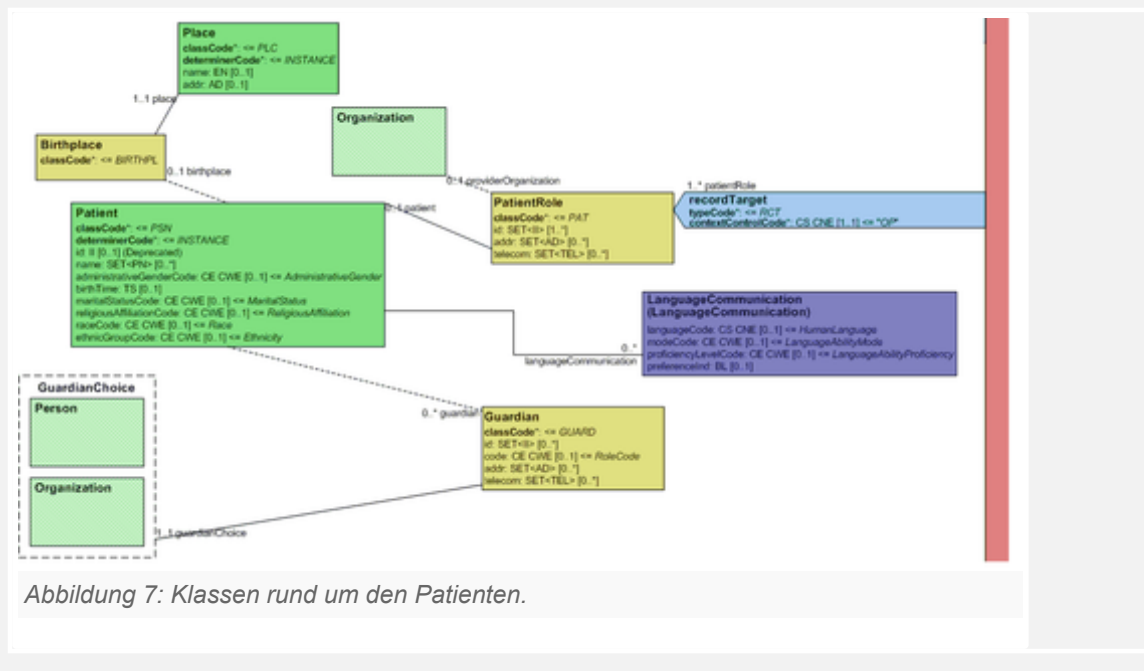


Abbildung 7: Klassen rund um den Patienten.

5.2.2.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20001 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2017-07-20 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> HeaderRecordTarget vom 2018 14:23:51 <input type="radio"/> HeaderRecordTarget vom 2017 <input type="radio"/> HeaderRecordTarget vom 2013 <input type="radio"/> HeaderRecordTarget vom 2013 <input type="radio"/> HeaderRecordTarget vom 2011
Status	● Entwurf	Versions-Label	
Name	HeaderRecordTarget	Bezeichnung	HeaderRecordTarget

Beschreibung

Das RecordTarget-Element enthält den Patienten: Die Person, die von einem Gesundheitsdiensteanbieter (Arzt, einer Ärztin oder gehörigen anderer Heilberufe) behandelt wird und über die bzw über deren Gesundheitsdaten im Dokument berichtet wird.

Klassifikation	CDA Header Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensa
	elgagab-dataelement-9	● Patient	● Daten
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.90017	Inklusion	● Language Communication
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20001 <i>HeaderRecordTarget</i> (2017-03-27) <small>ref elgabbr-</small>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Beispiel

Vollständiges Beispiel

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

```
<recordTarget typeCode="RCT" contextControlCode="OP">
  <patientRole classCode="PAT">
    <!-- lokale Patienten ID vom System -->
    <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.2" extension="4711" assigningAuthorityName="Amadeus Spital"/>
    <!-- Sozialversicherungsnummer des Patienten -->
    <id root="1.2.40.0.10.1.4.3.1" extension="1111241261" assigningAuthorityName="Österreichische
cherung"/>
    <!-- Adresse des Patienten -->
    <addr use="H">
      <streetName>Musterstraße</streetName>
      <houseNumber>13a</houseNumber>
      <postalCode>7000</postalCode>
      <city>Eisenstadt</city>
      <state>Burgenland</state>
      <country>AUT</country>
    </addr>
    <!-- Kontaktdaten des Patienten-->
    <telecom value="tel:+43.1.40400" use="H"/>
    <telecom value="tel:+43.664.1234567" use="MC"/>
    <telecom value="mailto:herbert.mustermann@provider.at"/>
    <!-- Name des Patienten -->
    <patient classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <prefix qualifier="AC">Dipl.Ing.</prefix>
        <given>Herbert</given>
        <given>Hannes</given>
        <family>Mustermann</family>
        <family qualifier="BR">VorDerHeirat</family>
        <suffix qualifier="AC">BSc</suffix>
        <suffix qualifier="AC">MBA</suffix>
      </name>
      <!-- Geschlecht des Patienten -->
      <administrativeGenderCode code="M" displayName="Male" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1" cod
me="HL7:AdministrativeGender"/>
      <!-- Geburtsdatum des Patienten -->
      <birthTime value="19701224"/>
      <!-- Familienstand des Patienten -->
      <maritalStatusCode code="D" displayName="Divorced" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.2"/>
      <!-- Religionszugehörigkeit des Patienten -->
      <religiousAffiliationCode code="101" displayName="Römisch-Katholisch" codeSys-
tem="2.16.840.1.113883.2.16.1.4.1" codeSystemName="HL7.AT:ReligionAustria"/>
      <!-- Vormund/Sachwalter des Patienten "Organisation"-->
      <guardian>
        <!-- Eine Organisation als Guardian, hier als Strukturbeispiel-->
        <addr>
          <streetAddressLine>Kinderdorfstraße 1</streetAddressLine>
          <postalCode>2371</postalCode>
          <city>Hinterbrühl</city>
          <state>Niederösterreich</state>
          <country>AUT</country>
        </addr>
        <!-- Kontaktdaten des Vormunds/Sachwalters (Organisation)-->
        <telecom use="H" value="tel:+43.2236.2928"/>
        <telecom use="WP" value="tel:+43.2236.9000"/>
        <guardianOrganization>
          <!-- Name der Vormund/Sachwalter-Organisation-->
          <name>SOS Kinderdorf Hinterbrühl</name>
        </guardianOrganization>
      </guardian>
      <!-- Vormund/Sachwalter des Patienten "Person" -->
      <guardian>
        <!-- Adresse des Vormunds/Sachwalters (Person) -->
        <addr>
          <streetAddressLine>Musterstraße 1234</streetAddressLine>
          <postalCode>8011</postalCode>
          <city>Graz</city>
          <state>Steiermark</state>
          <country>AUT</country>
        </addr>
        <!-- Kontaktdaten des Vormunds/Sachwalters (Person) -->
        <telecom use="MC" value="tel:+43.676.1234567"/>
        <telecom use="H" value="tel:+43.316.717.653.9939"/>
        <telecom use="WP" value="tel:+43.316.608.271.9000"/>
        <guardianPerson>
          <!-- Name der Vormund/Sachwalter-Organisation -->
          <name>
            <given>Susi</given>
            <family>Sorgenvoll</family>
          </name>
        </guardianPerson>
      </guardian>
      <!-- Geburtsort des Patienten -->
      <birthplace>
        <place>
          <addr>Graz</addr>
        </place>
      </birthplace>
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
```

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

```
</birthplace>  
</patient>  
</patientRole>  
</recordTarget>
```

Beispiel

Minimalbeispiel 1

```
<recordTarget typeCode="RCT" contextControlCode="OP">  
  <patientRole classCode="PAT">  
    <!-- lokale Patienten ID vom System -->  
    <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.2" extension="4711"/>  
    <!-- Name des Patienten -->  
    <patient classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">  
      <name>  
        <given>Herbert</given>  
        <family>Mustermann</family>  
      </name>  
      <!-- Geschlecht des Patienten -->  
      <administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>  
      <!-- Geburtsdatum des Patienten -->  
      <birthTime value="19701224"/>  
    </patient>  
  </patientRole>  
</recordTarget>
```

Beispiel

Minimalbeispiel 2

```
<recordTarget>  
  <patientRole>  
    <!-- lokale Patienten ID -->  
    <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.2" extension="4711"/>  
    <!-- Name des Patienten -->  
    <patient>  
      <name>  
        <given>Herbert</given>  
        <family>Mustermann</family>  
      </name>  
      <!-- Geschlecht des Patienten -->  
      <administrativeGenderCode nullFlavor="UNK"/>  
      <!-- Geburtsdatum des Patienten -->  
      <birthTime nullFlavor="UNK"/>  
    </patient>  
  </patientRole>  
</recordTarget>
```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung
hl7:recordTarget				Komponente für die Patientendaten.
				 elgagab-dataelement-9  Patient  Datensatz
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	RCT
└ @contextControlCode	cs	0 ... 1	F	OP
Beispiel				<pre><recordTarget typeCode="RCT" contextControlCode="OP"> <patientRole classCode="PAT"> <!-- ... --> </patientRole> </recordTarget></pre>
└ hl7:patientRole		1 ... 1	R	Patientendaten.
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	PAT
Beispiel				<pre><patientRole classCode="PAT"> <id extension="186245" root="1.2.276.0.76.3.1.139.3.87"> <patient classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </patient> </patientRole></pre>
Schematron assert	role	error		
	test	string-length(hl7:id[1]/@root)>0		
	Meldung	patientRole id[1] MUSS als lokale Patienten ID vom System vorhanden sein		
Schematron assert	role	error		
	test	hl7:id[2]/@root = '1.2.40.0.10.1.4.3.1' or hl7:id[2]/@nullFlavor='NI' or hl7:id[2]/@nullFlavor='UNK'		
	Meldung	patientRole id[2] MUSS Sozialversicherungsnummer des Patienten sein (1.2.40.0.10.1.4.3.1) oder @nullFlavor 'NI' oder 'UNK' ist angegeben		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

<p>└ h17:id</p>	<p>II</p>	<p>2 ... *</p>	<p>R</p>	<p>id[1] Identifikation des Patienten im lokalen System. id[2] Sozialversicherungsnummer des Patienten Zugelassene nullFlavor: <ul style="list-style-type: none"> NI ... Patient hat keine Sozialversicherungsnummer (z.B. Ausländer, ...) UNK ... Patient hat eine Sozialversicherungsnummer, diese ist jedoch unbekannt id[3] Bereichsspezifisches Personen-kennzeichen, Bereichskennzeichen GH (Gesundheit)</p>
		<p>Beispiel</p>	<p>lokale Patienten ID vom System, notwendig für XDS <pre><id root="1.2.40.0.34.99.111.1.2" extension="4711" assigningAuthorityName="Amadeus Spital"/></pre></p>	
		<p>Beispiel</p>	<p>Patienten SV Nummer <pre><id root="1.2.40.0.10.1.4.3.1" extension="1234241270" assigningAuthorityName="Österreichische Sozialversicherung"/></pre></p>	
		<p>Beispiel</p>	<p>bPK-GH des Patienten: Bereichskürzel + bPK (Base64,28 Z) <pre><id root="1.2.40.0.10.2.1.1.149" extension="GH:XNV5ThCj5OwJR0oOcWmK4WUs5p4=" assigningAuthorityName="Österreichische Stammzahlenregisterbehörde"/></pre> <p><!--Anmerkung: Das bPK dient ausschließlich zur Identifizierung der elektronischen Identität und darf nicht im Ausdruck erscheinen--></p> </p>	
<p>└ h17:addr</p>	<p>AD</p>	<p>0 ... 1</p>		<p>Adresse des Patienten. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Adress-Elemente“ zu befolgen.</p>
<p>└ h17:streetAddressLine</p>		<p>0 ... 1</p>		
<p>└ h17:streetName</p>		<p>0 ... 1</p>		
<p>└ h17:houseNumber</p>		<p>0 ... 1</p>		
		<p>Schematron assert</p>	<p>role</p>	<p>error</p>
			<p>test</p>	<p>h17:streetAddressLine or (h17:streetName and h17:houseNumber)</p>
			<p>Meldung</p>	<p>Granularitätsstufen Adresse beachten: streetAddressLine oder streetName+houseNumber</p>
<p>└ h17:postalCode</p>		<p>1 ... 1</p>	<p>M</p>	
<p>└ h17:city</p>		<p>1 ... 1</p>	<p>M</p>	
<p>└ h17:state</p>		<p>0 ... 1</p>	<p>C</p>	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

└ h17:country		1 ... 1	M	
└ h17:additionalLocator		0 ... 1		
└ h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		Kontaktdaten des Patienten. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Kontaktdaten-Element“ zu befolgen.
└ h17:patient		0 ... 1		
└ @classCode	CS	0 ... 1	F	PSN
└ @determinerCode	CS	0 ... 1	F	INSTANCE
└ h17:name	PN	1 ... 1	M	Name des Patienten. Für den Namen ist verpflichtend Granularitätsstufe 2 („strukturierte Angabe des Namens“) anzuwenden! Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Personen PN“ zu befolgen.
└ h17:prefix		0 ... *		
└ h17:given		1 ... *	M	
└ h17:family		1 ... *	M	
└ h17:suffix		0 ... *		
└ h17:administrativeGenderCode	CE	1 ... 1	R	Codierung des Geschlechts des Patienten. Zugelassene nullFlavor: UNK
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem ValueSet 1.2.40.0.34.10.4 <i>ELGA_AdministrativeGender</i> (DYNAMIC)
└ h17:birthTime	TS.DATE.MIN	1 ... 1	R	Geburtsdatum des Patienten. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Zeit-Elemente“ zu befolgen. Zugelassene nullFlavor: UNK
└ h17:maritalStatusCode	CE	0 ... 1		Codierung des Familienstands des Patienten.
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem ValueSet 1.2.40.0.34.10.11 <i>ELGA_MaritalStatus</i> (DYNAMIC)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

↳ h17:religiousAffiliationCode	CE	0 ... 1		Codierung des Religionsbekenntnisses des Patienten.
	CONF	Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem ValueSet 1.2.40.0.34.10.18 ELGA_ReligiousAffiliation (DYNAMIC)		
↳ h17:raceCode			NP	Rasse des Patienten Darf nicht verwendet werden!
↳ h17:ethnicGroupCode			NP	Ethnische Zugehörigkeit des Patienten. Darf nicht verwendet werden!
↳ h17:guardian		0 ... *		Gesetzlicher Vertreter: Erwachsenenvertreter, Vormund, Obsorgeberechtigter
↳ h17:addr	AD	0 ... 1		Die Adresse des gesetzlichen Vertreters oder der Organisation. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Adress-Elemente“ zu befolgen.
↳ h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		Beliebig viele Kontaktdaten des gesetzlichen Vertreters oder der Organisation. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Kontaktdaten-Element“ zu befolgen.
<i>Auswahl</i>		1 ... 1		Elemente in der Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ h17:guardianPerson ▪ h17:guardianOrganization
↳ h17:guardianPerson		... 1		Name des des gesetzlichen Vertreters (Person).
↳ h17:name	PN	1 ... 1	M	Name der Person.
↳ h17:guardianOrganization		... 1		Name des des gesetzlichen Vertreters (Organisation).
↳ h17:name	ON	1 ... 1	M	Name der Organisation.
↳ h17:birthplace		0 ... 1		Geburtsort des Patienten.
↳ h17:place		1 ... 1	M	

				Die Adresse des Geburtsorts.
└─	h17:addr	AD	1 ... 1	M
				Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß „Adress-Elemente“ für Granularitätsstufe 1 zu befolgen.
				Granularitätsstufe 2 oder 3 ist auch bei Enhanced und Full Support nicht erforderlich.
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90017 Language Communication (DYNAMIC)
└─	h17:languageCommunication		0 ... *	
				Komponente zur Angabe der Sprachfähigkeiten des Patienten.
└─	h17:languageCode	CS	0 ... 1	
				Sprache, die vom Patienten zu einem bestimmten Grad beherrscht wird (geschrieben oder gesprochen).
		CONF		Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem ValueSet 1.2.40.0.34.10.173 ELGA_HumanLanguage (DYNAMIC)
└─	h17:modeCode	CE	0 ... 1	
				Ausdrucksform der Sprache. @codeSystem Fester Wert: 2.16.840.1.113883.5.60
		CONF		Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem ValueSet 1.2.40.0.34.10.175 ELGA_LanguageAbilityMode (DYNAMIC)
└─	h17:proficiencyLevelCode	CE	0 ... 1	
				Grad der Sprachkenntnis in der Sprache. @codeSystem Fester Wert: 2.16.840.1.113883.5.61
		CONF		Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem ValueSet 1.2.40.0.34.10.174 ELGA_ProficiencyLevelCode (DYNAMIC)
└─	h17:preferenceInd	BL	0 ... 1	
				Kennzeichnung, ob die Sprache in der angegebenen Ausdrucksform vom Patienten bevorzugt wird.

5.2.2.1.1 id

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
id[1]	II	1..1	M	Identifikation des Patienten im lokalen System Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „Identifikations-Elemente“ zu befolgen.

id[2]	II	1..1	R	Sozialversicherungsnummer des Patienten Zugelassene nullFlavor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NI ... Patient hat keine Sozialversicherungsnummer (z.B. Ausländer, ...) ▪ UNK ... Patient hat eine Sozialversicherungsnummer, diese ist jedoch unbekannt
@root	uid	1..1	M	OID der Liste aller österreichischen Sozialversicherungen Fester Wert: 1.2.40.0.10.1.4.3.1
@extension	st	1..1	M	Vollständige Sozialversicherungsnummer des Patienten (alle 10 Stellen)
@assigningAuthorityName	st	0..1	O	Fester Wert: Österreichische Sozialversicherung
id[3]	II	0..1	O	Bereichsspezifisches Personenkennzeichen, Bereichskennzeichen GH (Gesundheit)
@root	uid	1..1	M	OID der österreichischen bPK Fester Wert: 1.2.40.0.10.2.1.1.149
@extension	st	1..1	M	bPK-GH des Patienten: Bereichskürzel + bPK (Base64, 28 Zeichen) (insg. 31 Stellen) Anmerkung: Das bPK dient ausschließlich der Zuordnung der elektronischen Identität und darf daher nicht am Ausdruck erscheinen
@assigningAuthorityName	st	0..1	O	Fester Wert: Österreichische Stammzahlenregisterbehörde

Hinweis: Die Reihenfolge der id-Elemente MUSS unbedingt eingehalten werden!

5.2.2.1.2 addr

Es MUSS eine mögliche Adresse unterstützt werden. Spezielle Leitfäden (z.B. Entlassungsbrief Pflege) können es erforderlich machen, dass auch mehr als eine Adresse unterstützt werden muss.

5.2.2.1.3 patient/languageCommunication

In der Klasse *languageCommunication* können Informationen bezüglich der Sprachfähigkeiten und Ausdrucksform (z.B. gesprochen oder geschrieben) des Patienten angegeben werden.

Dieser Leitfaden schränkt die möglichen Werte für die Sprache auf Werte aus dem Value Set ELGA_HumanLanguage ein. Gemäß IETF / RFC 3066 enthält es ein bestimmtes Subset von Codes aus ISO 639-1 und ISO 639-2 (also zwei- und dreistellige Sprachcodes). Gemäß RFC 3066 ist es zulässig, eine Angabe der landestypischen Ausprägung der Sprache nach einem Bindestrich anzufügen. Das Land wird dabei nach ISO 3166-1 Alpha 2 angegeben. Dies MUSS bei der Auswertung des languageCodes berücksichtigt und toleriert werden.

5.2.2.1.4 patient/guardian

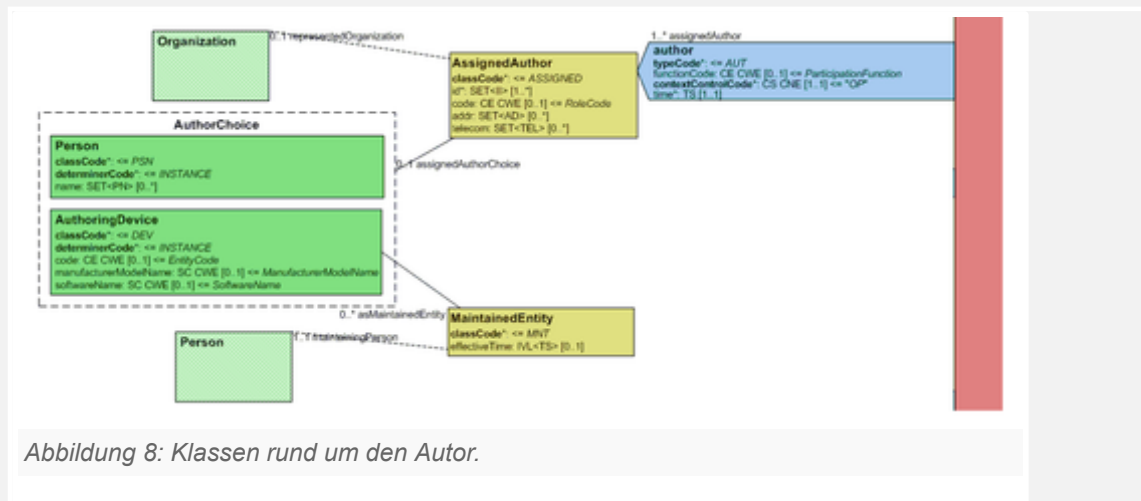
In der Klasse *guardian* können Informationen bezüglich eines Vormunds/Sachwalters des Patienten angegeben werden. Begriffsdefinition:

- Ein **Vormund** kann existieren, wenn die Person noch nie geschäftsfähig war
 - z.B. Kinder
- Ein **Sachwalter** kann existieren, wenn die Person schon geschäftsfähig war, die Geschäftsfähigkeit aber entzogen wurde
 - z.B. Alte Personen

Vormund/Sachwalter kann entweder eine Person (*guardianPerson*) oder eine Organisation (*guardianOrganization*) sein. Beim Patient können optional ein oder mehrere Vormund/Sachwalter Element(e) angegeben werden. Wenn ein Sachwalter bekannt ist, SOLL diese Information auch angegeben werden.

5.2.3 Verfasser des Dokuments („author“)

Auszug aus dem R-MIM:



5.2.3.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20002 ref elgabbr-	Gültigkeit	2015-05-09 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <input type="radio"/> HeaderAuthor vom 2018-10-14:32:49 ▪ <input type="radio"/> HeaderAuthor vom 2013-02-14:32:49 ▪ <input type="radio"/> HeaderAuthor vom 2011-12-14:32:49
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	HeaderAuthor	Bezeichnung	HeaderAuthor

1
2 Beschreibung

3
4 Der Dokumentersteller („author“) ist in der Regel die „**das Dokument verfassende Person**“ oder ein „**datenerstellendes Gerät**“ ist diejenige Person oder das Gerät gemeint, welche das Dokument „inhaltlich“ verfasst (z.B.: diktiert). Die das Dokument „schreibende“ Person (z.B. Schreibkraft, Stationschwester, ...) wird in CDA in einem eigenen Element (*dataEnterer*) abgebildet (siehe „Person“ und „Dateneingabe („dataEnterer“)“).

5
6 Es kann auch mehr als ein Dokumentersteller angegeben werden (mehrere *author*-Elemente).

7
8 **Klassifikation** CDA Header Level Template

9 **Offen/Geschlossen** Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)

10 **Assoziiert mit 1 Konzept**

11 **Assoziiert mit**

Id	Name	Datensatz
elgagab-dataelement-48	● Autor	● Datensatz

12 **Benutzt 1 Template**

13 **Benutzt**

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.90001	Inklusion	● PersonElements	DYNAMI

14 **Beziehung**

15
16
17
18
19
20 Version: Template 1.2.40.0.34.11.20002 *HeaderAuthor* (2015-05-09) [ref elgabbr-](#)

Strukturbeispiel für eine Person als „author“




```
<author typeCode="AUT" contextControlCode="OP">
  <!-- Funktionscode -->
  <functionCode code="OA" displayName="Diensthabender Oberarzt" codeSystem="1.2.40.0.34.99.111.2.1.1"
  SystemName="Amadeus Spital Funktionen"/>
  <!-- Zeitpunkt der Erstellung -->
  <time value="20081224082015+0100"/>
  <assignedAuthor classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identifikation des Verfassers des Dokuments -->
    <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.3" extension="1111" assigningAuthorityName="Amadeus Spital"/>
    <!-- Fachrichtung des Verfassers des Dokuments -->
    <code code="107" displayName="Fachärztin/Facharzt für Chirurgie" codeSystem="1.2.40.0.34.5.161.1.1"
    SystemName="ELGA Fachaerzte"/>
    <!-- Kontaktdaten des Verfassers des Dokuments -->
    <telecom value="tel:+43.1.40400"/>
    <telecom value="mailto:herbert.mustermann@organization.at"/>
    <assignedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Name des Verfassers des Dokuments -->
      <name>
        <prefix qualifier="AC">Univ.-Prof. Dr.</prefix>
        <given>Isabella</given>
        <family>Stern</family>
      </name>
    </assignedPerson>
    <!-- Organisation, in deren Auftrag der Verfasser des Dokuments die Dokumentation verfasst hat -->
    <representedOrganization>
      <id root="1.2.40.0.34.99.3" assigningAuthorityName="GDA Index"/>
      <!-- Name der Organisation -->
      <name>Amadeus Spital, 1. Chirurgische Abteilung</name>
      <!-- Kontaktdaten der Organisation -->
      <telecom value="tel:+43.6138.3453446.0"/>
      <telecom value="mailto:chirurgie@amadeusspital.at"/>
      <addr>
        <streetName>Mozartgasse</streetName>
        <houseNumber>1-7</houseNumber>
        <postalCode>5350</postalCode>
        <city>St. Wolfgang</city>
        <state>Salzburg</state>
        <country>AUT</country>
      </addr>
    </representedOrganization>
  </assignedAuthor>
</author>
```

Beispiel

Strukturbeispiel für datenerstellende Geräte als „author“

```
<author>
  <!-- Zeitpunkt der Erstellung -->
  <time value="20081224082015+0100"/>
  <assignedAuthor>
    <!-- Geräte Identifikation (oder nullFlavor) -->
    <id root="86562fe5-b509-4ce9-b976-176fd376e477"/>
    <!-- Geräte Beschreibung -->
    <assignedAuthoringDevice>
      <manufacturerModelName>Good Health System</manufacturerModelName>
      <softwareName>Best Health Software Application</softwareName>
    </assignedAuthoringDevice>
    <representedOrganization>
      <id root="1.2.40.0.34.99.3" assigningAuthorityName="GDA Index"/>
      <!-- Name der Organisation -->
      <name>Amadeus Spital, 1. Chirurgische Abteilung</name>
      <!-- Kontaktdaten der Organisation -->
      <telecom value="tel:+43.6138.3453446.0"/>
      <telecom value="mailto:chirurgie@amadeusspital.at"/>
      <addr>
        <streetName>Mozartgasse</streetName>
        <houseNumber>1-7</houseNumber>
        <postalCode>5350</postalCode>
        <city>St. Wolfgang</city>
        <state>Salzburg</state>
        <country>AUT</country>
      </addr>
    </representedOrganization>
  </assignedAuthor>
</author>
```

Beispiel

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung
h17:author				Verfasser des Dokuments.
				 elgagab-dataelement-48  Autor  Datensatz
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	AUT
└ @contextControlCode	cs	0 ... 1	F	OP
└ h17:functionCode	CE	0 ... 1		Funktionscode des Verfassers des Dokuments z.B: „Diensthabender Oberarzt“, „Verantwortlicher Arzt für Dokumentation“, „Stationsschwester“, ... Eigene Codes und Bezeichnungen können verwendet werden. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „code-Element CE CWE“ zu befolgen.
└ h17:time	TS.AT.TZ	1 ... 1	R	Der Zeitpunkt an dem das Dokument verfasst wurde.Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Zeit-Elemente“ zu befolgen. Zugelassene nullFlavor: UNK
└ h17:assignedAuthor		1 ... 1	R	Organisation, in deren Auftrag der Verfasser des Dokuments die Dokumentation verfasst hat.
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	ASSIGNED
Beispiel				<pre> <assignedAuthor classCode="ASSIGNED"> <id extension="ied8984938" root="1.2.276.0.76.3.1.139.933"/> <assignedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </assignedPerson> </assignedAuthor> </pre>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

<p>└ h17:id</p>	<p>II</p>	<p>1 ... *</p>	<p>R</p>	<p>Identifikation des Verfassers des Dokuments im lokalen System/ des/der datenerstellenden Gerätes/Software. ODER Identifikation des/der datenerstellenden Gerätes/Software.</p> <p>Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Identifikations-Elemente“ zu befolgen.</p> <p>Zugelassene nullFlavor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NI ... Person hat keine ID / Gerät/ Software hat keine ID ▪ UNK ... Person hat eine ID, diese ist jedoch unbekannt /Gerät/Software hat eine ID, diese ist jedoch unbekannt
<p>└ h17:code</p>	<p>CE</p>	<p>0 ... 1</p>		<p>Angabe der Fachrichtung des Verfassers des Dokuments („Sonderfach“ gem. Ausbildungsordnung)z.B: „Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie“,</p> <p>Wenn ein Autor mehreren ärztlichen Sonderfächern zugeordnet ist, kann das anzugebende Sonderfach gewählt werden. Additivfächer werden nicht angegeben.</p> <p>Grundsätzlich sind die Vorgaben für „code-Element CE CWE“ zu befolgen.</p>
	<p>CONF</p>			<p>Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.40.0.34.10.6 <i>ELGA_AuthorSpeciality</i> (DYNAMIC)</p>
<p>└ h17:telecom</p>	<p>TEL.AT</p>	<p>0 ... *</p>		<p>Kontaktdaten des Verfassers des Dokuments. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Kontaktdaten-Element“ zu befolgen.</p> <p>Elemente in der Auswahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ h17:assignedPerson ▪ h17:assignedAuthoringDevice
<p>Auswahl</p>		<p>1 ... 1</p>		
<p>└ h17:assignedPerson</p>		<p>... 1</p>		<p>Personendaten des Verfassers des Dokuments. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Personen-Element“ zu befolgen.</p>
<p>Eingefügt</p>				<p>von 1.2.40.0.34.11.90001 <i>PersonElements</i> (DYNAMIC)</p>
<p>└ @classCode</p>	<p>cs</p>	<p>0 ... 1</p>	<p>F</p>	<p>PSN</p>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

	└ @determinerCode	CS	0 ... 1	F	INSTANCE
	└ h17:name	PN	1 ... 1	M	Name der Person Für den Namen ist verpflichtend Granularitätsstufe 2 („strukturierte Angabe des Namens“) anzuwenden! Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Personen PN“ zu befolgen.
	└ h17:assignedAuthoringDevice		... 1		
	└ @classCode	CS	0 ... 1	F	DEV
	└ @determinerCode	CS	0 ... 1	F	INSTANCE
	└ h17:manufacturerModelName	SC	1 ... 1	R	Hersteller und Modellbezeichnung des datenerstellenden Gerätes.
	└ h17:softwareName	SC	1 ... 1	R	Bezeichnung (und ggf Version) der datenerstellenden Software.
	└ h17:representedOrganization		1 ... 1	M	Organisation, in deren Auftrag der Verfasser des Dokuments die Dokumentation verfasst hat.
	Beispiel				<pre> <representedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTAN <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.3" extension="1111"/> <name> <!-- ... --> </name> </representedOrganization> </pre>

h17:id	II	1 ... *	M	<p>Die OID der Organisation aus dem GDA-Index.</p> <p>Hinweise: id[1] MUSS aus dem GDA-I stammen, weitere id-Elemente können hinzugefügt werden.</p> <p>Für den Namen von größere Organisationen SOLL auch die Abteilung angegeben werden., z.B.: „Amadeus Spital, Chirurgische Abteilung“</p> <p>Für die Adresse MUSS mindestens Granularitätsstufe 2 angewendet werden.</p> <p>Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „Organisations-Element“ zu befolgen.</p>
h17:name	ON	1 ... 1	M	
h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		
h17:addr	AD	0 ... 1		

5.2.3.2 Spezifikation: Datenerstellende Geräte als „author“

Datenerstellende Geräte/Software (z.B.: das Service der e-Medikation, das die aktuelle Medikationsliste generiert). Siehe auch [Rechtlicher Unterzeichner \(„legalAuthenticator“\)](#).

5.2.4 Personen der Dateneingabe („dataEnterer“)

5.2.4.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20003 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2013-02-10 Andere Versionen mit dieser Id: ▪ <input type="radio"/> HeaderDataEnterer vom 2011-12-19
Status	 Entwurf	Versions-Label	
Name	HeaderDataEnterer	Bezeichnung	HeaderDataEnterer
Beschreibung	Die das Dokument „ schreibende “ Person (z.B. Schreibkraft, Stationsschwester, ...). Das Element "DataEnterer" ist bei automatisch erstellten Dokumenten nicht notwendig.		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Klassifikation	CDA Header Level Template			
Offen/Ge-schlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)			
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept			
	Id	Name	Datensatz	
	elgagab-data element-65	● Schreibkraft	● Datensatz	
Benutzt	Benutzt 1 Template			
	Benutzt	als	Name	Version
	1.2.40.0.34.11.90003	Inklusion	● AssignedEntityElements	DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20003 <i>HeaderDataEnterer</i> (2013-02-10) ref el-gabbr-			
Beispiel	Beispiel			
	<pre><dataEnterer> <!-- Zeitpunkt des Schreibens --> <time value="20081224082015+0100"/> <assignedEntity> <!-- Die das Dokument schreibende Person --> <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.3" extension="2222" assigningAuthorityName="Amadeus Spital"/> <telecom value="tel:+43.1.40400.4711"/> <telecom value="mailto:eva.musterfrau@amadeusspital.at"/> <assignedPerson> <name>DiplKrSr. Eva Musterfrau</name> </assignedPerson> </assignedEntity> </dataEnterer></pre>			

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:dataEnterer				Person der Dateneingabe.	(Hea...rer)
└ h17:time	TS.AT.TZ	0 ... 1		Der Zeitpunkt an dem das Dokument geschrieben wurde. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Zeit-Elemente“ zu befolgen.	(Hea...rer)
└ h17:assignedEntity		1 ... 1	R	Personendaten der schreibenden Person Grundsätzlich sind die Vorgaben für „AssignedEntity-Element (Person + Organisation)“ zu befolgen.	(Hea...rer)
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90003 <i>AssignedEntityElements</i> (DYNAMIC)	
└ h17:id	II	1 ... *	R	Mindestens eine Id der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...rer)
└ h17:addr	AD	0 ... 1		Ein Adress-Element der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...rer)
└ h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		Mindestens ein Telecom-Element der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...rer)
└ h17:assigned Person		1 ... 1	M	Personendaten der validierenden Person.	(Hea...rer)
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90001 <i>PersonElements</i> (DYNAMIC)	
└ @classCode	CS	0 ... 1	F	PSN	
└ @determiner Code	CS	0 ... 1	F	INSTANCE	

				Name der Person	
				Für den Namen ist verpflichtend Granularitätsstufe 2 („strukturierte Angabe des Namens“) anzuwenden!	
└	h17:name	PN	1 ... 1	M	(Hea...rer)
				Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Personen PN“ zu befolgen.	
└	h17:represented Organization		0 ... 1		(Hea...rer)
				Organisationsdaten der validierenden Person.	
				von 1.2.40.0.34.11.90002 <i>OrganizationElements</i> (DYNAMIC)	
Eingefügt				ORG	
└	@classCode		0 ... 1	F	
				INSTANCE	
└	@determiner Code		0 ... 1	F	
└	h17:id	II	0 ... *		(Hea...rer)
└	h17:name	ON	1 ... 1	M	(Hea...rer)
└	h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		(Hea...rer)
└	h17:addr	AD	0 ... 1		(Hea...rer)

5.2.5 Verwahrer des Dokuments („custodian“)

Auszug aus dem R-MIM:

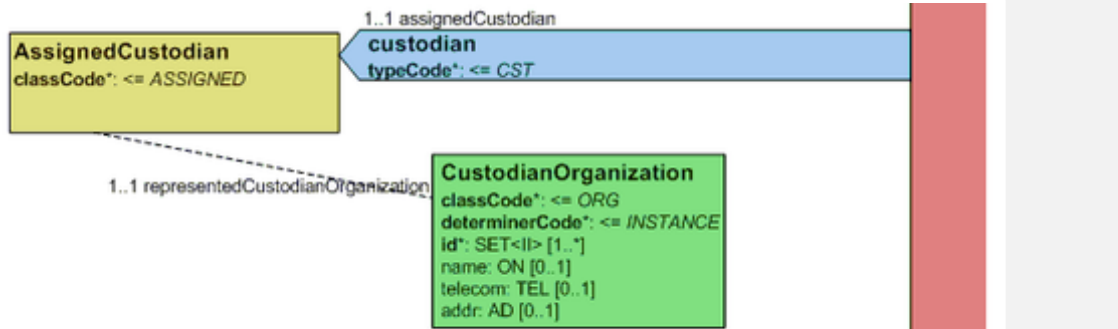


Abbildung 9: Klassen rund um die das Dokument verwaltende Organisation.

5.2.5.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20004 ref elgabbr-	Gültigkeit	2015-05-28 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> HeaderCustodian vom 2011-12-19
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	HeaderCustodian	Bezeichnung	HeaderCustodian

Beschreibung

Der „Verwahrer des Dokuments“ ist diejenige Organisation, die „für die Verwahrung/Verwaltung des Dokuments verantwortlich ist“.

Beispiele:

Das erstellende Krankenhaus ist selbst der Verwalter des Dokuments.

Der übergeordnete Krankenhausträger ist der Verwalter des Dokuments.

Klassifikation	CDA Header Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit	Assoziiert mit 1 Konzept		
	Id	Name	Datensatz
	elgagab-data element-73	● Verwahrer	● Datensatz
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20004 <i>HeaderCustodian</i> (2015-05-28) ref el-gabbr-		
	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20004 <i>HeaderCustodian</i> (2011-12-19) ref el-gabbr-		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Beispiel

Vollständiges Beispiel

```
<custodian typeCode="CST">  
  <assignedCustodian classCode="ASSIGNED">  
    <representedCustodianOrganization classCode="ORG" determinerCode="IN-  
STANCE">  
      <id root="1.2.3.999" extension="--example only--" assigningAuthori-  
tyName="GDA-Index"/>  
      <name>Amadeus Spital</name>  
      <telecom value="tel:+43.(0)50.55460-0"/>  
      <addr>  
        <streetName>Hafenstraße</streetName>  
        <houseNumber>47-51</houseNumber>  
        <postalCode>4020</postalCode>  
        <city>Linz</city>  
        <state>Oberösterreich</state>  
        <country>AUT</country>  
      </addr>  
    </representedCustodianOrganization>  
  </assignedCustodian>  
</custodian>
```

Beispiel

Minimalbeispiel

```
<custodian>  
  <assignedCustodian>  
    <representedCustodianOrganization>  
      <id root="1.2.3.999" extension="--example only--"/>  
      <name>Amadeus Spital</name>  
      <addr>  
        <streetAddressLine>Hafenstraße 47-51</streetAddressLine>  
        <postalCode>4020</postalCode>  
        <city>Linz</city>  
        <country>AUT</country>  
      </addr>  
    </representedCustodianOrganization>  
  </assignedCustodian>  
</custodian>
```

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:custodian				Verwahrer des Dokuments.	(Hea...ian)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	CST	
└ h17:assignedCustodian		1 ... 1	M		(Hea...ian)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	ASSIGNED	
└ h17:representedCustodianOrganization		1 ... 1	M		(Hea...ian)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	ORG	
└ @determinerCode	cs	0 ... 1	F	INSTANCE	
└ h17:id	II	1 ... 1	R	Identifikation des Verwahrers des Dokuments, wie im GDA-Index angegeben. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Identifikations-Elemente“ zu befolgen. Zugelassene nullFlavor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NI ... Organisation hat keine ID aus dem GDA-Index ▪ UNK ... Organisation hat eine ID aus dem GDA-Index, diese ist jedoch unbekannt 	(Hea...ian)
└ h17:name		1 ... 1	M	Name des Verwahrers des Dokuments (Organisation). Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Organisationen ON“ zu befolgen.	(Hea...ian)

h17:telecom	TEL.AT	0 ... 1	Kontaktdaten des Verwahrers des Dokuments (Organisation). Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Kontaktdaten-Elemente“ zu befolgen.	(Hea...ian)
h17:addr	AD	1 ... 1 M	Adresse des Verwahrers des Dokuments (Organisation). Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Adress-Elemente“ zu befolgen.	(Hea...ian)

5.2.5.1.1 id

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
id	II	1..1	R	<p>Identifikation des Verwahrers des Dokuments aus dem GDA-Index.</p> <p>Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „Identifikations-Elemente“ zu befolgen.“</p> <p>Zugelassene nullFlavor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ NI ... Organisation hat keine ID aus dem GDA-Index ▪ UNK ... Organisation hat eine ID aus dem GDA-Index, diese ist jedoch unbekannt

Wird bald geändert

In der nächsten Version des Leitfadens wird die Konformität entsprechend dem CDA-Standard auf [M] erhöht, Null Flavors sind dann nicht mehr erlaubt.

5.2.6 Beabsichtigte Empfänger des Dokuments („informationRecipient“)

Auszug aus dem R-MIM:



Abbildung 10: Klassen rund um die beabsichtigten Empfänger des Dokuments.

5.2.6.1 Spezifikation

Id 1.2.40.0.34.11.20005 ref elgabbr- Gültigkeit 2011-12-19

Status ● Entwurf **Versions-Label**

Name HeaderInformationRecipient **Bezeichnung** HeaderInformationRecipient

Beschreibung

Die beabsichtigten Empfänger des Dokuments können in der Klasse intendedRecipient näher angegeben werden. Hierbei ist zu beachten, dass es sich um die unmittelbar bei der Erstellung des Dokuments festgelegten bzw. bekannten Empfänger handelt.

Beispiel: Bei der Erstellung der Dokumentation ist beispielsweise schon bekannt, dass man das Dokument primär an den Hausarzt und ggf. als Kopie an einen mitbehandelnden Kollegen senden wird. In diesem Fall sollten genau diese beiden Empfänger angegeben werden.

Empfohlene Information für einen Empfänger ist die ID aus dem GDA-Index, sein Name in möglichst hoher Granularität und die Organisation, der er angehört in möglichst hoher Granularität. Aufgrund der gängigen Praxis kann als minimale Information für den Empfänger der unstrukturierte Name angegeben werden.

Klassifikation CDA Header Level Template

Offen/Geschlossen Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)

Assoziiert mit 1 Konzept

Assoziiert mit	Id	Name	Datensatz
	elgagab-data element-259	● Empfänger	● Datensatz

Benutzt 2 Templates

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.90001	Inklusion	● PersonElements	DYNAMIC
1.2.40.0.34.11.90002	Inklusion	● OrganizationElements	DYNAMIC

Beziehung Version: Template 1.2.40.0.34.11.20005 *HeaderInformationRecipient* (2011-12-19) ref elgabbr-

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

Beabsichtigter Empfänger ist eine bekannte Person

Beispiel

```
<informationRecipient typeCode="PRCP">
  <intendedRecipient>
    <!-- Identifikation des beabsichtigten Empfängers -->
    <id nullFlavor="UNK"/>
    <!-- Personendaten des beabsichtigten Empfängers -->
    <informationRecipient>
      <name>
        <prefix qualifier="AC"> Dr.</prefix>
        <given>Robert</given>
        <family>Empfänger</family>
      </name>
    </informationRecipient>
    <!-- Organisation, der der beabsichtigte Empfänger angehört -->
    <receivedOrganization>
      <!-- Name der Organisation des beabsichtigten Empfängers -->
      <name>Ordination Dr. Empfänger</name>
      <!-- Kontaktdaten der Organisation des beabsichtigten Empfängers -->
      <telecom value="tel:0512.1234567"/>
      <telecom value="fax:0512.1234567.11"/>
      <telecom value="mailto:office@ordination-empfaenger.at"/>
      <telecom value="http://www.ordination-empfaenger.at"/>
      <telecom value="me:12345678791"/>
      <!-- Adresse der Organisation des beabsichtigten Empfängers -->
      <addr>
        <streetName>Musterstraße</streetName>
        <houseNumber>27/1/13</houseNumber>
        <postalCode>6020</postalCode>
        <city>Innsbruck</city>
        <country>AUT</country>
      </addr>
    </receivedOrganization>
  </intendedRecipient>
</informationRecipient>
```

17
18
19
20
21

Beabsichtigter Empfänger ist eine unbekannte Person („An den Hausarzt“)

Beispiel

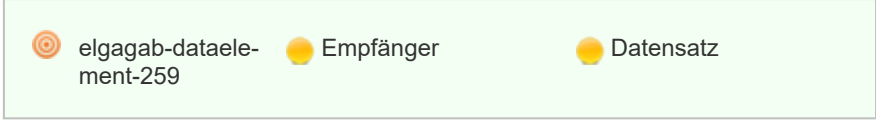
```
<informationRecipient typeCode="PRCP">
  <intendedRecipient>
    <id nullFlavor="UNK"/>
    <informationRecipient>
      <name>Hausarzt</name>
    </informationRecipient>
  </intendedRecipient>
</informationRecipient>
```

22
23
24
25
26
27
28
29

Beabsichtigter Empfänger ist der Patient selbst

Beispiel

```
<informationRecipient typeCode="PRCP">
  <intendedRecipient>
    <!-- Der Patient besitzt keine ID -->
    <id nullFlavor="NI"/>
    <!-- Hinweis auf den Patienten -->
    <informationRecipient>
      <name>Ergeht an den Patienten Dr. Herbert Mustermann</name>
    </informationRecipient>
  </intendedRecipient>
</informationRecipient>
<!--Eine erneute Angabe der Adresse des Patienten ist nicht erforderlich.-->
```


Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:informationRecipient				Beabsichtigter Empfänger des Dokuments.	(Hea...ent)
					
└ @typeCode				Typ des Informationsempfängers.	
	cs	0 ... 1		Bsp: PRCP „Primärer Empfänger“	
				Wird das Attribut weggelassen, gilt der Empfänger als primärer Empfänger.	
			CONF	Der Wert von @typeCode muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.40.0.34.10.29 <i>ELGA_InformationRecipientType</i> (DYNAMIC)	
└ h17:intendedRecipient		1 ... 1	M		(Hea...ent)
└ h17:id	II	1 ... *	R	Identifikation des beabsichtigten Empfängers (Person). Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Identifikations-Elemente“ zu befolgen. Zugelassene nullFlavor: <ul style="list-style-type: none"> NI ... Person hat keine ID UNK ... Person hat eine ID, diese ist jedoch unbekannt 	(Hea...ent)
	Beispiel	<id nullFlavor="UNK" assigningAuthorityName="GDA Index"/>			
└ h17:informationRecipient		1 ... 1	M	Personendaten des beabsichtigten Empfängers. Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „Personen-Element“ zu befolgen.	(Hea...ent)
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90001 <i>PersonElements</i> (DYNAMIC)	
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	PSN	
└ @determinerCode	cs	0 ... 1	F	INSTANCE	

h17:name	PN	1 ... 1	M	Name der Person Für den Namen ist verpflichtend Granularitätsstufe 2 („strukturierte Angabe des Namens“) anzuwenden!	(Hea...ent)
Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Personen PN“ zu befolgen.					
h17:receivedOrganization		0 ... 1		Organisation, der der beabsichtigte Empfänger angehört.z.B.: „Ordination des empfangenden Arztes“ Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „Organisations-Element“ zu befolgen.	(Hea...ent)

Eingefügt

von 1.2.40.0.34.11.90002 OrganizationElements (DYNAMIC)

@classCode 0 ... 1 F

ORG

@determinerCode 0 ... 1 F

INSTANCE

h17:id	II	0 ... *			(Hea...ent)
h17:name	ON	1 ... 1	M		(Hea...ent)
h17:telecom	TEL.AT	0 ... *			(Hea...ent)
h17:addr	AD	0 ... 1			(Hea...ent)

² Der beabsichtigte Empfänger kann auch der Patient selbst sein.

5.2.7 Elemente mit speziellen Vorgaben

Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“ **mit folgenden Änderungen:**

Die Kardinalitäten/Konformitäten der Beteiligten sind wie folgt geändert:

Kard	Konf	Art des Beteiligten
1..1 0..0	[M] [NP]	Rechtlicher Unterzeichner (legalAuthenticator) – MUSS im Regelfall angegeben werden <i>Ausnahme:</i> Für multidisziplinäre Befunde ³ ist die Angabe verboten, aber es müssen mindestens zwei weitere Unterzeichner angegeben werden
0..* 2..*	[O] [M]	Weitere Unterzeichner (authenticator) – kann angegeben werden <i>Ausnahme:</i> Bei multidisziplinären Befunden MÜSSEN mindestens zwei weitere Unterzeichner angegeben werden
1..1	[M]	Fachlicher Ansprechpartner
0..1	[R2]	Einweisender/Zuweisender/Überweisender Arzt
0..1	[O]	Hausarzt
0..*	[O]	Notfall-Kontakt/Auskunfts berechtigte Person
0..*	[O]	Angehörige
0..1	[O]	Versicherter/Versicherung
0..1	[O]	Betreuende Organisation

³ Multidisziplinäre Befunde liegen vor, wenn mehrere Fachärzte mit unterschiedlicher Fachrichtung die Befunde gleichermaßen verantworten.

5.2.7.1 Rechtlicher Unterzeichner (legalAuthenticator)

Als rechtlicher Unterzeichner MUSS eine natürliche Person angegeben werden.

Für „**multidisziplinäre Befunde**“ KANN die Angabe des legalAuthenticator entfallen, wenn mindestens zwei authenticator-Elemente vorhanden sind. Multidisziplinäre Befunde liegen vor, wenn von mehreren Fachärzten mit unterschiedlicher Fachrichtung gleichermaßen an der Erstellung beteiligt sind und keiner dieser als Hauptunterzeichner eingetragen werden kann.

5.2.7.2 Weitere Beteiligte („participants“)

Im Befund „Bildgebende Diagnostik“ MUSS der „Fachliche Ansprechpartner“ (participant @typeCode='CALLBCK') mit vollständiger Kontaktadresse *inklusive Telefonnummer* angegeben werden.

Zweck dieser Information ist es, etwaige Anfragen der Dokumentempfänger an den Dokumentersteller zu kanalisieren. Es obliegt der Organisation des Dokumenterstellers, diese Information gemäß ihren eigenen Richtlinien zu befüllen.

5.2.7.3 Beabsichtigte Empfänger des Dokuments („informationRecipient“)

Im klinischen Alltag werden medizinische Dokumente häufig an den Patienten gerichtet –dieser kann dann auch als InformationRecipient zusätzlich eingetragen werden. Ein Strukturbeispiel findet sich im [Allgemeinen Implementierungsleitfaden](#).

5.3 Dokumentation der Gesundheitsdienstleistung

5.3.1 Service Events („documentationOf/serviceEvent“)

Da die angegebenen Gesundheitsdienstleistungen in die XDS-Metadaten übernommen werden, stellen sie die einzigen (rein) medizinischen Informationen zum Dokument im Dokumentenregister dar. Sie können daher in Folge für Suche und Filterung verwendet werden, und erleichtern mitunter die Navigation in der Krankengeschichte des Patienten.

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden (**mit Anpassungen**):
Das Element ist grundsätzlich gemäß den Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „[Allgemeinen Implementierungsleitfadens](#)“ anzugeben, **es sind jedoch spezielle Vorgaben vorgeschrieben**.

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

5.4 Dokumentation der Gesundheitsdienstleistung

5.4.1 Service Events („documentationOf/serviceEvent“)

Mit der Assoziation *documentationOf/serviceEvent* wird die eigentliche Gesundheitsdienstleistung repräsentiert, die in dem Dokument dokumentiert wird (z. B. eine Koloskopie, Appendektomie, etc.). Dies ist in engem Zusammenhang mit dem Dokumententyp zu sehen, der in *ClinicalDocument/code* wiedergegeben ist. Mit der *documentationOf* Beziehung kann die dokumentierte Gesundheitsdienstleistung näher spezifiziert werden. Dies darf natürlich nicht im Widerspruch zum Dokumententyp stehen.

In *serviceEvent/effectiveTime* kann der Zeitpunkt/Zeitraum der Gesundheitsdienstleistung angegeben werden. Im Gegensatz zum Encounter (siehe Kapitel „[Informationen zum Patientenkontakt](#)“), der ggf. mehrere Gesundheitsdienstleistungen „umrahmt“.

Da diese Informationen in die XDS-Metadaten übernommen werden, ergeben sich folgende Implikationen:

- Die *serviceEvents* sind die einzigen (rein) medizinischen Informationen zum Dokument im Dokumentenregister
- Können daher als Such-/Filterkriterium verwendet werden
- Scheint ggf. in den Ergebnissen der Suchabfragen auf

-> Sollte eine wertvolle Information sein (für den Behandler!)

Auszug aus dem R-MIM:



Abbildung 15: Klassen rund um die Gesundheitsdienstleistung.

5.4.1.1 Spezifikation

Da dieses Element automatisch in die XDS-Metadaten übernommen wird, SOLL **mindestens eine** Gesundheitsdienstleistung als *documentationOf/serviceEvent*-Element angegeben werden **[R2]**.

ACHTUNG: Die Zeitangaben der Gesundheitsdienstleistung (erstes *documentationOf/serviceEvent*-Element) werden in die Dokument-Metadaten übernommen!

Die Bedeutung der Dokument-Metadaten-Elemente lautet daher wie folgt:

serviceStartTime: Beginn des ersten documentationOf/serviceEvent-Elements

serviceStopTime: Ende des ersten documentationOf/serviceEvent-Elements

Die semantische Bedeutung dieser Zeitpunkte wird in den speziellen Implementierungs-leitfäden festgelegt.

Es können beliebig viele weitere Gesundheitsdienstleistungen als weitere *documentationOf/serviceEvent*-Elemente angegeben werden.

Id	1.2.40.0.34.11.20010 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2011-12-19
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	HeaderServiceEvent	Bezeichnung	HeaderServiceEvent

Beschreibung



Mit der Assoziation *documentationOf/serviceEvent* wird die eigentliche Gesundheitsdienstleistung repräsentiert, die in dem Dokument dokumentiert wird (z. B. eine Koloskopie, Appendektomie, etc.). Dies ist in engem Zusammenhang mit dem Dokumententyp zu sehen, der in *ClinicalDocument/code* wiedergegeben ist. Mit der *documentationOf* Beziehung kann die dokumentierte Gesundheitsdienstleistung näher spezifiziert werden. Dies darf natürlich nicht im Widerspruch zum Dokumententyp stehen.

Klassifikation	CDA Header Level Template
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36


Assoziiert mit

Assoziiert mit 1 Konzept

Id	Name	Datensatz
elgagab-data element-145	 Gesundheitsdienstleistung	 Datensatz

Benutzt

Benutzt 1 Template

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.90003	Inklusion	 AssignedEntityElements	DYNAMIC

Beziehung

Version: Template 1.2.40.0.34.11.20010 (2017-07-21 11:18:58) [ref ?](#)
 Version: Template 1.2.40.0.34.11.20010 *HeaderServiceEvent* (2011-12-19) [ref elgabbr-](#)

Beispiel




Strukturbeispiel Koloskopie

```
<documentationOf typeCode="DOC">
  <serviceEvent>
    <code code="KOL" displayName="Koloskopie" codeSystem="2.16.840.1.2.3.4.5.6.7.8.9" codeSystemName="Name des Codesystems"/>
    <effectiveTime>
      <low value="20081224082015+0100"/>
      <high value="20081225113000+0100"/>
    </effectiveTime>
    <performer typeCode="PRF">
      <assignedEntity> : </assignedEntity>
    </performer>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
```

Beispiel

Strukturbeispiel Hämatologie

```
<documentationOf typeCode="DOC">
  <serviceEvent>
    <code code="300" codeSystem="1.2.40.0.34.5.11" codeSystemName="ELGA_LaborparameterErgaenzung" displayName="Hämatologie"/>
    <effectiveTime>
      <low value="20121201061325+0100"/>
      <high value="20121201161500+0100"/>
    </effectiveTime>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
<code>h17:documentationOf</code>				Komponente für die Gesundheitsdienstleistung.	(Hea...ent)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0ffe0;">  elgagab-daelement-145  Gesundheitsdienstleistung  Datensatz </div>					
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	DOC	
└ <code>h17:serviceEvent</code>		1 ... 1	M	Gesundheitsdienstleistung.	(Hea...ent)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	ACT	
└ @moodCode	cs	0 ... 1	F	EVN	
└ <code>h17:code</code>	CE	1 ... 1	R	Code der Gesundheitsdienstleistung. Zugelassene nullFlavor: UNK Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Codierungselemente“ zu befolgen.	(Hea...ent)
└ <code>h17:effectiveTime</code>	IVL_TS	1 ... 1	M	Zeitraum der Gesundheitsdienstleistung. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Zeit-Elemente“ zu befolgen.	(Hea...ent)
└ <code>h17:low</code>	TS	1 ... 1	M		(Hea...ent)
└ <code>h17:high</code>	TS	1 ... 1	M		(Hea...ent)
└ <code>h17:performer</code>		0 ... *		Durchführende Entität(en) der Gesundheitsdienstleistung.	(Hea...ent)
└ <code>h17:assignedEntity</code>		1 ... 1	M		(Hea...ent)
<i>Eingefügt</i>				von 1.2.40.0.34.11.90003 <i>AssignedEntityElements</i> (DYNAMIC)	
└ <code>h17:id</code>	II	1 ... *	R	Mindestens eine Id der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...ent)
└ <code>h17:addr</code>	AD	0 ... 1		Ein Adress-Element der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...ent)

h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		Mindestens ein Telecom-Element der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...ent)
h17:assigned Person		1 ... 1	M	Personendaten der validierenden Person.	(Hea...ent)
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90001 <i>PersonElements</i> (DYNAMIC)	
@classCode	cs	0 ... 1	F	PSN	
@determiner Code	cs	0 ... 1	F	INSTANCE	
h17:name	PN	1 ... 1	M	Name der Person Für den Namen ist verpflichtend Granularitätsstufe 2 („strukturierte Angabe des Namens“) anzuwenden! Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Personen PN“ zu befolgen.	(Hea...ent)
h17:represented Organization		0 ... 1		Organisationsdaten der validierenden Person.	(Hea...ent)
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90002 <i>OrganizationElements</i> (DYNAMIC)	
@classCode		0 ... 1	F	ORG	
@determiner Code		0 ... 1	F	INSTANCE	
h17:id	II	0 ... *			(Hea...ent)
h17:name	ON	1 ... 1	M		(Hea...ent)
h17:telecom	TEL.AT	0 ... *			(Hea...ent)
h17:addr	AD	0 ... 1			(Hea...ent)

1
2
3
4 Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

5 **serviceEvent Element Allgemein**

6 Ob eine Gesundheitsdienstleistung angegeben werden muss, und welche Bedeutung dieses Element hat, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

7 **code**

8 Welche Codierung angewandt werden soll, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

9 **effectiveTime**

10 Welche Start- und Endezeiten eingetragen werden sollen, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

11 **performer**

12 Ob und welche durchführende Entität eingetragen werden soll, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

14
15 **effectiveTime**

16 Hinweis: Für die automatisierte Datenübernahme aus dem CDA-Dokument in die XDS-Dokumentmetadaten ist stets ein Zeitintervall anzugeben.

18
19 **5.4.1.2 Spezielle Vorgaben**

20 Die Sinnhaftigkeit und der Nutzen von angegebenen Gesundheitsdienstleistungen hängen entscheidend von der eingesetzten Codeliste ab. Im Rahmen einer Arbeitsgruppe wurde von der BURA der APPC (Austrian PACS Procedure Code) entwickelt. Dieser ist ausschließlich für das Beschlagworten und dadurch rasche Auffinden von Befunden gedacht. Sofern zur Erstellung eines Befundes mehrere Modalitäten zum Einsatz kommen, sind auch entsprechend mehrere Codes anzugeben.

24 Für eine benutzerfreundliche Anwendung des APPC wird empfohlen, den APPC möglichst automatisiert aus bestehenden internen Codierungen zu verknüpfen/mappen.

26 Als Zeitangabe MUSS der **Zeitraum der Untersuchung(en)** (erste bis letzte Untersuchung) angegeben werden⁴. Die durchführende Organisationseinheit legt fest, welche Zeitpunkte der ersten bzw. letzten Untersuchung herangezogen werden. Wenn es sich um nur eine Untersuchung handelt, so sind Start- und Endzeitpunkt anzugeben.

29 Sind Datum und Uhrzeit bekannt, so ist beides anzugeben, anderenfalls reicht auch die Angabe des Datums (Formate gem. [Allgemeinem Implementierungsleitfaden](#)).

31
32 **ACHTUNG:** Diese Zeitangaben werden in die Dokument-Metadaten übernommen!

33 Die Bedeutung der Dokument-Metadaten-Elemente lautet daher wie folgt:

- 34
35
 - **serviceStartTime: Beginn der ersten Untersuchung**
 - **serviceStopTime: Ende der letzten Untersuchung**

4 Im ELGA-Portal werden in der Dokumentenliste die Zeitangaben der ersten durchgeführten Untersuchung entsprechend angezeigt

5.4.1.3 Strukturbeispiel

```
<documentationOf>
  <serviceEvent>
    <code code="1.4.0.4-2-3-1"
      displayName="Röntgen.unpaariges Organ.Prozedur nicht näher
bestimmt.Appendix"
      codeSystem="1.2.40.0.34.5.38"
      codeSystemName="APPC" />
    <effectiveTime>
      <low value="20161124154500+0100"/>
      <high value="20161124154900+0100"/>
    </effectiveTime>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
```

5.4.1.4 Spezifikation

Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“ **mit folgenden Änderungen**:

5.4.1.4.1 Änderung 1: documentationOf Element Allgemein

Konformität geändert auf **[M]**.

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
documentationOf	POCD_MT000040.DocumentationOf	1..*	M	Komponente für die Gesundheitsdienstleistung
serviceEvent	POCD_MT000040.ServiceEvent	1..1	M	Gesundheitsdienstleistung

5.4.1.4.2 Änderung 2: code

Im Code wird der der durchgeführten Untersuchung entsprechende APPC angegeben.

Als DisplayName ist eine freie, textliche Repräsentation der durchgeführten Untersuchung anzugeben (z.B. „Röntgen Appendix“). Diese textliche Repräsentation darf keinesfalls im Widerspruch zum gewählten APPC stehen. Bei automatischer Generierung des DisplayNames kann eine Konkatenation der Bezeichnungen der vier Achsen vorgenommen werden, z.B. für den APPC "3.4.0.5-3-3": "MRT.Unpaarig.Prozedur nicht näher bestimmt.Lendenwirbelsäule".

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
code	CE CWE	1..1	M	Code der Gesundheitsdienstleistung
@code	cs	1..1	M	Ein der Untersuchung entsprechender Code aus dem APPC (z.B.: 1.4.0.4-2-3-1)
@displayName	st	1..1	M	Freie textliche Repräsentation des APPC, darf nicht im Widerspruch zum Code liegen
@codeSystem	uid	1..1	M	Fester Wert: 1.2.40.0.34.5.38
@codeSystemName	st	1..1	M	Fester Wert: APPC

5.4.1.4.3 Änderung 3: effectiveTime

Als Zeitangabe MUSS der **Zeitraum des Pflege- oder Betreuungsverhältnisses** angegeben werden.

Der Zeitraum des Aufenthalts erstreckt sich vom

Zeitpunkt der ersten Untersuchung

bis zum

Zeitpunkt der letzten Untersuchung.

Hinweis: Der Zeitpunkt der Untersuchung ist durch die durchführende Organisation festzulegen, sinnvollerweise ist dies jeweils der Beginn der Untersuchungen. Auch wenn nur eine Untersuchung dokumentiert wird, MUSS an dieser Stelle ein Zeitintervall angegeben werden. Das kann z.B. durch Angabe von Beginn und Ende der Untersuchung geschehen.

5.4.1.4.4 Änderung 4: performer

Aus Gründen der Kompatibilität zur automatischen Überführung eines Befundes von DICOM SR in CDA kann eine durchführende Entität der Gesundheitsdienstleistung angegeben werden.

Element/Attribut	DT	Kard	Konf	Beschreibung
performer	POCD_MT000040.Performer1	0..*	R2	Durchführende Entität der Gesundheitsdienstleistung
@typeCode	cs	1..1	M	Zulässige Werte gemäß Value-Set „ ELGA_ServiceEventPerformer “
time	IVL_TS	0..0	NP	Zeit, in der der performer mit der Gesundheitsdienstleistung beschäftigt war (wenn abweichend von EffectiveTime im Act)
assignedEntity	POCD_MT000040.AssignedEntity	1..1	M	Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „ Allgemeinen Implementierungsleitfadens “

5.5 Bezug zu vorgehenden Dokumenten

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden:

Das Element erfordert keine speziellen Vorgaben. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „**Allgemeinen Implementierungsleitfadens**“.

Achtung: bei der Erstellung von CDA Dokumenten aus DICOM SR liegt eine „Transformation“ vor, bei der im CDA Dokument der originale DICOM SR als „ParentDocument“ anzugeben ist. Dieser Anwendungsfall steht jedoch nicht im Fokus dieses Leitfadens und es sei hier ausdrücklich auf die Hinweise im Kapitel **Bezug zu DICOM Structured Report** verwiesen.

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

5.6 Bezug zu vorgehenden Dokumenten

5.6.1 Allgemeines

Dieses Kapitel beschreibt die Versionsverwaltung von CDA-Dokumenten.

Der Bezug zu Vorgängerversionen von Dokumenten wird durch die `relatedDocument`-Beziehung und die `ParentDocument`-Klasse, zusammen mit `setId` und `versionNumber` aus der `ClinicalDocument`-Klasse (siehe [Versionierung des Dokuments](#)), spezifiziert.

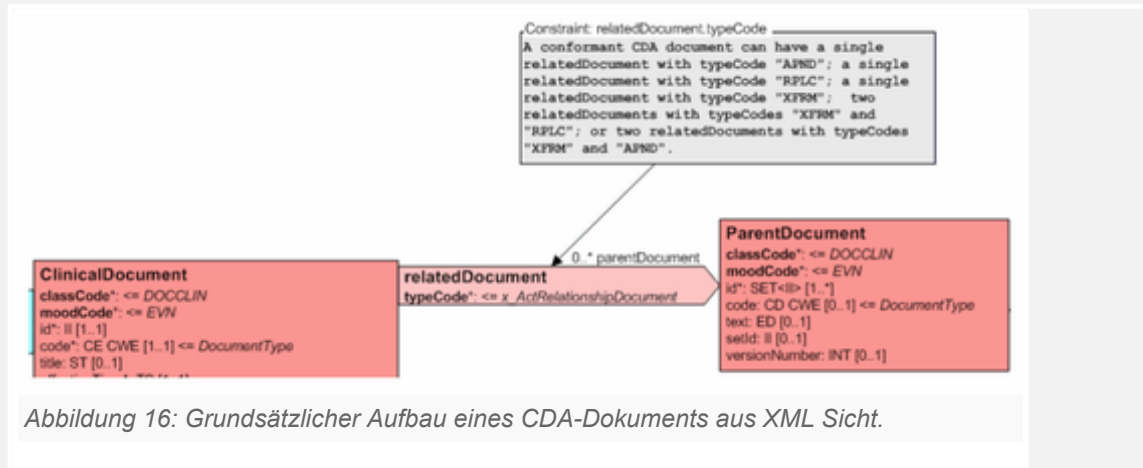


Abbildung 16: Grundsätzlicher Aufbau eines CDA-Dokuments aus XML Sicht.

Der Bezug zum Vordokument wird dabei über die `parentDocument` Beziehung ausgedrückt, in dem der dazugehörige `@typeCode` einen Wert aus der Liste der gültigen `@typeCodes` in der `relatedDocument`-Beziehung erhält. Das Originaldokument, auf das sich das Dokument bezieht, bleibt dabei unverändert.

Liste der möglichen Werte der `@typeCodes` in der `relatedDocument` Beziehung:

code	displayName	Bedeutung
APND	append	Verwendung NICHT ERLAUBT Zusammenhängen von Dokumenten. Dies ist in ELGA bereits über das Einbetten von Dokumenten realisiert.
RPLC	replaces	Das Dokument ersetzt ein existierendes Dokument. Der Status des zu ersetzenden Dokumentes wird auf "überholt" gesetzt, das ursprüngliche Dokument bleibt aber noch im System als historische Referenz verfügbar.

XFRM	transformed	<p>Verwendung NICHT ERLAUBT</p> <p>Das Dokument ist Ergebnis eines Transformationsprozesses, d.h. ist aus einem anderen Originaldokument hervorgegangen.</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px;"> <p>Hinweis: Die parallele Ablage von CDA-Dokumenten, welche vom Dokumentersteller bereits mit einem Stylesheet zu einem PDF Dokument gerendert wurden, kann mit der XFRM – Transaktion vorgenommen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass die Transformation in lokalen Affinity Domains Anwendung findet. Für ELGA ist die Transformation jedoch kein Anwendungsfall.</p> </div>
------	-------------	---

Tabelle 4: Vokabel-Domäne *relatedDocument.typeCode*


5.6.1.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20011 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2014-12-06 Andere Versionen mit dieser Id: ▪ <input type="radio"/> HeaderRelatedDocument vom 2011-12-19						
Status	Aktiv	Versions-Label							
Name	HeaderRelatedDocument	Bezeichnung	HeaderRelatedDocument						
Beschreibung	Der Bezug zu vorgehenden Dokumenten wird durch die relatedDocument-Beziehung und die ParentDocument-Klasse, zusammen mit setId und versionNumber aus der ClinicalDocument-Klasse, spezifiziert.								
Klassifikation	CDA Header Level Template								
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)								
Assoziiert mit	<p style="background-color: yellow;">Assoziiert mit 1 Konzept</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Id</th> <th style="width: 50%;">Name</th> <th style="width: 30%;">Datensatz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>elgagab-data element-155</td> <td> Bezug zu vorgehenden Dokumenten</td> <td> Datensatz</td> </tr> </tbody> </table>			Id	Name	Datensatz	elgagab-data element-155	Bezug zu vorgehenden Dokumenten	Datensatz
Id	Name	Datensatz							
elgagab-data element-155	Bezug zu vorgehenden Dokumenten	Datensatz							
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20011 <i>HeaderRelatedDocument</i> (2014-12-06) <small>ref elgabbr-</small>								

Beispiel

Strukturbeispiel

```
<relatedDocument typeCode="RPLC">
  <parentDocument>
    <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.1" extension="134F989EAAE3F43B6AD"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>
```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:relatedDocument				Komponente für das vorgehende Dokument.	(Hea...ent)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">  elgagab-data element-155  Bezug zu vorgehenden Dokumenten  Datensatz </div>					
└ @typeCode	cs	1 ... 1	F	RPLC Art des Bezugs zum Vordokument.	
└ h17:parentDocument		1 ... 1	M	Vorhergehendes Dokument.	(Hea...ent)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCCLIN	
└ @moodCode	cs	0 ... 1	F	EVN	
└ h17:id	II	1 ... 1	M	Dokumenten-Id des vorgehenden Dokuments. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Identifikations-Elemente“ zu befolgen.	(Hea...ent)

5.7 Einverständniserklärung

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden:

Das Element erfordert keine speziellen Vorgaben. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“.

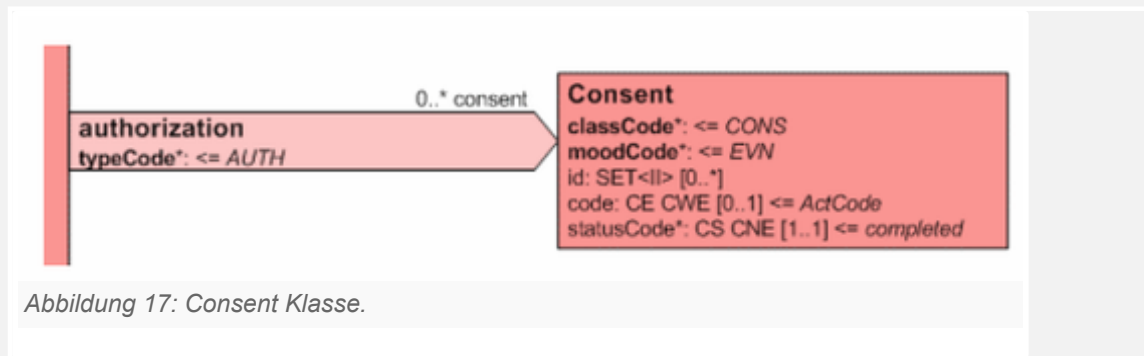
Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

5.8 Einverständniserklärung

5.8.1 Autorisierung („authorization“)

In dieser optionalen Klasse können die Einverständniserklärungen reflektiert werden, die mit dem Dokument verbunden sind. Dies kann ein Einverständnis für einen Eingriff oder die Verfügbarmachung der Informationen gegenüber Dritten beinhalten. Der Typ der Einverständniserklärung wird dabei in *Consent.code* angegeben.

Auszug aus dem R-MIM:



5.8.1.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20012 ref elgabbr-	Gültigkeit	2011-12-19
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	HeaderAuthorization	Bezeichnung	HeaderAuthorization

Beschreibung

Der Einverständniserklärung ist derzeit ungenutzt. Dieses Element wird daher derzeit nicht angegeben.

In dieser optionalen Klasse können die Einverständniserklärungen reflektiert werden, die mit dem Dokument verbunden sind. Dies kann ein Einverständnis für einen Eingriff oder die Verfügbarmachung der Informationen gegenüber Dritten beinhalten. Der Typ der Einverständniserklärung wird dabei in *Consent.code* angegeben.

Klassifikation	CDA Header Level Template
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20012 <i>HeaderAuthorization</i> (2011-12-19) ref elgabbr-

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:authorization			NP	Komponente für die Einverständniserklärung. Wird in ELGA nicht verwendet!	(Hea...ion)

5.9 Informationen zum Patientenkontakt

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden (**mit Anpassungen**):
Das Element ist grundsätzlich gemäß den Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“ anzugeben, es sind jedoch spezielle Vorgaben vorgeschrieben.

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

5.10 Informationen zum Patientenkontakt

5.10.1 Encounter („componentOf/encompassingEncounter“)

Diese Klasse repräsentiert Informationen, in welchem Rahmen der Patientenkontakt, der dokumentiert wird, stattgefunden hat. Dokumente werden nicht notwendigerweise immer während eines Patientenkontakts erstellt, sondern ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn beispielsweise ein Arzt wegen eines pathologischen Laborwertes den Patienten vergeblich versucht zu erreichen und dennoch seine Verlaufsdocumentation fortführt.

Wenn die Dokumentation ein Entlass- oder Verlegungsdokument ist, muss die Information in dieser Klasse mitgegeben werden, inklusive der Dauer des Aufenthalts (hier: nicht nur stationäre Aufenthalte, sondern auch Patientenkontakt in der Praxis eines Niedergelassenen beispielsweise) und der Einrichtung, wo der Patientenaufenthalt stattfand.

Auszug aus dem R-MIM:

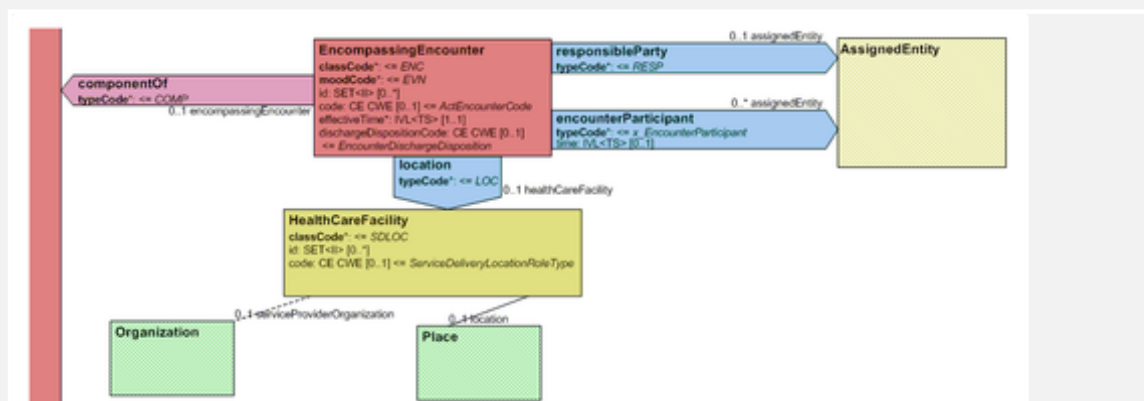


Abbildung 18: EncapsulatingEncounter Klasse und Umgebung.

5.10.1.1 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.20013	ref elgabbr-	Gültigkeit	2011-12-19
Status	● Aktiv		Versions-Label	

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Name	HeaderEncompassingEncounter	Bezeichnung	HeaderEncompassingEncounter
Beschreibung			
<p>Diese Klasse repräsentiert Informationen, in welchem Rahmen der Patientenkontakt, der dokumentiert wird, stattgefunden hat. Dokumente werden nicht notwendigerweise immer während eines Patientenkontakts erstellt, sondern ggf. auch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn beispielsweise ein Arzt wegen eines pathologischen Laborwertes den Patienten vergeblich versucht zu erreichen und dennoch seine Verlaufsdokumentation fortführt.</p> <p>Wenn die Dokumentation ein Entlass- oder Verlegungsdokument ist, muss die Information in dieser Klasse mitgegeben werden, inklusive der Dauer des Aufenthalts (hier: nicht nur stationäre Aufenthalte, sondern auch Patientenkontakt in der Praxis eines Niedergelassenen beispielsweise) und der Einrichtung, wo der Patientenaufenthalt stattfand.</p>			
Klassifikation	CDA Header Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Assoziiert mit 1 Konzept			
Assoziiert mit	Id	Name	Datensatz
	elgagab-dataelement-156	Patientenkontakt	Datensatz
Benutzt 2 Templates			
Benutzt	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.90003	Inklusion	AssignedEntityElements
	1.2.40.0.34.11.90006	Inklusion	Encounter Location 1
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.20013 <i>HeaderEncompassingEncounter</i> (2011-12-19) ref elgabbr-		

Strukturbeispiel

```
<componentOf>
  <encompassingEncounter>
    <!-- Aufenthaltszahl -->
    <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.4" extension="Az123456" assigningAuthorityName="Amadeus
Spital"/>
    <!-- Codierung des Patientenkontakts -->
    <code code="IMP" displayName="Inpatient encounter" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"
codeSystemName="HL7:ActCode"/>
    <!-- Zeitraum des Patientenkontakts -->
    <effectiveTime>
      <low value="20081224082015+0100"/>
      <high value="20081225113000+0100"/>
    </effectiveTime>
    <!-- Verantwortliche Person für den Patientenkontakt -->
    <responsibleParty>
      <assignedEntity>
        <!-- Identifikation der Verantwortlichen Person für den Patientenkontakt-->
        <id root="1.2.40.0.34.99.111.1.3" extension="2222" assigningAuthorityName="Amadeus
Spital"/>
        <!-- Kontaktdaten der Verantwortlichen Person für den Patientenkontakt -->
        <telecom use="WP" value="tel:+43.6138.3453446.2222"/>
        <!-- Personendaten der Verantwortlichen Person für den Patientenkontakt -->
        <assignedPerson>
          <!-- Name der Verantwortlichen Person für den Patientenkontakt -->
          <name>
            <prefix>Univ.-Prof.Dr.</prefix>
            <given>Sigrid</given>
            <family>Kollmann</family>
          </name>
        </assignedPerson>
      </assignedEntity>
    </responsibleParty>
    <!-- Organisation, in deren Verantwortungsbereich der Patientenkontakt stattfand -->
    <location>
      <healthCareFacility>
        <serviceProviderOrganization>
          <!-- ID der Organisation aus dem GDA Index -->
          <id root="1.2.40.0.34.99.3" assigningAuthorityName="GDA Index"/>
          <!-- Name der Organisation -->
          <name>Amadeus Spital - Chirurgische Abteilung</name>
          <!-- Kontaktdaten der Organisation -->
          <telecom value="tel:+43.6138.3453446.0"/>
          <telecom value="fax:+43.6138.3453446.4674"/>
          <telecom value="mailto:info@amadeusspital.at"/>
          <telecom value="http://www.amadeusspital.at"/>
          <!-- Adresse der Organisation -->
          <addr>
            <streetName>Mozartgasse</streetName>
            <houseNumber>1-7</houseNumber>
            <postalCode>5350</postalCode>
            <city>St. Wolfgang</city>
            <state>Salzburg</state>
            <country>AUT</country>
          </addr>
        </serviceProviderOrganization>
      </healthCareFacility>
    </location>
  </encompassingEncounter>
</componentOf>
```

Beispiel

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:componentOf				Komponente für den Patientenkontakt.	(Hea...ter)
└ @typeCode	cs	0 ... 1	F	COMP	
└ h17:encompassingEncounter		1 ... 1	R	Patientenkontakt.	(Hea...ter)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	ENC	
└ @moodCode	cs	0 ... 1	F	EVN	
└ h17:id	II	0 ... 1		Identifikationselement zur Aufnahme der Aufenthaltszahl.	(Hea...ter)
└ h17:code	CE	1 ... 1	M	Codierung des Patientenkontakts.	(Hea...ter)
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.40.0.34.10.5 ELGA_ActEncounterCode (DYNAMIC)	
└ h17:effectiveTime	IVL_TS	1 ... 1	M	Zeitraum des Patientenkontakts. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Zeit-Elemente“ zu befolgen.	(Hea...ter)
└ h17:low	TS.DATE.MIN	1 ... 1	R		(Hea...ter)
└ h17:high	TS.DATE.MIN	0 ... 1			(Hea...ter)
└ h17:responsibleParty		0 ... 1		Komponente für die verantwortliche Person.	(Hea...ter)
└ h17:assignedEntity		1 ... 1	M	Entität der verantwortlichen Person. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „AssignedEntity-Element (Person + Organisation)“ zu befolgen.	(Hea...ter)
Eingefügt				von 1.2.40.0.34.11.90003 AssignedEntityElements (DYNAMIC)	
└ h17:id	II	1 ... *	R	Mindestens eine Id der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...ter)
└ h17:addr	AD	0 ... 1		Ein Adress-Element der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...ter)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

└─ h17:telecom	TEL.AT	0 ... *		Mindestens ein Telecom-Element der validierenden Person. Zugelassene nullFlavor: UNK	(Hea...ter)
└─ h17:assigned Person		1 ... 1	M	Personendaten der validierenden Person.	(Hea...ter)

Eingefügt

von 1.2.40.0.34.11.90001 *PersonElements* (DYNAMIC)

└─ @classCode CS 0 ... 1 F

PSN

└─ @determiner Code CS 0 ... 1 F

INSTANCE

└─ h17:name	PN	1 ... 1	M	Name der Person Für den Namen ist verpflichtend Granularitätsstufe 2 („strukturierte Angabe des Namens“) anzuwenden! Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Namen-Elemente von Personen PN“ zu befolgen.	(Hea...ter)
-------------	----	---------	---	---	-------------

└─ h17:represented Organization		0 ... 1		Organisationsdaten der validierenden Person.	(Hea...ter)
---------------------------------	--	---------	--	--	-------------

Eingefügt

von 1.2.40.0.34.11.90002 *OrganizationElements* (DYNAMIC)

└─ @classCode 0 ... 1 F

ORG

└─ @determiner Code 0 ... 1 F

INSTANCE

└─ h17:id	II	0 ... *			(Hea...ter)
└─ h17:name	ON	1 ... 1	M		(Hea...ter)
└─ h17:telecom	TEL.AT	0 ... *			(Hea...ter)
└─ h17:addr	AD	0 ... 1			(Hea...ter)

Eingefügt

1 ... 1 M

von 1.2.40.0.34.11.90006 *Encounter Location 1* (DYNAMIC)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

h17:location		1 ... 1	M	Komponente Organisation.	(Hea...ter)
@typeCode	cs	0 ... 1	F	LOC	
Beispiel		<pre><location typeCode="LOC"> <healthCareFacility classCode="SDLOC"> <!-- ... --> </healthCareFacility> </location></pre>			
h17:healthCareFacility		1 ... 1	M		(Hea...ter)
@classCode	cs	0 ... 1	F	SDLOC	
Beispiel		<pre><healthCareFacility classCode="SDLOC"> <location classCode="PLC" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </location> <serviceProviderOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"> <!-- ... --> </serviceProviderOrganization> </healthCareFacility></pre>			
h17:serviceProviderOrganization		1 ... 1	M	Organisation, in deren Verantwortungsbereich der Patientenkontakt stattfand. Grundsätzlich sind die Vorgaben für „Organisations-Element“ zu befolgen.	(Hea...ter)
@classCode	cs	0 ... 1	F	ORG	
@determinerCode	cs	0 ... 1	F	INSTANCE	
Beispiel		<pre><serviceProviderOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"> <name/> <addr> <!-- ... --> </addr> </serviceProviderOrganization></pre>			
h17:id	II	1 ... *	R		(Hea...ter)
h17:name	ON	1 ... 1	M		(Hea...ter)
h17:telecom	TEL.AT	1 ... *	M		(Hea...ter)
h17:addr	AD	1 ... 1	M		(Hea...ter)

1
2
3
4
5
6
7

5.10.1.1.1 encompassingEncounter Element Allgemein

8

Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

Ob der Patientenkontakt angegeben werden muss, und welche Bedeutung dieses Element hat ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

9

5.10.1.1.2 id

Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „id-Element II“ zu befolgen.

10
11
12
13

Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

Ob, und welche Identifikation eingetragen werden soll ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

14

5.10.1.1.3 code

Grundsätzlich sind die Vorgaben gemäß Kapitel „code-Element CE CWE“ zu befolgen.

15
16
17
18
19

Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

Welche Codierung angewandt werden soll, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

20

5.10.1.1.4 effectiveTime

21
22
23
24

Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

Welche Start- und Endezeiten eingetragen werden sollen, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

25

5.10.1.1.5 responsibleParty

26
27
28

Die verantwortliche Person für den Patientenkontakt (Aufenthalt) KANN optional angegeben werden.

29
30
31
32

Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

Die konkrete Bedeutung der verantwortlichen Person für den Patientenkontakt (Aufenthalt) und eine ggf. verpflichtende Angabe dieses Elements ergeben sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

33

5.10.1.1.6 location

34
35
36

Die Organisation, in deren Verantwortungsbereich der Patientenkontakt stattfand, MUSS verpflichtend angegeben werden (z.B.: die entlassende Krankenanstalt mit Abteilung).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Verweis auf speziellen Implementierungsleitfaden:

Die konkrete Bedeutung der Organisation, in deren Verantwortungsbereich der Patientenkontakt (Aufenthalt) stattfand, ergibt sich aus dem jeweiligen speziellen Implementierungsleitfaden.

6 Medizinische Inhalte (CDA Body)

Dieses Kapitel beschreibt die Sektionen des CDA Body, welche im „Befund Bildgebende Diagnostik“ vorkommen sollen bzw. müssen.

6.1 Überblick

6.1.1 Sektionen und Reihenfolge der CDA Body - Dokumentstruktur

Dieses Kapitel zeigt einen Überblick über die Sektionen der CDA Body - Dokumentstruktur.

Die Reihenfolge der Sektionen in einem CDA Body kann zwar prinzipiell frei gewählt werden, allerdings stellen die meisten Visualisierungsroutinen die Sektionen in genau der Reihenfolge dar, in der sie im CDA Body angeordnet sind. Daher ist die Reihenfolge der Sektionen zwar nicht „technisch“ aber „semantisch“ relevant.

Da die empfangenden GDAs die medizinischen Informationen in einer bestimmten Reihenfolge erwarten, ist diese erwartete Reihenfolge bereits in der CDA Struktur zu berücksichtigen.

Dieser Implementierungsleitfaden schreibt daher auch die Reihenfolge vor, in der die Sektionen im CDA angegeben werden MÜSSEN.

In diesem Kapitel sind die möglichen Sektionen in der vorgeschriebenen Reihenfolge dargestellt.

6.1.2 Fachlicher Inhalt in EIS „Basic“ und „Structured“

Enthält das Dokument entweder unstrukturierten oder eingebetteten Inhalt (z.B. PDF) oder strukturierten Inhalt⁵, wobei jedoch **nicht alle** Sektionen den Vorgaben von EIS „Enhanced“ oder „Full Support“ folgen, dann liegt das Dokument in ELGA Interoperabilitätsstufe (EIS) „Basic“ vor. Die Sektionen **MÜSSEN** jedenfalls in der von diesem Leitfaden definierten Reihenfolge vorliegen, damit die erforderliche EIS „Structured“ erreicht wird.

Die Verwendung von EIS Basic ist in ELGA nicht mehr zulässig.

⁵ Entsprechend den CDA Body Choices „NonXMLBody“ und „StructuredBody“, unconstrained CDA specification („CDA Level One“)

6.1.3 Tabellarische Darstellung der Sektionen

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die möglichen Sektionen. Die Codierung der Sektionen erfolgt gemäß dem Value Set „**ELGA_Sections**“ (1.2.40.0.34.5.40).

Opt	Sektion / Titel	Code	Kap	Pos
[R2]	DICOM Object Catalog	121181	Link	1
[O]	Brieftext	BRIEFT	Link	2
[M]	Anforderung	55115-0	Link	3
[M]	Anamnese	11329-0	Link	4

[R2]	Indikation	18785-6	Link	5
[O]	Patientenstatus / Patientenangaben	55108-5	Link	6
[R2]	Aktuelle Untersuchung	55111-9	Link	7
[O]	Frühere Untersuchungen	55114-3	Link	8
[O]	Frühere Befunde	18834-2	Link	9
[O]	Komplikationen	55109-3	Link	10
[M]	Befund	18782-3	Link	11
[R2]	Zusammenfassung / Ergebnis	55112-7	Link	12
[O]	Verdachtsdiagnose	19005-8	Link	13
[O]	Schlussfolgerung	55110-1	Link	14
[O]	Empfehlung	18783-1	Link	15
[O]	Addendum	55107-7	Link	16
[O]	Abschließende Bemerkungen	ABBEM	Link	17
[O]	Schlüsselbilder	55113-5	Link	18

Tabelle 2: Überblick und Reihenfolge der Sektionen

In der obigen Tabelle sind die technischen Sektionen, die von einem System (RIS oder auch KIS) befüllt werden, grau hinterlegt.

Die orange hinterlegten Sektionen enthalten nur Informationen aus der Überweisung.

6.1.4 Web Access to DICOM Persistent Object (WADO)

Die Textelemente („<text>“) der einzelnen Sektionen können Referenzen für den *Web Access to DICOM Persistent Objects (WADO)* enthalten. Diese werden als <linkHtml> dargestellt wobei das @href-Element eine gültige WADO-URL darstellt und der textuelle Inhalt des <linkHTML> Elements den sichtbaren Teil des Hyperlinks.

Bei Angabe eines WADO-Links ist darauf zu achten, dass die Ressource auch für den Endkonsumenten des Dokumentes zugänglich ist.

Die exakte Definition der Verfügbarmachung von Bilddaten im Rahmen von ELGA ist noch durch die ELGA GmbH zu definieren. Das angeführte Code-Beispiel dient nur zu Demonstrationszwecken.

6.1.4.1 Strukturbeispiel

```

<text>
...
<paragraph>
<caption>Source of Measurement</caption>
<linkHtml href="http://www.example.org/wado?requestType=WADO&studyUID=1.2.840.113619.2.62.994044785528.114289542805&seriesUID=1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823223142485051&objectUID=1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.200608232232322.3&contentType=application/dicom">Chest_PA</linkHtml>
</paragraph>
...

```

</text>

6.2 Sektionen aus Überweisung

Dieser erste Teil der medizinischen Sektionen behandelt die medizinischen Informationen, die seitens des zuweisenden Arztes gewünscht werden.

6.2.1 Anforderung

Der Inhalt dieser Sektion bildet ab, was der zuweisende Arzt überprüft/ausgeschlossen wissen will. Idealerweise kommt dieser Inhalt aus einer elektronischen Überweisung. Sollte die elektronische Überweisung ein Codierungsschema erhalten, so wurde in der Arbeitsgruppe die Möglichkeit eines für den Zweck von Überweisungen erweiterten APPC diskutiert.

6.2.1.1 Überblick

Titel der Sektion	Anforderung
Definition	Gewünschte Untersuchung (Organ, Methode)
Codierung	LOINC: 55115-0 Requested imaging studies information
Konformität	[M]

Die Sektion MUSS immer im Befund „Bildgebende Diagnostik“ enthalten sein.

Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Anforderung wird nicht bekannt gegeben“).

6.2.1.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.1 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	Anforderung	Bezeichnung	Anforderung
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.1		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.1 <i>Anforderung</i> (2012-01-12) ref elgabbr-		

Beispiel

Strukturbeispiel

```
<section>
  <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.1"/>
  <!-- Code der Sektion -->
  <code code="55115-0" displayName="Requested imaging studies information" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
  <!-- Titel der Sektion -->
  <title>Anforderung</title>
  <!-- Textbereich der Sektion -->
  <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text>
</section>
```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Anf...ung)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Anf...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.1	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Anf...ung)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55115-0	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Requested imaging studies information	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Anf...ung)
	CONF			Elementinhalt muss "Anforderung" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M	Sollten keine Information vorhanden sein, so kann ein Standardtext eingefügt werden (z.B.: „Anforderung wird nicht bekannt gegeben“).	(Anf...ung)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 <i>Eingebettetes Objekt Entry</i> (DYNAMIC)	(Anf...ung)

6.2.2 Anamnese

In dieser Sektion wird die klinische Symptomatik bzw. die relevanten anamnestischen Angaben und Vorbefunde, wie sie in der Überweisung angegeben wurden, dargestellt.

6.2.2.1 Überblick

Titel der Sektion	Anamnese
Definition	Klinische Symptomatik, relevante anamnestische Angaben, Vorbefunde
Codierung	LOINC: 11329-0 History general
Konformität	[M]

Die Sektion MUSS immer im Befund „Bildgebende Diagnostik“ enthalten sein.

Eine Codierung in Level 3 ist nicht vorgesehen.

Sind keine Informationen vorhanden, so wird dies als Standard-Text in der Sektion vermerkt (z.B.: „Anamnese wird nicht bekannt gegeben“).

6.2.2.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.2 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12								
Status	Aktiv	Versions-Label									
Name	AnamneseBildgebendeDiagnostik	Bezeichnung	Anamnese (BildgebendeDiagnostik)								
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.2										
Klassifikation	CDA Section level template										
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)										
Benutzt	Benutzt 1 Template										
	<table border="1"><thead><tr><th>Benutzt</th><th>als</th><th>Name</th><th>Version</th></tr></thead><tbody><tr><td>1.2.40.0.34.11.1.3.1</td><td>Containment</td><td> Eingebettetes Objekt Entry</td><td>DYNAMIC</td></tr></tbody></table>	Benutzt	als	Name	Version	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC		
Benutzt	als	Name	Version								
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC								
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.2 <i>Anamnese (BildgebendeDiagnostik)</i> (2012-01-12) ref elgabbr-										
Beispiel	Strukturbeispiel <pre><section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.2"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="11329-0" displayName="History general" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Anamnese</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section></pre>										

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Ana...tik)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Ana...tik)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.2	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Ana...tik)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	11329-0	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	History general	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Ana...tik)
	CONF			Elementinhalt muss "Anamnese" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M	Sollten keine Information vorhanden sein, so kann ein Standardtext eingefügt werden (z.B.: „Anamnese wird nicht bekannt gegeben“).	(Ana...tik)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 <i>Eingebettetes Objekt Entry</i> (DYNAMIC)	(Ana...tik)

6.2.3 Indikation

In dieser Sektion wird die ausführliche Formulierung der Fragestellung des Einweisers/Zuweisers aus der Überweisung übernommen.

6.2.3.1 Überblick

Titel der Sektion	Indikation
-------------------	------------

Definition	Konkrete Fragestellung des Zuweisers oder Wunsch nach Bestätigung einer Verdachtsdiagnose
Codierung	LOINC: 18785-6 Reason for study
Konformität	[R2]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung der Anforderungen des Zuweisers handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.2.3.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.3 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12								
Status	● Aktiv	Versions-Label									
Name	Indikation	Bezeichnung	Indikation								
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.3										
Klassifikation	CDA Section level template										
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)										
Benutzt	<div style="background-color: #ffffcc; padding: 2px;">Benutzt 1 Template</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Benutzt</th> <th style="width: 10%;">als</th> <th style="width: 45%;">Name</th> <th style="width: 20%;">Version</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.2.40.0.34.11.1.3.1</td> <td>Containment</td> <td>● Eingebettetes Objekt Entry</td> <td>DYNAMIC</td> </tr> </tbody> </table>			Benutzt	als	Name	Version	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC
Benutzt	als	Name	Version								
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC								
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.3 <i>Indikation</i> (2012-01-12) ref elgabbr-										
Beispiel	<div style="background-color: #e0ffe0; padding: 5px;"> <div style="background-color: #ffffcc; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Strukturbeispiel</div> <pre style="font-family: monospace; font-size: 0.9em; margin: 0;"> <section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.3"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="18785-6" displayName="Reason for study" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Indikation</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre> </div>										

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Ind...ion)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Ind...ion)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.3	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Ind...ion)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	18785-6	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Reason for study	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Ind...ion)
	CONF			Elementinhalt muss "Indikation" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Ind...ion)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Ind...ion)

6.3 Sektionen der Untersuchung

In diesen Sektionen werden die Aktivitäten der untersuchenden Einheit bzw. herangezogene Vorstudien beschrieben.

6.3.1 Patientenstatus/Patientenangaben

Diese Sektion enthält anamnestische Angaben, wie sie in der durchführenden Organisationseinheit durch eigenes Personal erhoben werden. Diese Angaben können durchaus vom Text der Überweisung (wegen Irrtums, Schreibfehler, ...) abweichen.

6.3.1.1 Überblick

Titel der Sektion	Patientenstatus/Patientenangaben
-------------------	----------------------------------

Definition	Anamnese, erhoben in der durchführenden Einheit (kann von der Anamnese in der Überweisung abweichen)
Codierung	LOINC: 55108-5 Clinical presentation
Konformität	[O]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung der Patientenangaben handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.3.1.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.4 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12							
Status	Aktiv	Versions-Label								
Name	PatientenStatusAngaben	Bezeichnung	Patientenstatus / Patientenangaben							
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.4									
Klassifikation	CDA Section level template									
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)									
Benutzt	Benutzt 1 Template									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Benutzt</th> <th>als</th> <th>Name</th> <th>Version</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.2.40.0.34.11.1.3.1</td> <td>Containment</td> <td> Eingebettetes Objekt Entry</td> <td>DYNAMIC</td> </tr> </tbody> </table>	Benutzt	als	Name	Version	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC	
Benutzt	als	Name	Version							
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC							
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.4 <i>Patientenstatus / Patientenangaben</i> (2012-01-12) ref elgabbr-									
Beispiel	Strukturbeispiel <pre> <section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.4"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="55108-5" displayName="Clinical presentation" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Patientenstatus / Patientenangaben</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre>									

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Pat...ben)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Pat...ben)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.4	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Pat...ben)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55108-5	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Clinical presentation	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Pat...ben)
	CONF			Elementinhalt muss "Patientenstatus / Patientenangaben" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Pat...ben)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Pat...ben)

6.3.2 Aktuelle Untersuchung

Diese Sektion beschreibt in möglichst kurzer Form die zur Untersuchung angewandten Techniken und/oder Eingriffe.

6.3.2.1 Überblick

Titel der Sektion	Aktuelle Untersuchung
Definition	Kurzbeschreibung sämtlicher zur Erstellung des Befundes angewandten Techniken, Eingriffe oder sonstige Maßnahmen sowie Parameter zur Dokumentation der Patientendosis

Codierung	LOINC: 55111-9 Current imaging procedure descriptions
Konformität	[R2]
Konformität Level 3	[O]

Eine Kurzbeschreibung sämtlicher zur Erstellung des Befundes angewandten Techniken, Eingriffe oder sonstige Maßnahmen ist für alle Modalitäten optional.

Die Dokumentation der Patientendosis für Computertomographie-, Radiologie-, Nuklearmedizinische Befunde gemäß der Strahlenschutzrichtlinie 2013/59/EU Art. 58b SOLL in dieser Sektion erfolgen. Der Befund MUSS dann die Informationen zur Ermittlung der Patientendosis beinhalten und die Dosisparameter sind mindestens in Level 2 darzustellen.

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung der „technischen“ Vorgänge der Untersuchung handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen. Eine Ausnahme bildet hier die Dokumentation der Patientendosis bei Röntgenaufnahmen, der Computertomographie, Durchleuchtung, Interventionellen Radiologie, Mammographie und Nuklearmedizin.

Bei Röntgenaufnahmen, Durchleuchtungen und interventionelle Untersuchungen erfolgt eine Dokumentation des Dosisflächenprodukts im Befund. Im Bereich der Mammografie SOLL die mittlere Parenchymdosis und die Eingangsdosis dokumentiert werden. Für die Computertomographie MUSS das Dosislängenprodukt und für die Nuklearmedizin die applizierte Aktivität im Befund aufgenommen werden. Sofern möglich, SOLL bei allen Modalitäten mit ionisierender Strahlung eine Dokumentation der berechneten effektiven Dosis des Patienten im Befund „Bildgebende Diagnostik“ erfolgen.

In der nachfolgenden Tabelle sind zulässige Werte zur Level 3 Codierung dargestellt. Die aktuell gültigen Codes sind immer dem am Terminologieserver publizierten Codesystem zu entnehmen. Einheit für das **Dosisflächenprodukt** (DAP): Da in der Praxis von unterschiedlichen Modalitäten unterschiedliche Einheiten verwendet werden, wird **Gy^{cm}²** als bevorzugte Einheit vorgeschlagen (wie auch im DICOM-Standard vorgesehen). Damit die Systeme nicht durch eine Einheitenumrechnung unter die Definition eines Medizinproduktes⁶ fallen, ist die Angabe des DAP in der originalen Einheit zulässig, sofern in UCUM ausgedrückt: 1 Gy^m² = 10.000 Gy^{cm}² = 1.000.000 cGy^{cm}² = 1.000.000 µGy^m².

DICOM Code	Display Name	Beschreibung	Einheit
113507	Administered activity	Applizierte Aktivität	MBq
111636	Entrance Exposure at RP	Eingangsdosis	mGy (bevorzugte Einheit, andere UCUM Einheiten sind hier erlaubt)
111637	Accumulated Average Glandular Dose	Mittlere Parenchymdosis (AGD)	mGy (bevorzugte Einheit, andere UCUM Einheiten sind hier erlaubt)
113722	Dose Area Product Total	Dosisflächenprodukt (DAP)	Gy ^m ² (bevorzugte Einheit, andere UCUM Einheiten sind hier erlaubt)
113813	CT Dose Length Product Total	Dosislängenprodukt (DLP)	mGy ^{cm} (bevorzugte Einheit, andere UCUM Einheiten sind hier erlaubt)
113839	Effective Dose	Effektive Dosis	mSv

Tabelle 3: Codes für Dosisparameter zur Ermittlung der Patientendosis aus DICOM Context ID CID 10050 „Summary Radiation Exposure Quantities“ (Value Set ELGA_Dosisparameter_VS).

⁶ Es ist möglich, die Einheitenumrechnung in ein separates Modul auszulagern, das nur die Umrechnung durchführt. Dieses kann dann viel einfacher als Medizinprodukt ausgewiesen werden.

6.3.2.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.5 ref el-gabbr-	Gültigkeit	2019-07-30 14:22:46 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> AktuelleUntersuchung vom 2015-09-24 <input type="radio"/> AktuelleUntersuchung vom 2012-01-12
Status	 Entwurf	Versions-Label	
Name	AktuelleUntersuchung	Bezeichnung	Aktuelle Untersuchung

Beschreibung



Kurzbeschreibung sämtlicher zur Erstellung des Befundes angewandten Techniken, Eingriffe oder sonstige Maßnahmen sowie Parameter zur Dokumentation der Patientendosis oder auch Kontrastmittelgabe (Präparat und Menge).

Kontext Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.5

Klassifikation CDA Section level template

Offen/Geschlossen Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)

Benutzt 2 Templates

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.5.3.3	Containment	 Strahlenexposition Entry	DYNAMIC
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	 Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC

Beziehung Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.5 *Aktuelle Untersuchung* (2015-09-24) ref elgabbr-
Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.5 *Aktuelle Untersuchung* (2015-09-24) ref elgabbr-

Strukturbeispiel (ohne Level 3)

```
<section>
  <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.5"/>
  <!-- Code der Sektion -->
  <code code="55111-9" displayName="Current imaging procedure descriptions" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
  <!-- Titel der Sektion -->
  <title>Aktuelle Untersuchung</title>
  <!-- Textbereich der Sektion -->
  <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text>
</section>
```

Strukturbeispiel Aufnahme der Patientendosis

```
<section>
  <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.5"/>
  <!-- Code der Sektion -->
  <code code="55111-9" displayName="Current imaging procedure descriptions" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
  <!-- Titel der Sektion -->
  <title>Aktuelle Untersuchung</title>
  <!-- Textbereich der Sektion -->
  <text>
    ... Lesbarer Textbereich ...
  <paragraph> Informationen zur Patientendosis </paragraph>
  <table>
    <thead>
      <tr>
        <th>Parameter</th>
        <th>Ergebnis</th>
        <th>Einheit</th>
      </tr>
    </thead>
    <tbody>
      <tr ID="OBS-1">
        <td>Dosislängenprodukt</td>
        <td>230</td>
        <td>mGycm</td>
      </tr>
      <tr ID="OBS-2">
        <td>Effektive Dosis</td>
        <td>2.5</td>
        <td>mS</td>
      </tr>
    </tbody>
  </table>
</text>
<!-- Maschinenlesbare Elemente der Sektion -->
<!-- entry fuer Codierung der Angaben zur Patientendosis -->
<entry typeCode="DRIV">
  <!-- Dosislängenprodukt -->
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.14"/>
    <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.3.3"/>
    <code code="113813" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="CT Dose Length Product Total"/>
    <text>
      <reference value="#OBS-1"/>
    </text>
    <effectiveTime value="20130823073406+0100"/>
    <value xsi:type="PQ" value="230" unit="mGycm"/>
  </observation>
</entry>
<entry typeCode="DRIV">
  <!-- Effektive Dosis -->
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.14"/>
    <code code="113839" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Effective Dose"/>
    <text>
      <reference value="#OBS-2"/>
    </text>
    <effectiveTime value="20130823073406+0100"/>
    <value xsi:type="PQ" value="2.5" unit="mSv"/>
  </observation>
</entry>
</section>
```

Beispiel


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Akt...ung)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Akt...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.5	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Akt...ung)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55111-9	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Current imaging procedure descriptions	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Akt...ung)
	CONF			Elementinhalt muss "Aktuelle Untersuchung" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M	Der Befundtext sollte in Abschnitte (<paragraph>) gegliedert sein. Vorgegebene Struktur für die Angaben zur Patientendosis über das medizinisch-radiologische Verfahren: Die effektive Dosis oder Parameter zur Patientendosis MÜSSEN im Textteil als Tabelle enthalten sein.</paragraph>	(Akt...ung)
└ h17:entry		0 ... *		Im Falle eines Befundes für Röntgenaufnahmen, Computertomographie, Durchleuchtung, Interventionelle Radiologie, Mammographie oder Nuklearmedizin: Unabhängig von der Modalität zur Codierung des Dosisparameters nach DCM in Level 3. Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.5.3.3 <i>Strahlenexposition Entry</i> (DYNAMIC)	(Akt...ung)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 <i>Einbettetes Objekt Entry</i> (DYNAMIC)	(Akt...ung)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

6.3.2.3 Strahlenexposition-Entry

Spezifikation der Entry Elemente für die medizinische Strahlenexposition.

Id	1.2.40.0.34.11.5.3.3 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2015-09-24
Status	 Aktiv	Versions-Label	
Name	Strahlenexpositionentry	Bezeichnung	Strahlenexposition Entry
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.3.3		
Klassifikation	CDA Entry Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.3.3 <i>Strahlenexposition Entry</i> (2015-09-24) <small>ref elgabbr-</small>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:observation				Quantity Measurement Observation.	(Str...try)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	OBS	
└ @moodCode	cs	1 ... 1	F	EVN	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Str...try)
└└ @root	uid	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.14	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Str...try)
└└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.3.3	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Str...try)
	CONF			Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.40.0.34.10.166 <i>ELGA_Dosisparameter</i> (DYNAMIC)	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Str...try)
└└ h17:reference		1 ... 1	M	@value: Referenz auf Id des Ergebnisses im section.text.	(Str...try)
└ h17:statusCode	CS	1 ... 1	M		(Str...try)
└└ @code	CONF	1 ... 1	F	completed	
└ h17:effectiveTime	TS	1 ... 1	M	Es gelten die Richtlinien des entsprechenden Kapitels im Allgemeinen Leitfaden.	(Str...try)
└ h17:value	PQ	1 ... 1	M		(Str...try)
└└ @unit	cs	1 ... 1	R	Physikalische Einheit des Messwertes entsprechend der Vorgabe in <i>ELGA_Dosisparameter</i>	
└└ @value	real	1 ... 1	R	Größe des Messwertes.	

6.3.3 Frühere Untersuchungen

In dieser Sektion werden alle früheren Untersuchungen mit Bildmaterial bzw. älteres Bildmaterial alleine aufgelistet, welche(s) zur Erstellung des gegenständlichen Befundes herangezogen wurden.

6.3.3.1 Überblick

Titel der Sektion	Frühere Untersuchungen
Definition	Aufzählung früherer Untersuchungen, deren Ergebnis (bzw. Bildmaterial) bei der Erstellung des vorliegenden Befundes herangezogen bzw. berücksichtigt wurde.
Codierung	LOINC: 55114-3 Prior imaging procedure descriptions
Konformität	[O]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Auflistung der Vorbefunde bzw. des älteren Bildmaterials handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.3.3.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.6 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	FruehereUntersuchungen	Bezeichnung	Frühere Untersuchungen
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.6		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry
			DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.6 <i>Frühere Untersuchungen</i> (2012-01-12) ref elgabbr-		
Beispiel	Strukturbeispiel <pre> <section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.6"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="55114-3" displayName="Prior imaging procedure descriptions" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Frühere Untersuchungen</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Fru...gen)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Fru...gen)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.6	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Fru...gen)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55114-3	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Prior imaging procedure descriptions	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Fru...gen)
	CONF			Elementinhalt muss "Frühere Untersuchungen" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Fru...gen)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Fru...gen)

6.3.4 Frühere Befunde

In dieser Sektion werden alle früheren, nur als Text zur Verfügung stehenden, Befunde, welche zur Erstellung des gegenständlichen Befundes herangezogen wurden, aufgelistet.

6.3.4.1 Überblick

Titel der Sektion	Frühere Befunde
Definition	Aufzählung früherer Befunde (ohne Bildmaterial), deren Ergebnis bei der Erstellung des vorliegenden Befundes herangezogen bzw. berücksichtigt wurde.

Codierung	LOINC: 18834-2 Comparison.study
Konformität	[O]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Auflistung der Vorbefunde handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.3.4.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.7 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	FruehereBefunde	Bezeichnung	Frühere Befunde
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.7		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.7 <i>Frühere Befunde</i> (2012-01-12) ref elgabbr-		
Beispiel	Strukturbeispiel <pre> <section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.7"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="18834-2" displayName="Comparison.study" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Frühere Befunde</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Fru...nde)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Fru...nde)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.7	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Fru...nde)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	18834-2	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Comparison.study	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Fru...nde)
	CONF			Elementinhalt muss "Frühere Befunde" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Fru...nde)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Fru...nde)

6.3.5 Komplikationen

6.3.5.1 Überblick

Titel der Sektion	Komplikationen
Definition	Beschreibt Komplikationen, die während der bildgebenden Untersuchung aufgetreten sind.
Codierung	LOINC: 55109-3 Complications
Konformität	[O]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung von etwaigen Komplikationen handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.3.5.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.8 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12
Status	Aktiv	Versions-Label	
Name	Komplikationen	Bezeichnung	Komplikationen
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.8		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	Eingebettetes Objekt Entry
			DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.8 <i>Komplikationen</i> (2012-01-12) ref elgabbr-		
Beispiel	Strukturbeispiel		
	<pre> <section> <templateId root=" 1.2.40.0.34.11.5.2.8 "/> <!-- Code der Sektion --> <code code="55109-3" displayName="Complications" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Komplikationen</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Kom...nen)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Kom...nen)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.8	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Kom...nen)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55109-3	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Complications	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Kom...nen)
	CONF			Elementinhalt muss "Komplikationen" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Kom...nen)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Kom...nen)

6.4 Ergebnissektionen

In diesen Sektionen wird das Ergebnis der bildgebenden Untersuchung abgebildet.

6.4.1 Befund

Diese Sektion bildet das Ergebnis der „Bildgebenden Diagnostik“ ab. Hier wird in ausführlicher Form das Resultat der Untersuchung beschrieben.

In dieser Sektion dürfen auch alle anderen Details einer „Bildgebenden Diagnostik“ beschrieben werden, sofern eine fein strukturierte Darstellung, wie sie mit Hilfe der definierten Sektionen vorge-schrieben wird, möglich ist.

Im Sinne einer vergleichbaren Darstellung SOLL dieser „Gesamtbefund“ sich dann aber zumindest an die durch die Reihenfolge der Sektionen vorgegebene Struktur halten.

6.4.1.1 Überblick

Titel der Sektion	Befund
Definition	Text, der das Ergebnis der „Bildgebenden Diagnostik“ darstellt
Codierung	LOINC: 18782-3 Study observation
Konformität	[M]
Konformität Level 3	[R2] gilt nur für Mammographie (MG, US, MRI)

Die Sektion MUSS immer im Befund „Bildgebende Diagnostik“ enthalten sein. Diese Sektion enthält den primären, beschreibenden Text des Befundes. Es ist dringend gefordert, dass in dieser Sektion nur der Befund-relevante Text enthalten ist und Themen wie Fragestellung (Überweisungsgrund), Anamnese, Aktuelle Untersuchung (Prozeduren), Empfehlung (weitere empfohlene Maßnahmen) und Addendum (Termine, Kontrollen, Wiederbestellung) in eigenen Sektionen dargestellt werden.

In Fällen, in denen die Quelle des Befundtextes eine derartige Trennung nicht zulässt, ist die Sektion Befund heranzuziehen und in den anderen, verpflichtenden Sektionen der Hinweis „Informationen im Abschnitt Befund“ anzugeben.


Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung des Befundes handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

Eine **Ausnahme** bildet hier die **Mammographie**, unabhängig von der angewandten Technik wie MG, US oder MRI. Sollte in dieser Sektion des Befundes die Klassifikation nach BIRADS®⁷ angegeben werden, so ist dieser Wert sowohl in Form einer Tabelle im Textbereich darzustellen, als auch als Level 3 Element in dieser Sektion zu codieren.

Eine allfällige Klassifizierung gemäß dem ACR Index ist ebenfalls als Tabelle im Textteil abzubilden. Eine Level 3 Codierung ist im Moment nicht vorgesehen.

⁷ BI-RADS® ist eine eingetragene Marke des American College of Radiology




6.4.1.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.9 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2012-01-12
Status	 Aktiv	Versions-Label	
Name	Befund	Bezeichnung	Befund
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.9		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Benutzt

Benutzt 3 Templates

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.5.3.2	Containment	 Kodierung des Befundtextes	DYNAMIC
1.2.40.0.34.11.5.3.1	Containment	 BI-RADS® Klassifikation	DYNAMIC
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	 Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC

Beziehung

Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.9 *Befund* (2012-01-12) [ref elgabbr-](#)

Beispiel

Strukturbeispiel Allgemein

```
<section>
  <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.9"/>
  <!-- Code der Sektion -->
  <code code="18782-3" displayName="Study observation" codeSys-
tem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
  <!-- Titel der Sektion -->
  <title>Befund</title>
  <!-- Textbereich der Sektion -->
  <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text>
</section>
```

Strukturbeispiel Mammographie mit BI-RADS® Klassifikation


```
<hl7:ClinicalDocument>
  <hl7:section>
    <hl7:templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.9"/>
    <!-- Code der Sektion -->
    <hl7:code code="18782-3" displayName="Study observation" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
    <!-- Titel der Sektion -->
    <hl7:title>Befund</hl7:title>
    <!-- Textbereich der Sektion -->
    <hl7:text>
      <hl7:paragraph>
        <hl7:content ID="finding-1"> Parenchymasymmetrie. Verkalkte Ölcyste li. Sonst unauffälliger Befund bei Zustand nach Reduktionsplastik bds., derzeit kein Malignomhinweis. </hl7:content>
      </hl7:paragraph>
      <hl7:table>
        <hl7:thead>
          <hl7:tr>
            <hl7:th>Klassifikation</hl7:th>
            <hl7:th>Wert</hl7:th>
          </hl7:tr>
        </hl7:thead>
        <hl7:tbody>
          <hl7:tr>
            <hl7:td>BI-RADS</hl7:td>
            <hl7:td ID="birads">4A</hl7:td>
          </hl7:tr>
          <hl7:tr>
            <hl7:td>ACR</hl7:td>
            <hl7:td ID="acr">2</hl7:td>
          </hl7:tr>
        </hl7:tbody>
      </hl7:table>
    </hl7:text>
    <!-- Maschinenlesbare Elemente der Sektion -->
    <!-- Entry fuer die Codierung des Befundtextes -->
    <hl7:entry>
      <hl7:observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Text Observation -->
        <hl7:templateId root="1.2.40.0.34.11.5.3.2"/>
        <hl7:templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.12"/>
        <hl7:code code="121071" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Finding"/>
        <hl7:value xsi:type="ED">
          <hl7:reference value="#finding1"/>
        </hl7:value>
      </hl7:observation>
    </hl7:entry>
    <!-- entry fuer ELGA BI-RADS® Codierung -->
    <hl7:entry>
      <hl7:observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Mammography Observation -->
        <hl7:templateId root="1.2.40.0.34.11.5.3.1"/>
        <hl7:code code="36625-2" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC" displayName="Breast Mammogram"/>
        <hl7:text>
          <hl7:reference value="#birads"/>
        </hl7:text>
        <hl7:statusCode code="completed"/>
        <hl7:effectiveTime value="20110830103000+02"/>
        <hl7:value xsi:type="CD" code="MA.II.A.5.4A" codeSystem="1.2.40.0.34.5.49" codeSystemName="ELGA_MammogramAssessment"/>
      </hl7:observation>
    </hl7:entry>
  </hl7:section>
</hl7:ClinicalDocument>
```

Beispiel

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Befund)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Befund)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.9	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Befund)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	18782-3	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Study observation	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Befund)
	CONF			Elementinhalt muss "Befund" sein	
└ h17:text	SD.TEXT	1 ... 1	M	Befundtext sollte in Abschnitte (<paragraph>) gegliedert sein. Vorgegebene Struktur für Mammographie: Klassifikationen nach BI-RADS® oder nach ACR Index MÜSSEN im Textteil als Tabelle enthalten sein. Empfohlen wird die Angabe der BI-RADS® Klassen in arabischen Ziffern.	(Befund)
└ h17:entry				Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.5.3.2 <i>Kodierung des Befundtextes</i> (DYNAMIC)	(Befund)
└ h17:entry				Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.5.3.1 <i>BI-RADS® Klassifikation</i> (DYNAMIC)	(Befund)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 <i>Eingebettetes Objekt Entry</i> (DYNAMIC)	(Befund)

6.4.1.3 Spezifikation des Entry Elements für Codierung des Befundtextes

Id	1.2.40.0.34.11.5.3.2 ref elgabbr-	Gültigkeit	2014-03-24
Status	 Aktiv	Versions-Label	
Name	BefundtextKodierung	Bezeichnung	Kodierung des Befundtextes
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.3.2		
Klassifikation	CDA Entry Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.3.2 <i>Kodierung des Befundtextes</i> (2014-03-24) ref elgabbr-		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:observation					(Bef...ung)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	OBS	
└ @moodCode	cs	1 ... 1	F	EVN	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Bef...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.3.2	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Bef...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.12	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Bef...ung)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	121071	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.16.4 (DCM)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	DCM	
└ @displayName		1 ... 1	F	Finding	
Auswahl		1 ... 1		Elemente in der Auswahl: <ul style="list-style-type: none"> ▪ h17:value[@xsi:type='PQ'] ▪ h17:value[@xsi:type='IVL_PQ'] ▪ h17:value[@xsi:type='INT'] ▪ h17:value[@xsi:type='IVL_INT'] ▪ h17:value[@xsi:type='BL'] ▪ h17:value[@xsi:type='ST'] ▪ h17:value[@xsi:type='CV'] ▪ h17:value[@xsi:type='TS'] ▪ h17:value[@xsi:type='RTO'] ▪ h17:value[@xsi:type='RTO_QTY_QTY'] ▪ h17:value[@xsi:type='RTO_PQ_PQ'] ▪ h17:value[@nullFlavor] ▪ h17:value[@xsi:type='CD'] ▪ h17:value[@xsi:type='ED'][not(@nullFlavor)] 	
	Constraint	Datentyp eingeschränkt auf PQ, IVL_PQ, INT, IVL_INT, BL, ST, CV, TS, CD, RTO, RTO_QTY_QTY, RTO_PQ_PQ, ED			

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

└ h17:value	PQ		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='PQ']					
└ h17:value	IVL_PQ		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='IVL_PQ']					
└ h17:value	INT		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='INT']					
└ h17:value	IVL_INT		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='IVL_INT']					
└ h17:value	BL		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='BL']					
└ h17:value	ST		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='ST']					
└ h17:value	CV		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='CV']					
└ h17:value	TS		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='TS']					
└ h17:value	RTO		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='RTO']					
└ h17:value	RTO_QTY_QTY		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='RTO_QTY_QTY']					
└ h17:value	RTO_PQ_PQ		C		(Bef...ung)
wo [@xsi:type='RTO_PQ_PQ']					
└ h17:value			C		(Bef...ung)
wo [@nullFlavor]					
└ h17:value	CD		C		(Bef...ung)

wo [<i>@xsi:type='CD'</i>]					
└ h17:value	ED	1 ... 1	M		(Bef...ung)
wo [<i>@xsi:type='ED'</i>]					
└ h17:reference		1 ... 1	M	@value: Referenz auf die Level 2 Id des Befundtextes.	(Bef...ung)

6.4.1.4 Spezifikation des Entry Elements für BI-RADS® Klassifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.3.1 ref elgabbr-	Gültigkeit	2014-03-24 Andere Versionen mit dieser Id: ▪ <input type="radio"/> KlassifikationBIRADS vom 2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	KlassifikationBIRADS	Bezeichnung	BI-RADS® Klassifikation
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.3.1		
Klassifikation	CDA Entry Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.3.1 <i>BI-RADS® Klassifikation</i> (2014-03-24) ref elgabbr-		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:observation					(Kla...ADS)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	OBS	
└ @moodCode	cs	1 ... 1	F	EVN	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Kla...ADS)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.3.1	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Kla...ADS)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	36625-2	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Breast Mammogram	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Kla...ADS)
└ h17:reference		1 ... 1	M	@value: Referenz auf Id des Ergebnisses im section.text.	(Kla...ADS)
└ h17:statusCode	CS	1 ... 1	M		(Kla...ADS)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	completed	
└ h17:effectiveTime	TS	1 ... 1	M	Es gelten die Richtlinien des entsprechenden Kapitels im Allgemeinen Leitfaden.	(Kla...ADS)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Auswahl

1 ... 1

- Elemente in der Auswahl:
- hl7:value[@xsi:type='PQ']
 - hl7:value[@xsi:type='IVL_PQ']
 - hl7:value[@xsi:type='INT']
 - hl7:value[@xsi:type='IVL_INT']
 - hl7:value[@xsi:type='BL']
 - hl7:value[@xsi:type='ST']
 - hl7:value[@xsi:type='CV']
 - hl7:value[@xsi:type='TS']
 - hl7:value[@xsi:type='RTO']
 - hl7:value[@xsi:type='RTO_QTY_QTY']
 - hl7:value[@xsi:type='RTO_PQ_PQ']
 - hl7:value[@nullFlavor]
 - hl7:value[@xsi:type='CD'][not(@nullFlavor)]

		Constraint	Datentyp eingeschränkt auf PQ, IVL_PQ, INT, IVL_INT, BL, ST, CV, TS, CD, RTO, RTO_QTY_QTY, RTO_PQ_PQ		
└	hl7:value	PQ		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='PQ']					
└	hl7:value	IVL_PQ		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='IVL_PQ']					
└	hl7:value	INT		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='INT']					
└	hl7:value	IVL_INT		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='IVL_INT']					
└	hl7:value	BL		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='BL']					
└	hl7:value	ST		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='ST']					
└	hl7:value	CV		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='CV']					
└	hl7:value	TS		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='TS']					
└	hl7:value	RTO		C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='RTO']					

h17:value	RTO_QTY_QTY	C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='RTO_QTY_QTY']			
h17:value	RTO_PQ_PQ	C	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='RTO_PQ_PQ']			
h17:value		C	(Kla...ADS)
wo [@nullFlavor]			
h17:value	CD	1 ... 1 M	(Kla...ADS)
wo [@xsi:type='CD']			

CONF

Der Wert von @code muss gewählt werden aus dem Value Set 1.2.40.0.34.10.55 ELGA_MammogramAssessment (DYNAMIC)

6.4.2 Zusammenfassung/Ergebnis

In dieser Sektion wird das Ergebnis der „Bildgebenden Diagnostik“ in kurzer Form dargestellt. Die Sektion entspricht der typischen Schlussdarstellung heutiger Papierbefunde.

6.4.2.1 Überblick

Titel der Sektion	Zusammenfassung/Ergebnis
Definition	Kurze Zusammenfassung der klaren Befundergebnisse
Codierung	LOINC: 55112-7 Document summary
Konformität	[R2]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung des Ergebnisses handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.


6.4.2.2 Strukturbeispiel

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.10 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	ZusammenfassungErgebnis	Bezeichnung	Zusammenfassung / Ergebnis
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.10		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Benutzt

Benutzt 1 Template

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	 Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC

Beziehung

Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.10 *Zusammenfassung / Ergebnis* (2012-01-12) [ref el-gabbr-](#)

Beispiel

Strukturbeispiel

```
<section>
  <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.10"/>
  <!-- Code der Sektion -->
  <code code="55112-7" displayName="Document summary" codeSys-
tem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/>
  <!-- Titel der Sektion -->
  <title>Zusammenfassung / Ergebnis</title>
  <!-- Textbereich der Sektion -->
  <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text>
</section>
```

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Zus...nis)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Zus...nis)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.10	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Zus...nis)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55112-7	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Document summary	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Zus...nis)
	CONF			Elementinhalt muss "Zusammenfassung / Ergebnis" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Zus...nis)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 <i>Eingebettetes Objekt Entry (DY-NAMIC)</i>	(Zus...nis)

6.4.3 Verdachtsdiagnose

In dieser Sektion werden Verdachtsdiagnosen, also Diagnosen die nicht zu 100% durch die gegenständige Untersuchung abgesichert werden konnten, dargestellt.

6.4.3.1 Überblick

Titel der Sektion	Verdachtsdiagnose
Definition	Beschreibt Verdachtsdiagnose(n)
Codierung	LOINC: 19005-8 Impression

Konformität

[O]

Achtung, der LOINC 19005-8 wird hier im Sinne des Eindrucks (Impression) interpretiert. Dies geht auf eine Festlegung der DICOM WG 20 zurück, welche den DICOM Code 121072 (Bedeutung: Impression) mit LOINC 19005-8 gleichsetzt.

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung der Verdachtsdiagnose handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.4.3.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.11 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12							
Status	● Aktiv	Versions-Label								
Name	Verdachtsdiagnose	Bezeichnung	Verdachtsdiagnose							
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.11									
Klassifikation	CDA Section level template									
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)									
Benutzt	Benutzt 1 Template									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Benutzt</th> <th>als</th> <th>Name</th> <th>Version</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.2.40.0.34.11.1.3.1</td> <td>Containment</td> <td>● Eingebettetes Objekt Entry</td> <td>DYNAMIC</td> </tr> </tbody> </table>	Benutzt	als	Name	Version	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC	
Benutzt	als	Name	Version							
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC							
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.11 <i>Verdachtsdiagnose</i> (2012-01-12) ref elgabbr-									
Beispiel	<div style="background-color: #e0ffe0; padding: 5px;"> <p>Strukturbeispiel</p> <pre><section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.11"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="19005-8" displayName="Impression" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Verdachtsdiagnose</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section></pre> </div>									

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Ver...ose)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Ver...ose)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.11	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Ver...ose)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	19005-8	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Impression	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Ver...ose)
	CONF	Elementinhalt muss "Verdachtsdiagnose" sein			
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Ver...ose)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Ver...ose)

6.4.4 Schlussfolgerung

In dieser Sektion beschreibt der Befundende seine Schlüsse aus den Vorstudien und dem aktuellen Bildmaterial.

Keinesfalls sind in dieser Sektion daraus abgeleitete Empfehlungen zu formulieren, diese gehören in ihre eigene Sektion (siehe Kapitel [Empfehlung](#)).

6.4.4.1 Überblick

Titel der Sektion	Schlussfolgerung
Definition	Keine Empfehlung, die gehört in die Sektion Empfehlung

Codierung	LOINC: 55110-1 Conclusions
Konformität	[O]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung der Schlussfolgerung handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.4.4.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.12 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	Schlussfolgerung	Bezeichnung	Schlussfolgerung
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.12		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment ●	Eingebettetes Objekt Entry
			DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.12 <i>Schlussfolgerung</i> (2012-01-12) <small>ref elgabbr-</small>		
Beispiel	Strukturbeispiel <pre> <section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.12"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="55110-1" displayName="Conclusions" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Schlussfolgerung</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Sch...ung)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Sch...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.12	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Sch...ung)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55110-1	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Conclusions	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Sch...ung)
	CONF	Elementinhalt muss "Schlussfolgerung" sein			
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Sch...ung)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Sch...ung)

6.4.5 Empfehlung

In dieser Sektion werden die vom Befund abzuleitenden Empfehlungen formuliert. Diese können sowohl weitere Untersuchungen als auch in Betracht zu ziehende Behandlungen sein.

Auch etwaige Medikationen wären hier darzustellen.

6.4.5.1 Überblick

Titel der Sektion	Empfehlung

Definition	Empfehlungen als Ergebnis der radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Untersuchung. Behandlung, weitere Abklärung, Medikation, OP, Biopsie, usw.
Codierung	LOINC: 18783-1 Study recommendation
Konformität	[O]

Die Sektion darf explizit keine Termine von Wiederbestellungen, geplante Kontrollen, etc. enthalten.

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung der Schlussfolgerung handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.4.5.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.13 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	Empfehlung	Bezeichnung	Empfehlung
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.13		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry
			Version
			DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.13 <i>Empfehlung</i> (2012-01-12) ref elgabbr-		
Beispiel	Strukturbeispiel <pre> <section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.13"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="18783-1" displayName="Study recommendation" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Empfehlung</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section> </pre>		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Emp...ung)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Emp...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.13	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Emp...ung)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	18783-1	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Study recommendation	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Emp...ung)
	CONF			Elementinhalt muss "Empfehlung" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Emp...ung)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Emp...ung)

6.4.6 Addendum

Diese Sektion beinhaltet all jene verbalen Informationen, welche in keiner der anderen Sektionen sinnhaft dargestellt werden können. Dazu zählen beispielhaft Nebenbefunde und persönliche Anmerkungen an den Einweiser/Zuweiser.

6.4.6.1 Überblick

Titel der Sektion	Addendum
Definition	Zusätze, Nebenbefunde, Anmerkungen, etc.

Codierung	LOINC: 55107-7 Addendum
Konformität	[O]

Da es sich bei dieser Sektion um eine rein verbale Darstellung handelt, ist eine Codierung in Level 3 nicht vorgesehen.

6.4.6.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.5.2.14 ref elgabbr-	Gültigkeit	2012-01-12								
Status	● Aktiv	Versions-Label									
Name	Addendum	Bezeichnung	Addendum								
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.5.2.14										
Klassifikation	CDA Section level template										
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)										
Benutzt	<div style="background-color: #ffffcc; padding: 2px;">Benutzt 1 Template</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Benutzt</th> <th>als</th> <th>Name</th> <th>Version</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.2.40.0.34.11.1.3.1</td> <td>Containment</td> <td>● Eingebettetes Objekt Entry</td> <td>DYNAMIC</td> </tr> </tbody> </table>			Benutzt	als	Name	Version	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC
Benutzt	als	Name	Version								
1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	● Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC								
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.5.2.14 <i>Addendum</i> (2012-01-12) ref elgabbr-										
Beispiel	<div style="background-color: #e0ffe0; padding: 5px;"> <p>Strukturbeispiel</p> <pre><section> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.2.14"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="55107-7" displayName="Addendum" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" codeSystemName="LOINC"/> <!-- Titel der Sektion --> <title>Addendum</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section></pre> </div>										

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section					(Add...dum)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Add...dum)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.5.2.14	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Add...dum)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	55107-7	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.6.1 (LOINC)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	LOINC	
└ @displayName		1 ... 1	F	Addendum	
└ h17:title	ST	1 ... 1	M		(Add...dum)
	CONF			Elementinhalt muss "Addendum" sein	
└ h17:text	ED	1 ... 1	M		(Add...dum)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 Eingebettetes Objekt Entry (DY- NAMIC)	(Add...dum)

6.5 Einleitende und abschließende Sektionen

Dieses Kapitel behandelt Sektionen für einleitende Bemerkungen, die in der Regel in einem Befund „Bildgebende Diagnostik“ angegeben werden (Grußformeln, persönliche Anrede, etc.). Auch automatisch erzeugte Sektionen werden hier beschrieben.

- DICOM Object Catalog
- Briefftext
- Schlüsselbilder

6.5.1 DICOM Object Catalog

Diese Sektion ist rein technischer Natur. Sie enthält eine Liste aller in dem gegenständlichen Befund referenzierten DICOM Objekte und die sie enthaltenden Serien bzw. Studien. Sie enthält auch all jene Informationen, welche zum Zugriff auf die Objekte von Nöten sind.

Die exakte Definition der Verfügbarmachung von Bilddaten und der zugehörigen *Uniform Resource Locators* (URL) im Rahmen von ELGA ist noch durch die ELGA GmbH zu definieren. Die Arbeitsgruppe hat sich hier für eine eigene, technische Arbeitsgruppe ausgesprochen. Im angeführten Code-Beispiel sind zu Demonstrationszwecken allgemeingültige URL verwendet.

6.5.1.1 Überblick



Titel der Sektion	-
Definition	Listet alle referenzierten Objekte und die sie enthaltenden Serien und/oder Studien sowie all jene DICOM Attribute, die für den Zugriff auf die Objekte nötig sind.
Codierung	121181 aus DICOM (Context Group CID 7001) DICOM Object Catalog
Konformität	[R2]

Diese Sektion MUSS, sofern angegeben, die erste im Body sein.

Da diese Sektion ausschließlich maschinenlesbare Information enthält und auch nicht zur Anzeige gedacht ist, darf sie weder ein *section/title* -Element noch ein *section/text* -Element enthalten. In dieser Sektion sind nur Level 3 Elemente enthalten.

6.5.1.2 Spezifikation

6.5.1.2.1 DICOM

Id	2.16.840.1.113883.10.20.6.1.1	Gültigkeit	
Status	 Entwurf	Versions-Label	
Name	DOCS	Bezeichnung	
Beschreibung	DICOM Object Catalog section. Muss angeführt werden wenn das Dokument Referenzen auf DICOM Bilder aufweist		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 2.16.840.1.113883.10.20.6.1.1		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Benutzt	Benutzt 1 Template		
	Benutzt	als	Name
	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.6	Containment	 Study Act

Strukturbeispiel

```
<section classCode="DOCSECT">
  <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.1.1"/>
  <code code="121181" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="DICOM Object Catalog" />
  <entry>
    <!-- ***** Study ***** -->
    <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
      <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.6"/>
      <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.114289542805"/>
      <code code="113014" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Study" />
      <!-- ***** Series ***** -->
      <entryRelationship typeCode="COMP">
        <act classCode="ACT" moodCode="EVN">
          <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823223142485051"/>
          <code code="113015" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Series" />
          <qualifier>
            <name code="121139" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Modalities" />
            <value code="CR" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Computed Tomography" />
          </qualifier>
          </code>
          <!-- ***** SopInstance UID ***** -->
          <!-- 2 References (chest PA and LAT) -->
          <!--reference to image 1 (PA) -->
          <entryRelationship typeCode="COMP">
            <observation classCode="DGIMG" moodCode="EVN">
              <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8"/>
              <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.200608232232322.3"/>
              <code code="1.2.840.10008.5.1.4.1.1.1" codeSystem="1.2.840.10008.2.6.1" codeSystemName="DCMUID" />
              <text mediaType="application/dicom">
                <reference value="http://www.example.org/wado?requestType=WADO&studyUID=1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.200608232232322.3&contentType=application/dicom"/>
              </text>
              <effectiveTime value="20060823223232"/>
            </observation>
          </entryRelationship>
          <!--reference to image 2 (LAT) -->
          <entryRelationship typeCode="COMP">
            <observation classCode="DGIMG" moodCode="EVN">
              <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8"/>
              <id root="1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.200608232231422.3"/>
              <code code="1.2.840.10008.5.1.4.1.1.1" codeSystem="1.2.840.10008.2.6.1" codeSystemName="DCMUID" />
              <text mediaType="application/dicom">
                <reference value="http://www.example.org/wado?requestType=WADO&studyUID=1.2.840.113619.2.62.994044785528.20060823.200608232231422.3&contentType=application/dicom"/>
              </text>
              <effectiveTime value="20060823223142"/>
            </observation>
          </entryRelationship>
        </act>
      </entryRelationship>
    </act>
  </entry>
</section>
```

Beispiel

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung
h17:section				DICOM Object Cat diese Sektion die e
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R	
└ @root	uid	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883
└ h17:code	CE	1 ... 1	M	
└ @code	CONF	1 ... 1	F	121181
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.16
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	DCM
└ @displayName		1 ... 1	F	DICOM Object Cat
└ h17:title			NP	Dieses Element ist
└ h17:text			NP	Dieses Element ist
└ h17:entry		1 ... *	M	Jeder Entry Knoten Beinhaltet 2.16.840


6.5.1.2.2 Study Act

Id	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.6	Gültigkeit	2014-03-24 Andere Versionen mit dieser Id: <ul style="list-style-type: none"> ○ StudyAct vom 2013-10-03 ○ StudyAct vom 2012-01-12
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	StudyAct	Bezeichnung	Study Act
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 2.16.840.1.113883.10.20.6.2.6		
Klassifikation	CDA Entry Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Benutzt

Benutzt 1 Template

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.30031	Containment	 Series Act	DYNAMIC

Beziehung



Version: Template 2.16.840.1.113883.10.20.6.2.6 *Study Act* (2014-03-24) ref elga-

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:act					(Stu...Act)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	ACT	
└ @moodCode	cs	1 ... 1	F	EVN	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Stu...Act)
└ @root	uid	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.6	
└ h17:id	II	1 ... 1	R		(Stu...Act)
└ @root	uid	1 ... 1	R	OID der Studien UID.	
└ @extension	st	0	NP	NP/nicht anwesend	
				Dieses Attribut darf nicht vorkommen, da DICOM Studien IDs nur durch eine OID gekennzeichnet sind [1].	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Stu...Act)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	113014	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.16.4 (DCM)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	DCM	
└ @displayName		1 ... 1	F	DICOM Study	
└ h17:text	ST	0 ... 1		Optionale Beschreibung der Studie.	(Stu...Act)
└ h17:effectiveTime	TS	0 ... 1		Zeitpunkt an dem die Studie gestartet wurde. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des Implementierungsleitfadens „CDA Dokumente für das österreichische Gesundheitswesen“ [1.2.40.0.34.11.1]	(Stu...Act)
└ h17:entryRelationship		1 ... *	M	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.30031 Series Act (DYNAMIC)	(Stu...Act)

wo [hl7:act [hl7:code [@code='113015']]]

6.5.1.2.3 Series Act


Id	1.2.40.0.34.11.30031	Gültigkeit	2012-01-12	
Status	 Aktiv	Versions-Label		
Name	SeriesAct	Bezeichnung	Series Act	
Klassifikation	CDA Entry Level Template			
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)			
Benutzt	Benutzt 1 Template			
	Benutzt	als	Name	Version
	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8	Containment	 SopInstance (DICOM Service Object Pair)	DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.30031 <i>Series Act</i> (2012-01-12) ref elga-			
Beispiel	Beispiel			
	<pre><!-- Entry fuer die Codierung des Befundtextes --> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <templateId root="1.2.40.0.34.11.5.3.2"/> <templateId root="2.16.840.1.113883.10.20.6.2.12"/> <code code="121071" codeSystem="1.2.840.10008.2.16.4" codeSystemName="DCM" displayName="Finding"/> <value type="CD"> <reference value="#finding1"/> </value> </observation></pre>			

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:act				Series Act Zulässige NullFlavor: NAV (vorübergehend nicht verfügbar)	(Ser...Act)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	ACT	
└ @moodCode	cs	1 ... 1	F	EVN	
└ h17:id	II	1 ... 1	R		(Ser...Act)
└ @root	uid	1 ... 1	R	OID der Series UID.	
└ @extension	st	0	NP	NP/nicht anwesend	
				Dieses Attribut darf nicht vorkommen, da DICOM Series IDs nur durch eine OID gekennzeichnet sind [1].	
└ h17:code	CD	1 ... 1	M		(Ser...Act)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	113015	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.16.4 (DCM)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	DCM	
└ @displayName		1 ... 1	F	DICOM Series	
└ h17:qualifier	CR	1 ... 1	M		(Ser...Act)
└ h17:name	CD	1 ... 1	M		(Ser...Act)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	121139	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.16.4 (DCM)	
└ @codeSystemName		1 ... 1	F	DCM	
└ @displayName		1 ... 1	F	Modality	

h17:value	CD	1 ... 1	M		(Ser...Act)
@codeSystem	CONF	1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.16.4 (DCM)	
h17:text	ST	0 ... 1		Optionale Beschreibung der Series.	(Ser...Act)
h17:effectiveTime	IVL_TS	0 ... 1		Zeitpunkt an dem die Studie gestartet wurde. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des Implementierungsleitfadens „CDA Dokumente für das österreichische Gesundheitswesen“ [1.2.40.0.34.11.1]	(Ser...Act)
h17:entryRelationship		1 ... *	M	Beinhaltet 2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8 <i>SoplnInstance (DICOM Service Object Pair)</i> (DYNAMIC)	(Ser...Act)
@typeCode	cs	1 ... 1	F	COMP	

6.5.1.2.4 SoplnInstance (DICOM Service Object Pair)

Id	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8	Gültigkeit	2012-01-12
Status	 Aktiv	Versions-Label	
Name	SoplnInstance	Bezeichnung	SoplnInstance (DICOM Service Object Pair)
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8		
Klassifikation	CDA Entry Level Template		
Offen/Geschlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		
Beziehung	Version: Template 2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8 <i>SoplnInstance (DICOM Service Object Pair)</i> (2012-01-12) ref elga-		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:observation				SopInstance observation. Zulässige NullFlavor: NAV (vorübergehend nicht verfügbar)	(Sop...nce)
└ @classCode	cs	1 ... 1	F	DGIMG	
└ @moodCode	cs	1 ... 1	F	EVN	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Sop...nce)
└└ @root	uid	1 ... 1	F	2.16.840.1.113883.10.20.6.2.8	
└ h17:id	II	1 ... 1	R	DICOM SOP Instance UID.	(Sop...nce)
└└ @root	uid	1 ... 1	R	OID der „DICOM SOP Instance UID“.	
└└ @extension	st	0	NP	NP/nicht anwesend	
└ h17:code	CD	1 ... 1	M	SOP UID (SOP Class).	(Sop...nce)
└└ @codeSystem	CONF	1 ... 1	F	1.2.840.10008.2.6.1 (DICOM UID)	
└└ @codeSystemName		1 ... 1	F	DCMUID	
└ h17:text	ED	0 ... 1		@value: WADO Referenz als URI	(Sop...nce)
└└ @mediaType	st	1 ... 1	F	application/dicom	
└ h17:reference		1 ... 1	M		(Sop...nce)
└ h17:effectiveTime	TS	0 ... 1		@value: Zeitpunkt wird unter va- lue codiert und nicht mittels high/ low Elementen.	(Sop...nce)

6.5.2 Brieftext

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden:

Das Element erfordert keine speziellen Vorgaben. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“. TemplateID ELGA: 1.2.40.0.34.11.1.2.1

HINWEIS: Mit Hilfe dieser Sektion kann das Logo der Organisationseinheit im Befund übermittelt werden. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

6.5.3 Brieftext

6.5.3.1 Überblick

	EIS „Enhanced“ und „Full Support“
Template ID	ELGA: 1.2.40.0.34.11.1.2.1
Parent Template ID	-
Titel der Sektion	Brieftext
Definition	Ein am Anfang des Briefes formulierter Freitext für eine Anrede oder Begrüßung. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. Bsp: „Danke für die Zuweisung ...“
Codierung	ELGA: BRIEFT, „Brieftext“
Konformität	[O]
Konformität Level 3	[O] (falls ein Logo angegeben wird)

6.5.3.2 Spezifikation

6.5.3.2.1 Sektion Allgemein

Id	1.2.40.0.34.11.1.2.1 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2011-12-19
Status	● Aktiv	Versions-Label	
Name	Brieftext	Bezeichnung	Brieftext
Beschreibung	Ein am Anfang des Briefes formulierter Freitext für eine Anrede oder Begrüßung. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT.		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.1.2.1		
Klassifikation	CDA Section level template		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

**Offen/Ge-
schlossen**

Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)

Benutzt

Benutzt 1 Template

Benutzt	als	Name	Version
1.2.40.0.34.11.1.3.2	Containment	Logo Entry	DYNAMIC

Beziehung

Version: Template 1.2.40.0.34.11.1.2.1 *Brieftext* (2011-12-19) [ref elgabbr-](#)

Beispiel

Strukturbeispiel

```

<section classCode="DOCSECT">
  <!-- ELGA EIS „Basic“ und „Full support“ -->
  <templateId root="1.2.40.0.34.11.1.2.1"/>
  <!-- Titel der Sektion Brieftext wird vom ELGA Referenz-Stylesheet nicht angezeigt! -->
  <code code="BRIEFT" displayName="Brieftext" codeSystem="1.2.40.0.34.5.40" codeSystem-
Name="ELGA_Sections"/>
  <!-- Titel der Sektion Brieftext wird vom ELGA Referenz-Stylesheet nicht angezeigt! -->
  <title>Brieftext</title>
  <!-- Textbereich der Sektion -->
  <text/>
  <!-- Maschinenlesbare Elemente der Sektion (optionales Logo) -->
  <entry>
    <templateId root="1.2.40.0.34.11.1.3.2"/>
  </entry>
</section>

```

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section				Container zur Angabe des Brief- texts.	(Bri...ext)
└ @classCode	cs	0 ... 1	F	DOCSECT	
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Bri...ext)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.1.2.1	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M	Code der Sektion.	(Bri...ext)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	BRIEFT	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.40.0.34.5.40	
└ @displayName		1 ... 1	F	Brieftext	
└ h17:title	ST	1 ... 1	R		(Bri...ext)
	CONF			Elementinhalt muss "Brieftext" sein	
└ h17:text		1 ... 1	R	Information für den menschlichen Leser. Achtung: Wird ein Logo als ma- schinenlesbares Element ange- geben, darf keine Referenz darauf im narrativen Text-Bereich ange- geben werden (<renderMultiMedia referencedObject="..."/>).	(Bri...ext)
└ h17:entry		0 ... 1		Es KANN zusätzlich ein Logo als maschinenlesbares Element ange- geben werden. Maschinenlesbares Element ge- mäß Template „ELGA Logo-Entry“ (1.2.40.0.34.11.1.3.2). Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.2 <i>Lo- go Entry</i> (DYNAMIC)	(Bri...ext)

Der Titel dieser Sektion wird vom ELGA Referenz-Stylesheet nicht angezeigt, das Logo wird speziell platziert. Andere CDA-Stylesheets könnten den Titel der Sektion anzeigen und das Logo direkt im Text der Sektion darstellen.

6.5.4 Abschließende Bemerkungen

Verweis auf den Allgemeinen Leitfaden:

Das Element erfordert keine speziellen Vorgaben. Es gelten die Vorgaben des entsprechenden Kapitels des „Allgemeinen Implementierungsleitfadens“.

TemplateID ELGA: 1.2.40.0.34.11.1.2.2

Ein am Ende des Briefes formulierter Freitext entsprechend einer Grußformel.


Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

6.5.5 Abschließende Bemerkungen


6.5.5.1 Überblick

	EIS „Enhanced“ und „Full Support“
Template ID	ELGA: 1.2.40.0.34.11.1.2.2
Parent Template ID	-
Titel der Sektion	Abschließende Bemerkungen
Definition	Ein am Ende des Briefes formulierter Freitext entsprechend einer Grußformel. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT. z.B. Abschließende Worte, Gruß
Codierung	ELGA: ABBEM, „Abschließende Bemerkungen“
Konformität	[O]
Konformität Level 3	[NP]

6.5.5.2 Spezifikation

Id	1.2.40.0.34.11.1.2.2 <small>ref elgabbr-</small>	Gültigkeit	2012-07-14
Status	 Aktiv	Versions-Label	
Name	AbschliessendeBemerkung	Bezeichnung	AbschliessendeBemerkung
Beschreibung	Ein am Ende des Briefes formulierter Freitext entsprechend einer Grußformel. Die Angabe von medizinisch fachlich relevanter Information in diesem Abschnitt ist NICHT ERLAUBT.		
Kontext	Elternknoten des Template-Element mit Id 1.2.40.0.34.11.1.2.2		
Klassifikation	CDA Section level template		
Offen/Ge-schlossen	Offen (auch andere als die definierten Elemente sind erlaubt)		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

	Benutzt 1 Template			
Benutzt	Benutzt	als	Name	Version
	1.2.40.0.34.11.1.3.1	Containment	 Eingebettetes Objekt Entry	DYNAMIC
Beziehung	Version: Template 1.2.40.0.34.11.1.2.2 <i>AbschliessendeBemerkung</i> (2012-07-14) ref el-gabbr-			
Beispiel	<p>Strukturbeispiel</p> <pre><section> <!-- ELGA EIS „Basic“ und „Full support“ --> <templateId root="1.2.40.0.34.11.1.2.2"/> <!-- Code der Sektion --> <code code="ABBEM" displayName="Abschließende Bemerkungen" codeSystem="1.2.40.0.34.5.40" codeSystemName="ELGA_Sections"/> <!-- Titel der Sektion Abschließende Bemerkungen wird vom ELGA Referenz-Stylesheet nicht angezeigt! --> <title>Abschließende Bemerkungen</title> <!-- Textbereich der Sektion --> <text> ... Lesbarer Textbereich ... </text> </section></pre>			

Item	DT	Kard	Konf	Beschreibung	Label
h17:section				Container zur Angabe der abschließenden Bemerkungen.	(Abs...ung)
└ h17:templateId	II	1 ... 1	R		(Abs...ung)
└ @root	uid	1 ... 1	F	1.2.40.0.34.11.1.2.2	
└ h17:code	CE	1 ... 1	M		(Abs...ung)
└ @code	CONF	1 ... 1	F	ABBEM	
└ @codeSystem		1 ... 1	F	1.2.40.0.34.5.40	
└ @displayName		1 ... 1	F	Abschließende Bemerkungen	
└ h17:title	ST	1 ... 1	R		(Abs...ung)
	CONF			Elementinhalt muss "Abschließende Bemerkungen" sein	
└ h17:text	ST	1 ... 1	R	Information für den menschlichen Leser.	(Abs...ung)
└ h17:entry		0 ... *	R	Beinhaltet 1.2.40.0.34.11.1.3.1 <i>Eingebettetes Objekt Entry</i> (DYNAMIC)	(Abs...ung)

Der Titel dieser Sektion wird vom ELGA Referenz-Stylesheet nicht angezeigt. Andere CDA-Stylesheets könnten den Titel der Sektion anzeigen.

6.5.6 Schlüsselbilder

In dieser Sektion werden Links (URLs) zu Schlüsselbildern gespeichert. Die Links sind vor allem für den Aufruf von bereits gerenderten Bildern (JPG) gedacht, da DICOM beim Zugriff auf Serien die Information zu Schlüsselbildern mitliefert.

6.5.6.1 Überblick

Titel der Sektion	Schlüsselbilder
Definition	In diesem Abschnitt werden Links zu den Key-Images gespeichert (ein technischer Vorgang, welcher vom RIS/PACS zu realisieren ist. Ist aus Kompatibilitätsüberlegungen zu WG20 erhalten geblieben).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Codierung	55113-5 KEY IMAGES
Konformität	[O]

Wenn im Befund „Bildgebende Diagnostik“ Bilder referenziert werden, vor allem bei Schnittbild-Serien, so sind die Key-Images normalerweise beim DICOM Zugriff ebenfalls verfügbar. Folglich wird diese Sektion im Normalfall nicht nötig sein.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

7 Technische Konformitätsprüfung

Die Prüfung einer XML-Instanz gegenüber Konformität zu diesem Leitfaden erfolgt gemäß dem entsprechenden Kapitel im „[Allgemeinen Implementierungsleitfaden](#)“.

Auszug aus dem Allgemeinen Implementierungsleitfaden

8 Technische Konformitätsprüfung

Dieses Kapitel behandelt die technische Konformitätsprüfung von CDA-Dokumenten gemäß diesem Dokumentleitfaden mittels Schema und Schematron.

8.1 Schema-Prüfung

Das Absolvieren der Schema-Prüfung ist der erste Teil der technischen Konformitätsprüfung.

Eine Prüfung gegen das CDA Schema prüft die gültige „Struktur“ eines CDA-Dokuments, wie beispielsweise

- ob die XML Struktur generell gültig ist
- ob alle Elemente die richtigen Namen haben
- ob alle Elemente an der richtigen Stelle platziert sind
- ob alle gemäß Schema erforderlichen Elemente vorhanden sind

Die Schema-Prüfung stellt sicher, dass es sich beim geprüften CDA-Dokument tatsächlich um eine gültige CDA-Struktur handelt.

Die Gültigkeit der „Inhalte“ wird nur in Bezug auf den erforderlichen Datentyp der Elemente geprüft. Hiermit kann beispielsweise sichergestellt werden, dass ein „id“-Element (technisch) immer eine gültige ID enthält.

Das von ELGA verwendete Schema basiert im Wesentlichen auf dem original publizierten Schema von CDA, weist aber einige Spezifika auf. Das angepasste Schema wird auf der Website der ELGA GmbH bereitgestellt.

Die Mindestvoraussetzung, damit ein CDA-Dokument als „gültig“ erachtet wird, ist die fehlerfreie Validierung mit dem CDA-Schema. Das maßgebliche CDA-Schema wird auf <http://www.elga.gv.at/cda> publiziert.

8.2 Schematron-Prüfung

Im Unterschied zu einer CDA Schema Prüfung kann mittels einer Schematron-Prüfung jede beliebige Inhaltsvorschrift geprüft werden.

Das Schematron-Prüfmittel wird gemäß den Spezifikationen dieses Implementierungsleitfadens angefertigt, und stellt sicher, dass das geprüfte CDA-Dokument auch jene Anforderungen erfüllt, die über die Anforderungen des CDA Schemas hinausgehen. Solche Anforderungen sind beispielsweise:

- Optionalitäten von Elementen
 - Zusätzliche Pflicht-Elemente
 - Eventuell konditional von anderen Inhalten abhängig
- Anforderungen an den Inhalt von Elementen
 - Bestimmte Code/Wertelisten
 - Anzugebende Identifikatoren (ID)
- etc.

1
2 Das Absolvieren der Schematron-Prüfung ist der zweite Teil der technischen Konformitätsprüfung und stellt sicher, dass das geprüfte Dokument die in den Implementierungsleitfäden beschriebenen „Geschäftsregeln“ befolgt.
3
4

5 Damit ein CDA-Dokument als vollständig „gültig“ hinsichtlich der ELGA Implementierungsleitfäden erachtet wird, ist die fehlerfreie Konformitätsprüfung mit den entsprechenden Schematron-Prüfregeln vorausgesetzt. Eine vollständige Prüfung der Geschäftsregeln kann nur durch einen menschlichen Prüfer erfolgen. Die ELGA GmbH kann auf Anfrage an [http://cda@elga.gv.at](mailto:cda@elga.gv.at) eine solche Prüfung durchführen. Die maßgeblichen Schematron-Prüfmittel werden auf <http://www.elga.gv.at/cda> publiziert.
6
7
8
9
10

11 **8.3 Online-Validation von CDA-Dokumenten**

12 Für die Prüfung von einzelnen CDA-XML-Instanzen mit dem entsprechenden Schema und Schematron-Regeln stellt ELGA GmbH eine Webapplikation zur Verfügung. Diese ist erreichbar über <https://cda-tools.elga.gv.at/online-validator/>. Eine erfolgreiche Prüfung durch den Online-Validator beweist nicht automatisch die vollständige Einhaltung aller Geschäftsregeln, sondern nur die technische Konformität zu den Templates.
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

9 Anhang

9.1 Hinweise zur Anwendung des APPC

Befunde oder Bilddaten der bildgebenden Diagnostik werden mit dem APPC beschlagwortet, damit eine schnelle Filterung nach relevanten Informationen ermöglicht wird, beispielsweise um entsprechende Vorstudien aus der Radiologie zu selektieren.

Der APPC besteht aus vier Achsen mit Codes für Anatomie, Lateralität, Modalität und Prozedur. Ein gültiger APPC-Code besteht jeweils aus 4 Codes aus jeder der vier unabhängigen Achsen, die frei kombiniert werden können. Die Einträge in den Achsen sind hierarchisch geordnet, so dass Ober- und Unter- bzw. Teilbegriffe angegeben werden können (z.B. Arm – Hand – Finger).

Sinn des APPC ist NICHT eine möglichst detaillierte Angabe aller anatomischen Strukturen oder durchgeführten Prozeduren, sondern eine treffende Angabe von Informationen, damit vergleichbare Studien schnell identifiziert werden können.

Anatomie: In der Regel reicht die Angabe der anatomischen Region aus, was durch die ersten beiden hierarchischen Ebenen der Anatomieachse ausgedrückt werden kann; bei der Beschreibung von Extremitäten kann auch die dritte Ebene sinnvoll sein.

Lateralität: Die Lateralität soll angegeben werden.

Modalität: Die Modalität kann im APPC nur grob granuliert angegeben werden – auf Ebene des bildgebenden Prinzips.

Prozedur: Die Achse Prozedur hat nur nachgeordnete Bedeutung, sie ist daher nur anzugeben, wenn sie ein notwendiges Selektionskriterium darstellt, z.B. wenn es sich bei der Studie der eine Gefäßdarstellung handelt und andere Strukturen schlecht dargestellt sind.

Es können mehrere APPC Codes für einen Befund angegeben werden, vor allem wenn

- mehrere anatomische Regionen beschlagwortet werden sollen,
- mehrere Prozeduren angewendet wurden,
- „kombinierte Modalitäten“ zum Einsatz kamen, wie z.B.: PET/CT, PET/MRT.

Die Angabe des APPC "0.0.0.0" - wenn also alle Achsen als "unbestimmt" angegeben werden - ist nicht erwünscht.

9.2 Empfehlung der Arbeitsgruppe zum Austausch von Bilddaten

Die Arbeitsgruppe bezieht sich auf den Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 4. Mai 2007. Mit der darin enthaltenen Empfehlung zur bundesweiten Verwendung einheitlicher Standards wurde eine grundlegende Weichenstellung zur Verbesserung der Interoperabilität der elektronischen Kommunikation von Gesundheitsdaten vorgenommen. Die Bedeutung dieser Empfehlung geht über die eigentliche Einführung von ELGA hinaus: Die neun Länder, die Sozialversicherung und der Bund haben beschlossen, dass eine gemeinsame Sprachgrundlage allen Gesundheitsdiensteanbietern ermöglichen soll, den Gesundheitsdatenaustausch auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Rahmenbedingungen durchzuführen.

Im Arbeitskreis wurden 2 Arten der Bilddokumentation identifiziert und diskutiert:

- in ELGA zu publizierende Bilddaten
- in ELGA nicht zu publizierende bilaterale Bilddaten (Bildzugriff und Bildaustausch)

1 Die WADO (“Web Access to DICOM persistent Objects“) Technologie ist die Bild-zugriffstechnologie
2 der IHE (Integrating the Healthcare Enterprise). Diese soll das definierte Framework der Implemen-
3 tierung in der ELGA bilden (siehe beigefügte Passage des Beschlusses der Bundesgesundheits-
4 kommission).

4 DICOM 3.0 und WADO

5 *ISO 12052:2006(E), Health informatics – Digital imaging and communication in medicine (DICOM)*
6 *including workflow and data management*

7 *ISO 17432:2004 (E), Health informatics – Messages and communication – Webaccess to DICOM*
8 *persistent objects“*

9 **Empfehlung der Arbeitsgruppe:**

10 Die ELGA GmbH soll die Machbarkeit und eine einheitliche standardisierte Struktur vorgeben. Die
11 Arbeitsgruppe empfiehlt den Einsatz eines technologischen einheitlichen Bild-Repository-Konzeptes
12 mit WADO in Österreich zu definieren und zu entwickeln.

13 Wenn Bild-Repositories für ELGA entstehen, sollten diese alle dieselbe internationale standardisier-
14 te Technologie benutzen und vorgegeben bekommen. Ein gemeinsames Einsatzgebiet wäre z.B.
15 Mammographie/Zweitmeinungen, also dort, wo noch kein Befund entstanden ist.

16 Die Erreichbarkeit aller verfügbaren Bilddaten mit derselben Kommunikations- und Zugriffstechnolo-
17 gie ist in Summe für alle Beteiligten billiger, leichter zu realisieren und wesentlich einfacher in der
18 Anwendung und Handhabung.

18 **9.3 Referenzen**

19 HL7 International. / NEMA: Implementation Guide for CDA Release 2: Imaging Integration. Le-
20 [1]vels 1, 2, and 3. Basic Imaging Reports in CDA and DICOM Diagnostic Imaging Reports (DIR) –
21 Universal Realm; Release 1.0, 2009

22 (<http://www.hl7.org/store>)

23 [2] IHE international: IHE RAD-XDSi.b

24 ([http://www.ihe.net/Technical_Framework/upload/IHE_RAD_TF_Suppl_XDS-I-
b_TI_2009-06-21.pdf](http://www.ihe.net/Technical_Framework/upload/IHE_RAD_TF_Suppl_XDS-I-
b_TI_2009-06-21.pdf))

25 [3] IHE Simple IMAGE and numeric Report (SINR)

26 (http://wiki.ihe.net/index.php?title=Simple_Image_and_Numeric_Report)

27 ELGA GmbH (2015) HL7 Implementation Guide for CDA® R2: Allgemeiner Implementierungs-

28 [4]leitfaden für ELGA CDA Dokumente. ELGA CDA Implementierungsleitfäden (2.06) [OID
29 1.2.40.0.34.7.1.6]

30 (<http://www.elga.gv.at/cda>)

31 **9.4 Revisionsliste**

Version	Datum	Änderungsgrund
1.00	06.07.2009	Erste Version des Implementierungsleitfadens. Veröffentlichtes Ergebnis aus der zweiten ELGA CDA Harmonisierungspha- se.
2.00	10.10.2011	Veröffentlichtes Ergebnis aus der dritten ELGA CDA Harmonisierungspha- se.
2.01	21.12.2012	Einarbeiten der Kommentare aus dem Ballot. Redaktionelle Überarbeitung.
2.01a	05.02.2013	Kapitel 2.1.4 und 2.2.4: Akteure MTA/RTA ersetzt durch Biomedizinische AnalytikerInnen / Radiologietechnologinnen

1	2.01a	07.02.2013	Kapitel 4.4.1.2: XML-Beispiel in Zeile 840 und 841 closing tags korrigiert (</tr>)
2			
3	2.01a	04.03.2013	Korrekturen in Zeile: 5: ebenso -> sowohl; 6,8 "und" eingefügt; 22: "diesem" eingefügt; ~60: LOINC Erklärung vorgezogen; 22: "sie" gelöscht; 173: "werden" eingefügt; 186: "für" gelöscht; 263, 290: "Innen" jeweils gelöscht; 342; 1023: "Und" eingefügt; 1027: "die" eingefügt; 1142: "Die darin enthaltene Empfehlung" -> "Mit der darin enthaltenen Empfehlung" Mehrere im Dokument: Verweis auf den allgemeinen Leitfaden: "den" eingefügt; title, text, code etc in Tabellen (linke Spalte) kleingeschrieben Änderungen in Beispielen: Beispiel in 3.1.2.2.2 code war falsch Änderungen in Tabellen: Tabelle in 4.3.4.1. Zeile 2 "wurde" eingefügt Tabelle in 4.4.6.3, Zeile 2 das statt die Addendum
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10	2.01a	08.04.2013	3.3.1.3.2. code@codeSystemName von M auf R2 korrigiert
11	2.01a	18.04.2013	3.1.2.2. Verweis auf ELGA-Value Sets hinzugefügt.
12	2.02	05.08.2013	Umbenennung des weiteren Beteiligten „Einweisender/Zuweisender Arzt“ in „Einweisen-der/Zuweisender/Überweisender Arzt“
13			
14	2.02	09.08.2013	Kap. 3.1.2.3: Der Titel des Befundes kann frei vergeben werden (analog der allgemeinen Vorgaben)
15			
16	2.02	12.08.2013	4.4.1.4, 4.4.1.5, 4.4.1.6 Konformität der Level-3-codierung von BI-Rads von [M] auf [R2] korrigiert und Kardinalität entsprechend auf 0. angepasst
17	2.02	12.08.2013	3.3.1.2 und 3.3.1.3.2: Ergänzung beim DisplayName des APPC für automatische Generierung des Textes
18			
19	2.02	19.08.2013	4.2.2.2. Strukturbeispiel: templated korrigiert auf 1.2.40.0.34.11.5.2.10
20	2.02	19.08.2013	4.2.3.2. Strukturbeispiel: templated korrigiert auf 1.2.40.0.34.11.5.2.3
21	2.02	19.08.2013	3.1.2.1 Templateds zur Unterscheidung von EIS Basic und EIS Full Support hinzugefügt
22	2.02	26.08.2013	3.3.1 Definition von serviceEvent.effectiveTime geändert. High und Low-Value müssen unterschiedlich sein.
23			
24	2.02a	11.02.2014	4.5.3 Sektion „Abschließende Bemerkungen“ explizit erlaubt. Überblickstabelle 4.1.2 entsprechend angepasst.
25			
26	2.02a	11.02.2014	3.3. DocumentationOf / ServiceEvent: Kardinalität entsprechend Allgemeinen Leitfaden korrigiert
27	2.02a	18.03.2014	4.4.1.6 EffectiveTime: Datentyp auf TS korrigiert 4.5.1.3.2 EffectiveTime: Datentyp auf TS korrigiert
28			
29	2.02a	18.03.2014	4.4.1.3 Snippets korrigiert
30	2.02a	18.03.2014	4.4.1.5 Templated 1.2.40.0.34.11.5.3.2 hinzugefügt
31	2.02a	18.03.2014	4.4.3.3. Spezifikation der Sektion Verdachtsdiagnose Section von [M] auf 0..1 [O] korrigiert (entsprechend Übersicht, Sektion optional)
32			
33			
34			
35			
36			

1			Korrigierte Strukturbeispiele:
2			4.3.1.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.4
3			4.3.2.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.5
4	2.02a	18.03.2014	4.3.3.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.6
5			4.3.3.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.7
6			4.4.3.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.11
			4.4.4.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.12
			4.4.5.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.13
			4.4.6.2. Strukturbeispiel templated root auf 1.2.40.0.34.11.5.2.14
7	2.02a	26.03.2014	4.4.1.5, 4.4.1.6 Position der Templatedd korrigiert (Kind-Element von Observation)
8			
9	2.02a	01.07.2014	3.1.2.2.3. Bei clinicalDocument.Code Verweis auf Value Set statt auf Tabelle 1, Tabelle 1: Engl. DisplayName für 18782-3 korrigiert.
10			
11	2.02a	01.07.2014	4.5.1: Im DICOM Object Catalog wurde die Angabe von Serien von Einzelbildern von [M] auf [R] geändert. Betroffene Elemente: 4.5.1.3.3. Series Act 4.5.1.3.4. SopInstance (DICOM Service Object Pair)
12			
13	2.02a	24.07.2014	Typos in Tabellen korrigiert: alle Strukturelemente kleingeschrieben
14	2.02a	26.08.2014	Dokumenteninformation auf Seite 2 und Hinweise zur Nutzung, Verbindlichkeit, verwendete Grundlagen auf Seite 4 neu erstellt.
15	2.02a	26.08.2014	4.1.3. WADO: Hinweis zum aktuellen Definitionsstand in ELGA eingefügt.
16	Version 2.05		
17	2.05	12.03.2014	Seite 4: Formulierung zur Verbindlichkeit aktualisiert
18			
19	2.05	20.11.2014	2.2 Bei den Anwendungsfällen Hinweis auf Suche im Patientenindex entfernt
20	2.05	20.11.2014	3.3.1.2. APPC DisplayName im Beispiel verbessert
21	2.05	20.11.2014	3.3.1.3.4. performer: Korrektur einer fehlenden Verweisquelle
22	2.05	20.11.2014	Tabelle 1: Geänderte LOINC Dokumenten-Codes korrigiert
23	2.05	20.11.2014	Typos korrigiert
24	Version 2.06		
25	2.06	10.09.2015	Buchstabendreher korrigiert für (richtig) POCD_MT000040
26			
27	2.06	12.10.2015	Neu organisiert: Dokumenteninformation, Harmonisierung, Hinweise zur Nutzung des Leitfadens, Verbindlichkeit, Hinweis auf verwendete Grundlagen, Danksagung, Bedienungshinweise und Inhaltsverzeichnis
28	2.06	29.09.2015	1.1 Präzisierung der Beschreibung der „bildgebende Diagnostik“
29	2.06	29.09.2015	3.1.2.2 Verweis auf den Terminologieserver eingebaut.
30			
31	2.06	20.06.2015	3.2.2.1.1 Konformitäten für rechtlichen Unterzeichner / legalAuthenticator: Präzisiert auf [M] Korrektur der Kardinalität des Fachlichen Ansprechpartners auf 1..1 (nicht 1..*)
32			
33	2.06	17.06.2015	3.3.1.1. Spezielle Vorgaben für APPC: Beschreibung der "automatischen Codierung" verbessert. ALT: „Eine automatisierte Codierung durch Eintrag des für die Bildgebende Diagnostik entwickelten APPC wird empfohlen.“ NEU: "Für eine benutzerfreundliche Anwendung des APPC wird empfohlen, den APPC möglichst automatisiert aus bestehenden internen Codierungen zu verknüpfen/mappen."
34			
35			
36			

1	2.06	20.06.2015	4.3.2. Aktuelle Untersuchung: Umsetzung der Strahlenschutzrichtlinie 2013/59/EU Art. 58b: Angabe der Patientendosisinformation ermöglicht (nun mit optionaler Level-3-Codierung)
2	2.06	29.09.2015	4.2.1.2. Strukturbeispiel Anforderung: TemplateID ist korrekt 1.2.40.0.34.11.5.2.1
3	2.06	18.09.2015	4.3.2.1 Aktuelle Untersuchung ist [R2], korrigiert auch in Übersichtstabelle 4.1.2
4	2.06	30.07.2015	4.3.2.2. Strukturbeispiel Aktuelle Untersuchung: verbessert:
5	2.06	30.07.2015	4.4.1.3. Strukturbeispiel Mammographie mit BI-RADS® Klassifikation: Tabelle korrigiert
6	2.06	28.10.2015	4.4.1.4. Spezifikation der Sektion Befund: Schreibweise von BI-RADS® mit arabischen Ziffern empfohlen.
7	Version 2.06.1 (Nebenversion) x ...betrifft Implementierung (erste Spalte)		
8		28.01.2016	3.3.1 ServiceEvents Strukturbeispiel: Datum geändert. High und low müssen unterschiedlich sein.
9	Version 2.06.2 (Nebenversion) x ...betrifft Implementierung (erste Spalte)		
10	x	16.12.2016	Der DisplayName für Loinc 18748-4 „Diagnostic Imaging Report“ wurde seitens LOINC verändert und daher nun auch im Leitfaden durchgängig auf „Diagnostic imaging study“ nachgezogen. In den Value Sets bereits seit 2014 korrigiert.
11		01.08.2016	Kapitel Verbindlichkeit: Definition der Angabe verbindlicher Vorgaben.
12		01.08.2016	Kapitel Harmonisierung: Arbeitszeitraum der Arbeitsgruppen hinzugefügt
13		01.08.2016	3.2.2. Elemente mit speziellen Vorgaben: Kapitel reorganisiert. Präzisierung für legalAuthenticator in eigenem Unterkapitel. 3.2.2.3. Beabsichtigte Empfänger des Dokuments („informationRecipient“) hinzugefügt: Hinweis, dass der Empfänger auch der Patient sein kann.
14		09.09.2016	3.2.2. Ausnahmen für den „Multidisziplinären Befund“ hinzugefügt.
15		25.03.2016	4.1.2 Ergänzung der Definition für EIS Basic und Structured
16		01.08.2016	4.2.3. Indikation: essentieller Bestandteil eines radiologischen Befundes, daher [R2] statt [O]
17		01.08.2016	4.4.2. Zusammenfassung/Ergebnis: essentieller Bestandteil eines radiologischen Befundes, daher [R2] statt [O]
18	x	01.09.2016	4.3.2. Aktuelle Untersuchung - Tabelle 3: die Einheit für das Dosisflächenprodukt (DAP) wurde in Abstimmung mit dem BMGF, Mag. Ditto von Gym ² auf das üblichere cGycm ² korrigiert. Andere Einheiten sind künftig ebenfalls zulässig.
19		27.04.2016	4.3.2.1 Aktuelle Untersuchung ist [R2], Wiederherstellung der Änderung vom 18.9.2015
20		02.08.2016	3.3.1.1., 3.3.1.3.2, 4.2.1.1, 4.2.2.1, 4.3.2.1, 4.4.1.1., 4.5.1.1, 4.5.1.3.1, 4.1.2, 4.3.2.4, 4.4.1.4, 4.3.2.1, 4.4.1 Korrektur der Großschreibung bei normativen Vorgaben
21		03.08.2016	Kapitel 6.1 Hinweise zur Anwendung des APPC hinzugefügt
22	Version 2.06.3 (Nebenversion) x ...betrifft Implementierung (erste Spalte)		

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

	15.07.2021	Kapitel 3.3 verweist anstatt auf die aktuelle Version des Allgemeinen Implementierungsleitfadens für ELGA CDA Dokumente auf dessen Hauptversion 2.
	03.03.2021	Kapitel 9.1. "Hinweise zur Anwendung des APPC": Ergänzung, dass der APPC aus 4 Achsen besteht sowie der Hinweis "Die Angabe des APPC "0.0.0.0" - wenn also alle Achsen als "unbestimmt" angegeben werden - ist nicht erwünscht"
Version 2.06.4 (Nebenversion) x ...betrifft Implementierung (erste Spalte)		
	22.06.2022	Im Template "Aktuelle Untersuchung" 1.2.40.0.34.11.5.2.5 wurde "Eingebettetes Objekt Entry" 1.2.40.0.34.11.1.3.1 hinzugefügt (0..* R)