

MINIMALER DATENSATZ DER SGI-KAIMC MDS_{IMC}

V. 1de_2022

0 ZUSAMMENFASSUNG

Ziele

Der minimale Datensatz der SGI-KAIMC (MDS_{IMC})

- Liefert einen Teil der Daten, die benötigt werden
 - Für die allgemeine Anerkennung einer Intermediate Care Unit (IMCU)
 - Für die Anerkennung einer IMCU für die Weiterbildung für Ärzte und Pflegende
 - Für den Datensatz des Bundesamtes für Statistik (BfS) und für SwissDRG
- Unterstützt das Qualitätsmanagement der einzelnen IMCUs
 - Durch Definition eines standardisierten Datensatzes,
 - Durch Erstellen von Kennzahlen für die einzelne IMCU,
 - Durch ermöglichen eines Benchmarkings.
- Liefert Daten zum Leistungsnachweis der IMCUs
- Kann epidemiologische Forschung unterstützen
- Soll in enger Zusammenarbeit mit dem MDSi der SGI weiterentwickelt werden

Inhalte

Der minimale Datensatz der SGI-KAIMC (MDS_{IMC}) umfasst Informationen

- Zur allgemeinen Charakterisierung der einzelnen IMCU (Strukturqualität, einmal pro Jahr zu erfassen), z.B.:
 - Anzahl der betriebenen Betten,
 - Daten zum Personalbestand (Ärzte, Pflege und andere).
- Zur Beschreibung der einzelnen Patienten, des Patienten-„Mix“ und des erbrachten Aufwandes
 - Prozessqualität, z.B.:
 - Herkunfts- und Verlegungs-Ort,
 - Grund zur Aufnahme in die IMCU,
 - Schweregrad der akuten Erkrankung,
 - Aufenthaltsdauer auf der IMCU,
 - IMCU spezifischer Aufwand-Score (einmal pro Patient und pro Pflege-Schicht zu erfassen)
- Zur Charakterisierung des Ergebnisses der Behandlung (Ergebnisqualität),
 - z.B.: Status bei IMCU- (Spital-) Austritt

Umsetzung

Der minimale Datensatz der SGI-KAIMC (MDS_{IMC})

- Ist obligatorisch für alle anerkannten IMCUs.

- Wird durch eine dedizierte Kommission der KAIMC überwacht. 1-mal jährlich werden die Daten ausgewertet und auf der IMC Homepage publiziert. Wissenschaftliche Auswertungen sind nach Rücksprache mit den dedizierten Mitgliedern der KAIMC möglich.
- Wird durch Beiträge der einzelnen Benutzer finanziert (Aufbau- und Einführungsphase unterstützt durch SGI und Sponsoren).
- Ist so aufgebaut, dass eine Weiterentwicklung und eine Anpassung an neue Anforderungen möglich sind. Änderungen werden spätestens sechs Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit durch die KAIMC angekündigt. Sie werden in der Regel auf den 01. Januar des nachfolgenden Jahres in Kraft gesetzt.

1 MINIMALER DATENSATZ DER **SGI-KAIMC MDS_{IMC}**: ZIELE

Der minimale Datensatz MDS_{IMC}

- Liefert einen Teil der Daten, die benötigt werden
 - Für die Anerkennung einer IMCU (Vgl.: Richtlinien für die Anerkennung von IMCU durch die KAIMC)
 - Für die Anerkennung einer IMCU für die Weiterbildung:
 - der Ärzte (Facharzt Intensivmedizin, Kardiologie)
 - der Pflegenden (Nachdiplomkurs Überwachungspflege)
 - Für den Datensatz des BfS und für SwissDRG
- Unterstützt das Qualitätsmanagement der einzelnen IMCU
 - Durch Definition eines standardisierten Datensatzes
 - Durch Erstellen von standardisierten Kennzahlen (vgl. Anhänge 2 und 3):
 - Datenqualität
 - % fehlende Daten
 - Strukturdaten
 - Qualifizierte Bettenkapazität
 - Personal-Ressourcen pro Leistungs-/Strukturelement
 - Patientenprozess
 - % Eintritte mit niedrigem Mortalitätsrisiko (SAPS-2 < 20, PIM < 3%)
 - % Patienten mit kurzem (< 6 Stunden) oder langem Aufenthalt (>7d)
 - % Ungeplante Wiederaufnahmen < 48h
 - % nicht-elektive Eintritte
 - Aufwand pro Patient
 - Aufenthaltsdauer (LOS) pro Patient
 - IMCU spezifischer Aufwand pro Patient
 - Anzahl Beatmungstage pro Patient
 - Ergebnis der Behandlung
 - IMCU-Mortalität von Patienten mit IMCU-Aufenthaltsdauer > 7 Tage
 - % IMCU-Überlebende mit hohem Mortalitätsrisiko (SAPS-2 > 45)
 - SMR: standardized mortality ratio (Spital- Mortalität, berechnet mit SAPS-2)
 - Ermöglicht vergleichende, aber anonymisierte Auswertungen (vgl. Anhang 3) zwischen einer einzelnen IMCU und der Gesamtheit aller IMCU der Schweiz.
 - Erstellen der Kennzahlen 1x pro Jahr, jederzeit durch den berechtigten Nutzer

- Gruppeneinteilung gemäss Kapitel „Inhalte“, Abschnitt „Art der IMCU“ und „Kategorie der IMCU“
- Liefert Daten zum Leistungsnachweis der IMCU der Schweiz
 - Durch eine zusammenfassende Beschreibung der Patientenprozesse
 - Definition eines standardisierten Datensatzes
 - Vereinheitlichung der Patientenkategorisierung
 - Erhebung eines minimalen Datensatzes zur einfachen Beschreibung der Patientenprozesse in einer IMCU
 - Durch eine Erfassung der Anzahl sich in Ausbildung befindenden Pflegefachpersonen und Ärzte
 - Zu Händen der zuständigen Gremien der KAIMC (vgl. Anhang 3)
- Kann Forschung unterstützen.

2 MINIMALER DATENSATZ DER SGI-KAIMC MDSIMC: INHALTE

- Daten zur Strukturqualität (= Strukturdaten): vgl. Kapitel „Allgemeine Daten der IMCU“
- Daten zur Prozessqualität (= Prozessdaten): vgl. Kapitel „Allgemein administrative Daten pro Patient“, „IMCU-spezifische Diagnose“, „IMCU spezifischer Aufwand pro Patient“
- Daten zur Ergebnis-Qualität (= Ergebnisdaten): vgl. Kapitel „Ergebnis“

2.1 ALLGEMEINE DATEN DER IMCU

Einmal pro IMCU und Jahr zu erheben. Für die Erfassung gilt jeweils der Zeitraum 01. Januar bis 31. Dezember des betreffenden Jahres

2.1.1 IMCU-ID

[NNN]

2.1.2 BETTEN

2.1.2.1 ANZAHL ANERKANNTES BETTEN [GEMELDET DURCH KAIMC]¹ (NN.N)

2.1.2.2 TATSÄCHLICH BETRIEBENE IMC-BETTEN PRO TAG [JAHRESDURCHSCHNITT])
[NN.N]

2.1.2.2.1 DAVON ANZAHL BETRIEBENE BETTEN MIT BEATMUNG²
[NN.N]

2.1.2.3 ANZAHL 24H/7D-IMC-BETTEN IM SPITAL (SELBSTSTÄNDIG AUSSERHALB IS)³ [NN.N]

2.1.2.4 ANZAHL ÜBRIGE IMC-BETTEN IM SPITAL (SELBSTSTÄNDIG AUSSERHALB IS)⁴ [NN.N]

2.1.3 PFLEGEPROZESS⁵

2.1.3.1.1 ANZAHL SCHICHTEN WOCHENTAGS: (2) (3)

2.1.3.1.2 ANZAHL SCHICHTEN AM WOCHEHENDE: (2) (3)

2.1.3.1.3 ZUSATZSTUNDEN⁶ FÜR SCHICHTWECHSEL PRO TAG (DURCHSCHNITTLICH) [HH:MM]

2.1.3.1.4 ZEITKOMPENSATION FÜR SPÄT- NACHTSCHICHT PRO TAG IN HH:MM [HH:MM]

2.1.3.1.5 ARBEITSSTUNDEN PRO TAG IN HH:MM [HH:MM]

¹ Bis 2018 als ‘Planbetten’ geführt, per 2019 durch Anzahl zertifizierte Betten gem. ZK-IS ersetzt, siehe auch Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen

² Beatmungsmöglichkeit während 24 Stunden pro Tag, Invasiv und nicht-invasiv zählt gleichermaßen

³ Permanent betriebene IMC-Betten (24 Std. pro Tag, 7 Tage pro Woche)

⁴ IMC-Betten, die weniger als 24 Std. pro Tag/7 Tage pro Woche offen sind

⁵ Es gelten die Definitionen der ZK-IS, siehe <https://www.swiss-icu-cert.ch/de/>

⁶ Überlappungszeit für Schichtwechsel (Format hh:mm). Falls unterschiedlich an manchen Tagen (z.B. Wochenende): Bitte Durchschnitt pro Tag eingeben (wöchentliche Gesamtüberlappung /7)

2.1.3.1.6 ARBEITSTAGE⁷ PRO FTE/JAHR

[NNN]

2.1.4 GESAMTNUTZFLÄCHE DER STATION⁸ (SIA 416)
[NNNN]

2.1.5 ART DER IMCU

[INTERDISziPLINÄR] – [MEDiZiN] – [CHiRURGiE] –
[PÄDiATRiSCH/NEONATOLOGiE] – [iMC] – [ANDERE⁹] [.]

2.1.6 DATEN ZUM PERSONALBESTAND PFLEGE

2.1.6.1 PFLEGEFACHPERSONEN DIREKT AM BETT TÄTIG (FTE) JEWEiLS [NNN.N]

2.1.6.1.1 DiPL. EXPERTiN/EXPERTE iNTENSiVPFLEGE NDS HF

2.1.6.1.2. dipl. Expertin/Experte Notfall NDS HF

2.1.6.1.3. dipl. Expertin/Experte Anästhesie NDS HF

2.1.6.1.4. dipl. Pflegefachperson mit NDK Überwachungspflege

2.1.6.1.5 dipl. Pflegefachperson mit Zusatzausbildung IP-Ausland, mit SGI-Äquivalenz

2.1.6.1.6. dipl. Pflegefachperson mit Zusatzausbildung IP-Ausland, ohne SGI-Äquivalenz

2.1.6.1.7. dipl. Pflegefachperson in WB (NDK Überwachungspflege)

2.1.6.1.8. dipl. Pflegefachperson (Grundausbildung Diplom HF/FH- CH oder Ausland mit CH-Registrierung

2.1.6.1.9. Fachmann oder Fachfrau Gesundheit EFZ (FAGE)

2.1.6.2 PFLEGEFACHPERSONEN NICHT DIREKT AM BETT TÄTIG (FTE) JEWEiLS [NNN.N]

2.1.6.2.1 FÜHRUNGSVERANTWORTLICHE / MANAGEMENT

2.1.6.2.2 PFLEGEEXPERTEN/-EXPERTiN

2.1.6.2.3 BERUFSBiLDNER, KLINiKLEHRER

2.1.6.3 ZUSÄTZLICHES PERSONAL IM BEREICH PFLEGE (FTE) JEWEiLS [NNN.N]

2.1.6.3.1 PFLEGEHiLFSPERSONAL (PFLEGE-ASSiSTENTEN, PFLEGEHiLFEN, USW.)

⁷ Arbeitstage pro Jahr pro FTE (Angabe normalerweise beim Personaldienst erhältlich): 365 Tage minus Wochenend- und Feiertage, Ferien, Weiterbildung, Krankheit und Unfall. Schweizer Schnitt: ca. 202-220 Tage

⁸ Patientenzimmer PLUS alle Räume, Büros, Gänge, Zentralen und anders benutzte Zimmer (m²)

⁹ Inklusive spezialisierte Stationen wie z.B. Herzchirurgie, Neurochirurgie, Verbrennungsstation, usw.

2.1.6.4 BEWILLIGTE ABER NICHT BESETZTE STELLEN PFLEGE (FTE) JEWELLS [NNN.N]

2.1.6.4.1 DIPLO. PFLEGE AM KRANKENBETT

2.1.6.4.2 DIPLO. PFLEGE NICHT AM KRANKENBETT

2.1.6.4.3 TOTAL PFLEGEHILfspersonal

2.1.7 DATEN ZUM PERSONALBESTAND ÄRZTE

2.1.7.1 ÄRZTLICHE LEITUNG ((FACHRICHTUNG: (ANÄSTHESIE, KARDIOLOGIE, CHIRURGIE, INTENSIVMEDIZIN, PÄDIATRIE, NEUROLOGIE, INNERE MEDIZIN, KINDERCHIRURGIE, NEONATOLOGIE) JEWELLS [NNN.N])

2.1.7.2. STV. ÄRZTLICHE LEITUNG ((FACHRICHTUNG: (ANÄSTHESIE, KARDIOLOGIE, CHIRURGIE, INTENSIVMEDIZIN, PÄDIATRIE, NEUROLOGIE, INNERE MEDIZIN, KINDERCHIRURGIE, NEONATOLOGIE)

JEWELLS [NNN.N])

2.1.7.3.CA JEWELLS [NNN.N])

2.1.7.4. LA JEWELLS [NNN.N])

2.1.7.5 OA JEWELLS [NNN.N])

2.1.7.6. ASSISTENZÄRZTE, ÜBRIGE JEWELLS [NNN.N])

2.1.8 DATEN ZUM PERSONALBESTAND ANDERES PERSONAL

2.1.8.1 PERSONAL ANDERES¹⁰ JEWELLS [NNN.N])

2.1.8.1.1 ADMINISTRATIVES PERSONAL (SEKRETARIAT)

2.1.8.1.2 ADMINISTRATIVES PERSONAL (CONTROLLING, INFORMATIK, USW.)

2.1.8.1.3 ZUSATZFUNKTIONEN (MATERIAL, HYGIENE, NICHT DIREKT AM PATIENTENBETT TÄTIG)

2.1.8.1.4 PHYSIOTHERAPIE

2.1.8.1.5 ERGOTHERAPIE

¹⁰ Unabhängig davon, ob auf Kostenstelle IMC abgerechnet oder nicht

2.1.8.1.6 ÜBRIGE (LABORANT, FORSCHUNG, ANDERE)

2.1.8.2 BEWILLIGTE ABER NICHT BESETZTE STELLEN (FTE)

2.1.8.2.1. ASSISTENZÄRZTE IN WB ZUM FACHARZT JEWELLS [NNN.N]

2.1.8.2.2. TOTAL FACHÄRZTE (AA, OA, LA, CA) JEWELLS [NNN.N]

2.1.8.2.3. TOTAL ANDERES PERSONAL JEWELLS [NNN.N]

2.1.9 SICHTBARKEIT INFORMATION

2.1.9.1 [KEINE] [NUR KAIMC-INTERN¹¹] [AUCH EXTERN: WWW.SGI-SSMI.CH] [K / I / E]

2.1.10 ANERKENNUNG („ZERTIFIZIERUNGEN“)

2.1.10.1 ALLGEMEINE ANERKENNUNG ALS IMCU (DURCH KAIMC) IM JAHR [NNNN]

2.1.10.2 WEITERBILDUNG VON ÄRZTEN IM JAHR [NNNN]

2.1.10.2.1 KATEGORIE DER IMCU (GEMÄSS WEITERBILDUNGSPROGRAMM)¹² [AU]–[A]–[B]–[KEINE]

2.1.10.3 ANERKENNUNG ALS LERNORT NDK UEBERWACHUNGSPFLEGE IM JAHR [NNNN]

2.1.11 DATENSATZVERANTWORTLICHE PERSONEN DER IMCU

2.1.11.1 PFLEGE-VERTRETUNG

2.1.11.1.1 ANREDE

2.1.11.1.2 NAME

2.1.11.1.3 VORNAME

2.1.11.1.4 BEZEICHNUNG DER IMCU

2.1.11.1.5 SPITAL

2.1.11.1.6 ADRESSE

2.1.11.1.7 ORT

2.1.11.1.8 PLZ

¹¹ Im Passwort-geschützten Bereich des SGI-SSMI KAIMC-Web-Portals

¹² vgl. auch „Weiterbildungsprogramm Facharzt Intensivmedizin“. (Kategorie = fr : catégorie)

2.1.11.1.9 E-MAIL

2.1.11.1.10 TELEFON

2.1.11.1.11 FAX

2.1.11.2 ÄRZTE-VERTRETUNG

2.1.11.2.1 ANREDE

2.1.11.2.2 NAME

2.1.11.2.3 VORNAME

2.1.11.2.4 BEZEICHNUNG DER IMCU

2.1.11.2.5 SPITAL

2.1.11.2.6 ADRESSE

2.1.11.2.7 ORT

2.1.11.2.8 PLZ

2.1.11.2.9 E-MAIL

2.1.11.2.10 TELEFON

2.1.11.2.11 FAX

Gleiche Angaben auch für die Pflegeleitung und der ärztlichen Leitung der IMCU

2.1.12 INDIKATOREN STRUKTURQUALITÄT¹³

2.1.12.1 CIRS SYSTEM TRUE/FALSE

2.1.12.2 VISITEN UND PATIENTENBESPRECHUNGEN TRUE/FALSE

2.1.12.3 SCHRIFTLICHER BERICHT BEI AUSTRITT TRUE/FALSE

2.1.12.4 INVOLVEMENT INFECTIOLOGIE TRUE/FALSE

Fakultativ:

2.1.13 WEITERBILDUNGSVERANTWORTLICHE PERSONEN DER IMCU

2.1.13.1 PFLEGE-VERTRETUNG [_____]

2.1.13.1.1 ANREDE [_____]

¹³ Rhodes, et al. Prospectively defined indicators ..., Intensive Care Med (2012) 38:598–605. Definitionen im Anhang 1

2.1.13.1.2 NAME [_____]
2.1.13.1.3 VORNAME [_____]
2.1.13.1.4 BEZEICHNUNG DER IMCU
[_____]
2.1.13.1.5 SPITAL [_____]
2.1.13.1.6 ADRESSE [_____]
2.1.13.1.7 ORT [_____]
2.1.13.1.8 PLZ [NNNN]
2.1.13.1.9 E-MAIL [_____]
2.1.13.1.10 TELEFON [_____]
2.1.13.1.11 FAX [_____]

2.1.13.2 ÄRZTE-VERTRETUNG
2.1.13.2.1 ANREDE [_____]
2.1.13.2.2 NAME [_____]
2.1.13.2.3 VORNAME [_____]
2.1.13.2.4 BEZEICHNUNG DER IMCU
[_____]
2.1.13.2.5 SPITAL [_____]
2.1.13.2.6 ADRESSE [_____]
2.1.13.2.7 ORT [_____]
2.1.13.2.8 PLZ [NNNN]
2.1.13.2.9 E-MAIL [_____]
2.1.13.2.10 TELEFON [_____]
2.1.13.2.11 FAX [_____]

2.2 ALLGEMEIN ADMINISTRATIVE DATEN PRO PATIENT

Einmal pro Patient und IMCU-Aufenthalt zu erheben. Bei einer Wiederaufnahme eines Patienten wird ein neuer Datensatz angelegt.

2.2.1 MDS-ID (IMCU-FALL-IDENTIFIKATION)

[NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN]

2.2.2 GEBURTSDATUM

[DD.MM.YYYY]

2.2.3 GESCHLECHT

[M] – [F]

2.2.4 PATIENTEN-MERKMALE**2.2.4.1 FALLS ALTER < 28 TAGE:**GESTATIONALTER (FORMAT WW [WOCHE]-D[TAGE] SSW) [NN]-[N]
GEBURTSGEWICHT (KG.GGG) [N.NNN]**2.2.4.2 AUFNAHMEGEWICHT (KG, GESCHÄTZT FALLS UNBEKANNT)** [NNN.NNN]**2.2.4.3 GRÖSSE (CM, GESCHÄTZT FALLS UNBEKANNT)** [NNN]**2.2.5 ZEITPUNKT DER AUFNAHME IN DIE IMCU**

[DD.MM.YYYY HH:MM]

2.2.6 UNMITTELBARE HERKUNFT DES PATIENTEN[NOTFALLSTATION] – [OP / POST-INTERVENTIONELL / GEBÄRSAAL] –
[IS] – [ANDERE IMC / HDU / AWR] – [ABTEILUNG] – [ANDERE]
[.....]**2.2.7 AUFENTHALTSORT VOR SPITALEINTRITT**[ZUHAUSE] – [ANDERES SPITAL] – [PFLEGEINSTITUTION] - [ANDERE]
[.....]**2.2.8 WIEDEREINTRITT < 48 STUNDEN**

[JA] – [NEIN]

2.2.9 GEPLANTER EINTRITT

[JA] – [NEIN]

2.2.10 ZEITPUNKT DER VERLEGUNG AUS DER IMCU

[DD.MM.YYYY HH:MM]

2.2.11 VERLEGUNGS-ORT DES PATIENTEN AUS IMCU:[GLEICHES SPITAL, ABTEILUNG] – [GLEICHES SPITAL, ANDERE IMCU /
HDU / AWR]¹⁴ –
[GLEICHES SPITAL, IS] – [GLEICHES SPITAL, ANDERES] – [ANDERES SPITAL,
IS/IMCU] – [ANDERES SPITAL, NICHT IS/IMCU] – [VERSTORBEN] –
[AKUT REHAB] – [NACH HAUSE] – [PFLEGEINSTITUTION] - [ANDERES]
[.....]**2.2.12 THERAPIE-EINSCHRÄNKUNG¹⁵**

¹⁴ Eine Verlegung in eine interne, assoziierte IMCU wird als Verlegung kodiert

¹⁵ Gemäss Definitionen www.SAMW.ch: „Intensivmedizinische Massnahmen“, „Mesures de soins intensifs“ 2013. Siehe auch Anhang 1 „Therapie-Einschränkungen“

2.2.12.1 ZEITPUNKT DER EINSCHRÄNKUNG

[0:NEIN/KEINE] [1:BEI EINTRITT] [2:IM VERLAUF] [3:BEI AUSTRITT]

[N]

2.2.12.2 GRAD DER EINSCHRÄNKUNG

[0:KEINE/VOLL] [1:ZEITLICH BEFRISTET] [2:INHALTlich LIMITIERT]

[3:ÄNDERUNG DES THERAPIEZIELS AUF REINE PALLIATION]

[N]

2.2.12.3 GRUND DER EINSCHRÄNKUNG

[0:KEIN GRUND] [1:PAT.WUNSCH][2:WUNSCH VERTRETER][3:MEDIZ.]

[N]

HOSPITALISATION:

2.2.13 ZEITPUNKT AUFNAHME SPITAL

[DD.MM.YYYY

HH:MM]

2.2.14 ZEITPUNKT AUSTRITT SPITAL

[DD.MM.YYYY

HH:MM]

2.2.15 SPITALAUSTRITT: BFS-AUENTHALT NACH AUSTRITT 1.5.V03

N

2.3 IMCU-SPEZIFISCHE DIAGNOSE

Einmal pro Patient und IMCU-Aufenthalt zu erheben. Bei einer Wiederaufnahme eines Patienten wird ein neuer Datensatz angelegt.

2.3.1 EINTEILUNG IN EINE PATIENTENGRUPPE

[GEPLANT] – [NICHT
GEPLANT]

2.3.2 ETABLIERTE ERST-DIAGNOSE BEI IMCU-EINTRITT (VGL. ANHANG 2) [. . .]

2.3.3 NUR FÜR TRAUMA-PATIENTEN MIT: ABBREV. INJURY SEVERITY SCORE (AIS)¹⁶

KOPF [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

GESICHT [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

THORAX [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

ABDOMEN [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

EXTREMITÄTEN [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

EXTERN/HAUT [0] – [1] – [2] – [3] – [4] – [5]

2.3.4 INTERVENTION (VGL. ANHANG 2)

[. . . .]

¹⁶ Fakultativ für neonatolog.-pädiatrische Stationen

2.3.5 SCHWEREGRAD DER AKUTEN ERKRANKUNG:

2.3.5.1 SAPS-II¹⁷

DIESER KODE IST FÜR PATIENTEN AB DEM VOLLENDETEN 16. LEBENSAJHR ANZUGEBEN. [NNN]

2.3.5.2 PIM II:

FALLS ALTER > 32 SSW UND ALTER < 16 JAHRE (PREDICTED DEATH RATE IN %) [NNN.N]

2.3.5.3 CRIB II

FALLS NEUGEBORENE \leq 32 SSW UND/ODER GG \leq 1500G
(NUR POSTPARTALE PAT., PREDICTED DEATH RATE IN %) [NNN]

2.3.6 WICHTIGSTE DIAGNOSE IM IMCU-VERLAUF (VGL. ANHANG 2) [.]

2.4 IMCU SPEZIFISCHER AUFWAND PRO PATIENT

2.4.1 IMCU SPEZIFISCHER AUFWAND-SCORE (NEMS) [NNN]

Einmal pro Pflege-Schicht zu erheben¹⁸.

Für IMCU mit 2 Pflegeschichten pro Tag gelten die Definitionen sinngemäss.^{19 20}

2.4.1.1 STANDARDMONITORING [JA][NEIN]

2.4.1.2 MEDIKAMENTENGABE INTRAVENÖS [JA][NEIN]

2.4.1.3 BEATMUNG [JA][NEIN]

2.4.1.4 ZUSÄTZLICHE ATEMHILFE [JA][NEIN]

2.4.1.5 VASOAKTIVES MEDIKAMENT [JA][NEIN]

2.4.1.6 MEHRERE VASOAKTIVA [JA][NEIN]

2.4.1.7 NIERENERSATZVERFAHREN (HÄMODIALYSE, USW) [JA][NEIN]

2.4.1.8 SPEZIFISCHE INTERVENTION IN DER IMCU

[JA][NEIN]

2.4.1.9 SPEZIFISCHE INTERVENTION AUSSERHALB DER IMCU

[JA][NEIN]

¹⁷ Anmerkung: Zu registrieren ist der „vermutete“ GCS, vgl. Anhang 1.

¹⁸ Auch angebrochene (nur teilweise benutzte) Pflege-Schichten werden dokumentiert

¹⁹ Die SGI-Kategorie wird gemäss den Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen auf Basis von NEMS und SAS errechnet. Die Zahl des NEMS-Score (Pt. 2.4.1.1) wird automatisch aus den Feldern 2.4.1.1-9 errechnet. Umrechnung vgl. Anhang 9

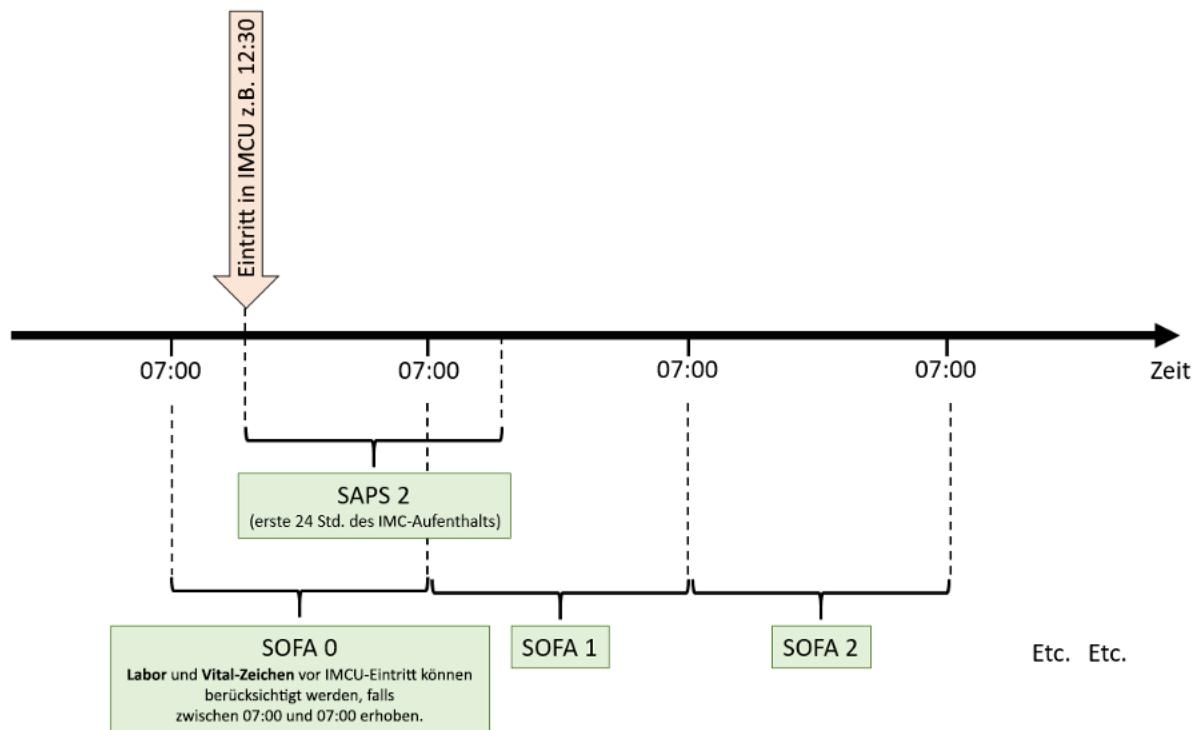
²⁰ Die Definition der einzelnen NEMS- und der SAS-Elemente ist in Anhang 7 gegeben.

2.4.2 UNRUHE- SCORE (SAS)	[N]
2.4.3 ISOLATION²¹	[JA][NEIN=DEFAULT]
2.4.4 ECMO	[JA][NEIN=DEFAULT]

2.4.5 ORGANVERSAGEN SOFA-SCORE

2.4.5.1 SOFA (EINTRITTSTAG =0)²² [0:AGLKZR]

2.4.5.2 SOFA (TAGX, BIS TAG VOR AUSTRITT) [NNN:AGLKZR]



²¹ Vgl. Anhang 1. DEFAULT bedeutet, dass ohne explizite Kodierung NEIN angenommen wird

²² SOFA = Daten des angebrochenen Eintrittstag bis 07:00 des Folgetages (selbst wenn Eintrittstag=Austrittstag, → SOFA-0 ist obligat; dann weiter in 24h-Intervallen bis SOFA-X)

Format = TagNachEintritt: Atmung-Gerinnung-Leber-Kreislauf-ZNS-Renal (Werte jeweils von 0-4,9).

2.5 ERGEBNIS

Einmal pro Patient und IMCU-Aufenthalt zu erheben. Bei einer Wiederaufnahme eines Patienten wird ein neuer Datensatz angelegt. N.B. der Status bei IMCU-Austritt wird erhoben unter „Verlegungs-Ort des Patienten“.

2.5.1 STATUS BEI SPITAL-AUSTRITT²³

[LEBT] – [GESTORBEN]

2.5.2 STATUS 28 TAGE NACH IMCU-EINTRITT²⁴

[LEBT] – [GESTORBEN]

2.5.3 STATUS 12 MONATE NACH IMCU-EINTRITT²⁵

[LEBT] – [GESTORBEN]

2.5.4 LEBENSQUALITÄT 12 MONATE NACH IMCU-EINTRITT²⁶

[....]

2.6 OPTIONALE DATENELEMENTE

2.6.1 EINMAL PRO PATIENT UND IMCU-AUFGENTHALT

2.6.1.1 BIS 2.6.1.10. BIS ZU 10 FELDER KÖNNEN INDIVIDUELL PRO IMCU DEFINIERT WERDEN [NNN]

2.6.2 EINMAL PRO PFLEGE-SCHICHT UND PATIENT

2.6.2.1 BIS 2.6.2.10. BIS ZU 10 FELDER KÖNNEN INDIVIDUELL PRO IMCU DEFINIERT WERDEN [NNN]

²³ Fakultativ

²⁴ Fakultativ

²⁵ Fakultativ

²⁶ Fakultativ (SF-36, SF-12 oder EQ-5D), auf separatem Formular zu erheben

3 MINIMALER DATENSATZ DER SGI-KAIMC MDS_{IMC}: UMSETZUNG

3.1 VERANTWORTLICHKEITEN

3.1.1 AUFSICHTSORGAN

Die KAIMC ist Aufsichtsorgan. Die KAIMC ist eine Kommission gemäss Statuten der SGI.

Sie unterstützt die einzelnen Einheiten in ihrer Aufgabe, die Daten für den MDS_{IMC} korrekt zu erheben und zeitnah in die zentrale Datenbank zu exportieren.

Die KAIMC überwacht die korrekte Umsetzung der Daten-Archivierung und -Auswertung, inklusive Weitergabe von Daten an berechtigte Dritte (vgl. Kapitel 3.4, unten) und steuert die Weiterentwicklung des MDS_{IMC}. Im Übrigen gilt das jeweils aktuelle Reglement der KAIMC.

3.1.2 BETREIBER DER DATENBANK

3.1.2.1 ALLGEMEINES

Gewählt durch den Vorstand der SGI, auf Antrag der KAIMC. Vertragliche Regelung zwischen der SGI (vertreten durch den Vorstand) und dem Betreiber (ProtecData AG, Boswil seit 2004; Vertrag erneuert am 18.08.2020); die allfällige Benutzung des SGI-KAIMC MDS_{IMC}-Tools zur Erfassung der benötigten Daten ist mit einem gesonderten Vertrag zwischen ProtecData und den entsprechenden IMCU's geregelt.

3.1.2.2 PFLICHTEN / KOMPETENZEN

Betreibt und unterhält die Datenbank zum minimalen Datensatz der KAIMC. Wertet Daten aus gemäss den Vorgaben des Aufsichtsorgans. Leitet Daten nur im Auftrag und gemäss den Vorgaben des Aufsichtsorgans an Dritte weiter. Stellt die Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften sicher.

3.2 APPLIKATION

3.2.1 ENTWICKLUNG DER APPLIKATION

Zentrale MDS_{IMC}-Datenbank im Auftrag der SGI und KAIMC durch externen Provider. Lokale Datenerfassung auf der einzelnen IMCU. Varianten:

- Datenerfassung Typ 1: Lokales Programm, das durch den Betreiber der zentralen Datenbank zur Verfügung gestellt wird.
- Datenerfassung Typ 2: Lokales, bereits vorhandenes Programm: Notwendige Anpassungen der einzelnen Variablen gemäss den Definitionen für den vorliegenden Datensatz. Das Modul für den Datenexport muss individuell entwickelt werden. Datentransfer in die zentrale Datenbank: elektronisch (Upload XML-File gemäss Spezifikation des Providers der zentralen MDS_{IMC}-Datenbank).

3.2.2 UNTERHALT DER APPLIKATION

Betrieb und Weiterentwicklung der Applikation (zentral/dezentral) nach Vorgaben der KDS (Kommission Datensatz der SGI) und der KAIMC.

3.3 DATEN-ERHEBUNG, -KORREKTUR, -ERFASSUNG UND AUSWERTUNG

3.3.1 ERHEBUNGSPHASE

Daten werden von der betreffenden IMCU erfasst. Die Erfassung erfolgt entweder mit einer speziellen lokalen Datenerfassungs-Software oder über eine bereits vorhandene lokale Datenbank (vgl. unten). Die KAIMC überprüft anlässlich ihrer Visitation zur Anerkennung resp. Wiederanerkennung einer Station die Prozesse der Datenerhebung für den MDS_{IMC}. Jede Einheit ist verantwortlich dafür, dass die Daten für den MDS_{IMC} korrekt erhoben werden. Die Verbindung zwischen Pseudonym (MDS_{IMC}-ID) und Daten, die eine Identifikation der Person erlauben (z.B. Name, Geburtsdatum), ist nur der betreffenden IMCU bekannt.

Da die Daten im Rahmen der Qualitätssicherung erhoben werden, ist lokal ein „informed consent“ im engeren Sinne nicht notwendig. Weitere Informationen sind im Anhang 1 unter „Datenschutz“ zu finden. Die Auswertung der anonymisierten zentralen Qualitätsdaten durch die KAIMC ist entsprechend den diesbezüglichen Vorgaben im HFG möglich.

3.3.2 KORREKTURPHASE

Die Überprüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität erfolgt laufend im Rahmen der lokalen Datenerhebung. Entsprechende Algorithmen sind im lokalen Datenerhebungsprogramm eingebaut.

3.3.3 ERFASSUNGSPHASE

Die elektronische Übertragung an die zentrale Datenbank erfolgt verschlüsselt. Ausser dem Pseudonym (MDS_{IMC}-ID) enthalten die weitergeleiteten Daten keine Informationen, die einen Rückschluss auf eine Person zulassen. Die Rückführung von Pseudonym auf eine konkrete Person kann nur durch die Stelle erfolgen, welche die Daten erhoben hat (vgl. Erhebungsphase, oben).

Der Datenexport von der lokalen in die zentrale Datenbank erfolgt in der Regel einmal pro Monat, mindestens aber einmal pro Quartal. Der Datenexport wird jeweils manuell ausgelöst. Die KAIMC überwacht, dass die einzelnen IMCU den Datenexport zeitgerecht durchführen.

3.3.4 AUSWERTUNGSPHASE

Die Auswertung erfolgt laufend, aber mindestens einmal pro Quartal. Die Kennzahlen (vgl. Anhang 2) werden einmal pro Jahr jeder einzelnen IMCU und den übrigen Berechtigten (vgl. Anhang 3) zur Verfügung gestellt. Attribute, welche Rückschlüsse auf Personen oder andere Kliniken zulassen könnten, dürfen nicht verwendet werden. Eine online Betrachtung von Auswertungen durch die einzelnen Benutzer (Dateneinsicht gemäss Anhang 4) ist möglich (Passwortgeschützt).

3.3.5 PUBLIKATION

Selektive Kennzahlen können in allgemeiner Weise nur SGI und KAIMC-intern oder auf der Website der SGI oder KAIMC nach aussen publiziert werden. Jede IMCU kann jährlich bei der Eingabe der Strukturdaten für sich festlegen, ob und in welchem Ausmass Daten ihrer Station eingeschlossen werden.

3.4 ERWEITERTE AUSWERTUNGEN FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG UND FORSCHUNG

Für Analysen und Auswertungen von Daten, die über die unter Pt. 3.3 beschriebene standardisierte Auswertung hinausgehen, gilt:

- Zusätzliche Auswertungen sind im Kontext von Projekten der Qualitätssicherung oder -Entwicklung von KAIMC-Forschungsprojekten möglich.
- Ein Forschungs-Projektplan kann von jedem KAIMC-Mitglied eingereicht werden und muss von der KAIMC genehmigt werden. Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsprojekte sollen auf Antrag der KAIMC genehmigt werden.
- Ein anonymisierter Datenauszug mit Stationsidentifikation setzt eine Einwilligung der betreffenden IMCU voraus.

3.5 KOSTEN

3.5.1 LOKALE DATENERFASSUNGS-SOFTWARE

3.5.1.1 LOKALE DATENERFASSUNGS-SOFTWARE: ERSTELLUNG DURCH DEN ZENTRALEN DATENBANK-PROVIDER.

Diese umfasst das Erstellen der entsprechenden Software, die Installation und Schulung, die Anpassung und Unterhalt (Anpassungen der Datenbankstruktur, usw.)
Die Finanzierung erfolgt durch die SGI.

3.5.1.2 VORHANDENE LOKALE SOFTWARE/PDMS

Entwicklung respektive Anpassung einer bereits vorhandenen Datenbank (inklusive Modul für den Datenexport) sowie Unterhalt werden durch die lokalen Kostenträger sichergestellt. Der Aufwand für die Datenerhebung in die lokale Datenbank wird durch die jeweilige IMCU erbracht.

3.5.2 ZENTRALE DATENBANK

3.5.2.1 ENTWICKLUNG

FINANZIERT DURCH DIE SGI

3.5.2.2 UNTERHALT/AUSWERTUNGEN

Inklusive Auswertungen z.Hd. der Benutzer, administrative Kosten. Dazu gehört auch der Aufwand für die Aufsichtskommission, usw.

Zu finanzieren durch die einzelnen Benutzer (Preisberechnung auf Basis der Anzahl Patienten der jeweiligen IMCU): Kosten: CHF 2.- pro Patient

Die Kosten werden jährlich auf der Basis der Vorjahresdaten (Anzahl Patienten) erhoben.

Die erste Rechnungsperiode beginnt mit Beginn der regelmässigen Datenerhebung, spätestens aber per 1.04.2020.

Rechnungsstellung durch das SGI-Generalsekretariat. Vergütung an den zentralen Datenbankbetreibers (ProtecData) gemäss Vertrag zwischen SGI, KAIMC und ProtecData.

4 ANHÄNGE

4.1 ANHANG 1: DEFINITIONEN, ERLÄUTERUNGEN UND ABKÜRZUNGEN

Anerkannte Betten	Anzahl anerkannte Betten gemäss KAIMC-Zertifikat. Die jeweils gültige Bettenzahl wird durch das Sekretariat der KAIMC an ProtecData weitergeleitet und im MDS _{IMC} eingetragen.
AIS	Abbreviated injury scale pro Körperregion (AIS, Revision 1990). Wird als Basis zur Berechnung des injury severity scores (→ ISS; → Score) ²⁷ verwendet. Jede der 6 Körperregionen (Kopf, Gesicht, Thorax, Abdomen, Becken/Extremitäten, Extern/Haut) wird je nach Lebensbedrohung von 0 = „unverletzt“ bis 6 = „unsurvivable“ bewertet (Bewertungs-Details vgl. ²⁸). Die Summe der Quadrate der 3 am schwersten verletzten Körperregionen ergibt den ISS (→ ISS).
Aufenthaltsdauer	Aufenthalt auf der → IMCU, gemessen in Tagen. Oft wird die Abkürzung LOS (length of stay) benutzt. Berechnung: (Austrittsdatum/Zeit) – (Eintrittsdatum/Zeit) = Aufenthaltsdauer gemessen in Minuten / 1440 = nnn.n Tage. Der → Pflegetag stellt eine auf Schichtlänge (in der Regel 8 oder allenfalls 12 Stunden) gerundete alternative Masszahl zur Abschätzung der Aufenthaltsdauer dar.
Aufenthaltsort vor Spitäleintritt	Spitaleintritt = Eintritt in das Spital, zu dem die betreffende IMCU gehört. Eingeteilt nach: Zuhause (inklusive Krankenheim, Pflegeheim, von der Strasse) – anderes Spital (Psychiatrische Klinik, anderes Krankenhaus) – andere vgl. auch → Unmittelbare Herkunft des Patienten
Austrittsbericht	als Merkmal von Strukturqualität: Wird jeder Patient mit einem schriftlichen Bericht beinhaltend Diagnosen, Interventionen, Verlauf und vorgeschlagenes Procedere/Medikation verlegt?
Beatmung	Die Rubrik „Beatmung“ wird dann angekreuzt, wenn ein Patient in der betreffenden Pflegeschicht während mindestens 2 Stunden (Falls 2 Schichten pro Tag: 3 Stunden) beatmet ist. Invasive und nicht-invasive Beatmung zählen gleichermassen. Reines CPAP ohne inspirat. Unterstützung zählt in der Neonatologie als Beatmung, ansonsten gelten die Definitionen des DRG Kodierungshandbuch: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien, aktuelle Jahresversion herausgegeben durch das BFS. Aus Komplexitätsgründen wird im MDSi lediglich die 8- und 12h Variante abgebildet. Allfällige intermediäre Formen sollen pragmatisch dem passenderen Modell zugeordnet werden. Für die Berechnung der „Beatmungszeit“ wird somit immer das Zeitraster 8 Std. oder 12 hinterlegt, unabhängig davon, ob die Dauer einer Schicht nun „genau“ 8 resp. 12 Std. ist oder nicht. Aktuell gilt die Formel: · für 8-Std. Raster „Beatmungszeit“ = Anzahl Schichten x 8 Std. · für 12-Std. Raster „Beatmungszeit“ = Anzahl Schichten x 12 Std.
Beatmungstag	Pflegeschichten mit → Beatmung / 3 (resp. / 2, analog Pflegetag).
Benchmarking	Allgemein: Systematischer Vergleich und Erfahrungsaustausch zwischen Partnern, die vor vergleichbaren Aufgaben/Problemen stehen und gleichartige Kennzahlen erheben. Im Rahmen des minimalen Datensatzes der SGI heisst dies: Vergleich der Kennzahlen der eigenen IMCU mit der Gesamtheit aller IMCU, die am Datensatz-Projekt teilnehmen.

²⁷ Baker SP et al.: The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma, 1974, 14:187-196

²⁸ <http://www.trauma.org/index.php/main/article/510>

	Zusätzlich soll die Möglichkeit bestehen, mit einer Untergruppe aller MCU zu vergleichen. Die Untergruppen sind definiert gemäss „Art der IMCU“ und „Kategorie der IMCU“ (vgl. Kapitel „Minimaler Datensatz der SGI: Inhalte“). Wichtig: Die entsprechenden Daten einer einzelnen IMCU sind nur für die jeweilige IMCU einsehbar.
Betriebene Betten	Anzahl Betten, die im Jahresdurchschnitt effektiv durch Patienten belegt wurden. Diese Zahl kann kleiner sein als die physisch vorhandene Bettenzahl (früher als Planbetten bezeichnet). Grund hierzu ist oft, dass Stellen nicht besetzt werden können. Andere Gründe sind gelegentlich ein übermässiger Personalmangel wegen Abwesenheit infolge Krankheit, Weiterbildung, usw. Siehe auch → <i>Anerkannte Betten</i>
CIRS-System	als Merkmal von → Strukturqualität: Ist ein "critical incidence reporting system" vorhanden und werden die Fälle regelmässig besprochen?
CRIB II	Clinical risk index for babies ²⁹ (→ Score).
Direkte Pflege	Aufwand für direkte Pflege, gemessen in Minuten. Die Definition und Berechnung der direkten Pflege ist je nach System (→ LEP, → PRN, → TISS-28, → NAS) unterschiedlich! Vergleiche zwischen IMCU mit unterschiedlichen Systemen sind deshalb nicht sinnvoll. Anstelle dieses Parameters wird ein sog. IMCU spezifischer Aufwand-score erhoben. Diese Masszahl enthält nicht zwingend eine Abschätzung des direkten Pflegeaufwandes, es kommt z.B. auch eine Masszahl zur Abschätzung des Therapieaufwandes (→ TISS-28, → NEMS) in Frage.
Datenschutz	Das geplante Vorgehen mit einer „Verschlüsselung“ der Daten genügt den Anforderungen des Datenschutzes. Da der MDS _{IMC} im Sinne einer Qualitätssicherung durchgeführt wird (Gesetzlicher Auftrag), und da die Daten nur verschlüsselt weitergegeben werden, besteht keine Pflicht, ein Einverständnis des einzelnen Patienten einzuholen. Eine allgemeine Patienteninformation kann dennoch z.B. mittels einer Broschüre sichergestellt werden, die in der betreffenden Station aufliegt. Nachfolgend ein Beispiel (Auszug aus der Informationsbroschüre des Inselspitals Bern, Stand 2005):
	Im Rahmen der Qualitätssicherung (...) sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Es geht dabei um die Auswertung von Ergebnissen und medizinischen Angaben, die von Ihrer Behandlung stammen. Alle Angaben, die Ihre Person betreffen, werden durch unser Personal anonymisiert (...). Die Auswertung der Daten erfolgt nur in dieser anonymisierten Form und nur im Rahmen des Qualitätsmanagements (...). Sollten Sie zu diesem Thema Fragen haben bitten wir Sie, sich an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin zu wenden. (...)
Diagnose im IMCU-Verlauf	Diagnose, die den wichtigsten Grund für den IMCU-Aufenthalt als Ganzes beschreibt (analog zur Definition Hauptdiagnose gemäss WHO, derjenige Zustand, der am Ende des IMCU-Aufenthaltes als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Überwachung des Patienten war). Die Diagnose im IMCU-Verlauf muss nicht identisch sein mit der → <i>Erst-Diagnose</i> . Die Diagnose im IMCU-Verlauf wird bei Abschluss des IMCU-Aufenthaltes festgehalten (d.h. rückblickend, im Sinne einer wertenden Zusammenfassung, z.B. „septischer Schock“ (A2) oder ARDS (R1)). Die Idee ist folgende:
	Typischerweise ist ein Patient nur kurz in der IMCU. Die Diagnose im IMCU Verlauf soll helfen zu analysieren, weshalb Patienten verlängert in der IMCU sind. Es geht also im Wesentlichen um die Diagnose, die für den langen Verlauf verantwortlich war (z.B. initial CABG, im Verlauf Pneumonie Diagnose im IPS Verlauf ist "Pneumonie"). Bei der Sepsis hat man sich darauf geeinigt, dass falls bereits zu Beginn die Diagnose " septischer Schock (A2) " gestellt und als Hauptdiagnose vermerkt wurde, dies i.d.R. auch im Verlauf so bleiben soll (also z.B. NICHT Diagnose bei Eintritt = septischer Schock und Diagnose

²⁹ Parry G et al. : CRIB II : an update of the Clinical Risk Index for Babies score. *Lancet* 2003, 361(9371):1789-91.

im IMCU Verlauf = Niereninsuffizienz). Falls aber zu Beginn eine CABG stand und im Verlauf eine Sepsis mit ARDS hinzukam, ist je nachdem was die wichtigste Diagnose für den prolongierten Aufenthalt ist, entweder "ARDS" oder "septischer Schock" anzugeben (d.h. nicht obligatorisch immer "septischer Schock").

Die Diagnose im IMCU Verlauf wird also bei short stayer häufig mit der Diagnose bei Eintritt übereinstimmen; und bei long stayer evtl davon abweichen, wenn eine andere Diagnose zum wichtigsten Grund für den IMCU Aufenthalt wird.

Pädiatrie: Hier kommt keine "Post-Procedural-Diagnosis". Beispiel: Patient kommt nach VSD-Op auf die IMCU: Wichtigste Diagnose im IMCU-Verlauf: VSD (223) (Eintrittsdiagnose: 1100, Intervention: 1251)

Erst-Diagnose	„Eintritts-Diagnose“ = „etablierte Erst-Diagnose“ = Diagnose, die den Grund zur IMCU-Aufnahme am besten umschreibt. Die Erst-Diagnose wird spätestens innerhalb der ersten 24 Stunden nach IMCU-Eintritt festgelegt. Die Erst-Diagnose muss nicht identisch sein mit der → Diagnose im IMCU-Verlauf. Pädiatrie: Bei Eintritt nach einem Eingriff muss hier "Post-Procedure-Other" (1100) codiert werden.
FAGE	Fachmann/Fachfrau Gesundheit EFZ. Gemäss Richtlinien für die Zertifizierung von IMCU durch die KAIMC.
FTE	Angaben als Stellen (%), wobei 100% = 1 Stelle während eines Jahres zu 100% besetzt (= FTE = full time equivalent = EPT = équivalent plein-temps).
GCS	Glasgow coma scale (→ Score) ³⁰ . Beim sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte („angenommener“ GCS bzw. „letzter bekannter“ GCS).
Geplanter IMCU-Eintritt	IMCU-Eintritt, der mindestens 12 Stunden vor der Aufnahme des Patienten in die → IMCU angemeldet wurde (z.B. durch entsprechenden Kommentar auf dem OP-Programm, durch telefonische Anmeldung, Standardprocedere, usw.). Eintritte, die ins reguläre OP-Programm aufgenommen und nachgemeldet werden (z.B. Anmeldung auf IMCU vergessen) gelten als geplante Eintritte. Eintritte, die ins Notfall-OP Programm aufgenommen und dann angemeldet werden gelten als ungeplante Eintritte. Für Wiedereintritte (< 48 Stunden) gilt eine spezielle Regelung (→ Wiedereintritt).
Herkunft des Pat.	Es wird unterschieden nach → <i>Unmittelbare Herkunft des Patienten</i> und → <i>Aufenthaltsort vor Spitäleintritt</i> (<i>Unmittelbare Herkunft des Patienten bezieht sich auf die Einheit im Spital: Notfallstation, OP, Gebärsaal, usw.</i>)
HIN	Health Info Net AG
KAIMC	Kommission für Anerkennung IMCU
KDS	Kommission Datensatz der SGI
IMCU / HDU / AWR	IMC: Intermediate care unit. HDU: high dependency unit. AWR: Aufwachraum.
Infektiologie	Besprechungen als Merkmal von Strukturqualität: Finden mindestens einmal wöchentlich strukturierte Patienten-Besprechungen mit einem Facharzt Infektiologie statt?
Interventionen	Falls ein Patient innerhalb von 24h VOR bis 24h NACH Eintritt auf die IMCU eine Intervention hatte (d.h. Operation, interventionelle Angiologie, Kardiologie, Radiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, usw.) wird bei "Intervention vor Eintritt" die entsprechende Intervention eingetragen. Nicht als Intervention zählen z.B. Anlage eines

³⁰ Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974, 2: 81-84 and Le Gall JR et al, JAMA. 1993;270(24):2957-2963: SAPS II

ZVK, arterieller Katheter, usw. Hingegen wird z.B. eine Kardioversion als "andere Intervention" eingegeben

BEACHTE: bei **nicht chirurgischen Interventionen** (z.B. interventionelle Kardiologie, Gastroenterologie, Radiologie, usw.) wird im SAPS bei Aufnahmearzt "medizinisch", bei chirurgischen Interventionen (d.h., sobald innerhalb 24 Std. vor bis 24 Std. nach IMCU-Eintritt irgendwo mit dem Skalpell geschnitten wurde) wird im SAPS bei Aufnahmearzt

-> elektiv chirurgisch oder -> chirurgisch ungeplant angegeben.

Bei kombinierten Eingriffen wird der Haupteingriff als Intervention angegeben.

Bei Monotrauma ohne Intervention (z.B. isolierte Leberruptur ohne Intervention in den 24h vor und 24h nach IPS Eintritt) wird "Mono- / Polytrauma (ohne SHT)", "keine Intervention", und im SAPS bei der Aufnahmearzt "-> medizinisch angegeben. Sollte der Patient z.B. 3 Tage nach IMCU Eintritt dann doch noch operiert werden, bleibt die Aufnahmearzt medizinisch.

Grundsätzlich sollen nur Eingriffe berücksichtigt werden, die von „**fremden**“ Erbringern geleistet werden. Insbesondere sind sämtliche Tätigkeiten, die zur grundlegenden intensivmedizinischen Komplexbehandlung gehören, nicht zu kodieren (Arterie, zentrale Kath, Thoraxdrainage, Röntgen, usw.).

Pädiatrie: Post-Procedural-Diagnosis, Ziffern ab 1100: Hier wird die Intervention im Detail codiert, die zum IMCU-Eintritt führte bzw. die Intervention, die während dem (gesamten) IMCU-Aufenthalt (also nach dem IMCU-Eintritt) durchgeführt wurde (falls keine Intervention vor IS-Eintritt; z.B. Herniotomie im IMCU-Verlauf bei einem Neugeborenen).

IS	Intensivstation (IS) = Intensivbehandlungsstation (IB). Organisatorische Einheit innerhalb eines Akut-Spitals. In der Regel mit eigener Kostenstelle, eigener Personalplanung, usw. Kann aus mehreren Untereinheiten bestehen. Weitere Details vgl. Richtlinien für die Anerkennung von Intensivpflegestationen der SGI.
IS-ID	Identifikations-Nummer der → IS. Wird zentral vergeben. Besteht aus drei Ziffern. Erste zwei Ziffern: Spital, letzte Ziffer: 0 (falls nur eine IS im betreffenden Spital, andernfalls 0, 1, 2, . . . , 9). Auf der Basis des BfS sind auch regionale Aspekte der IS hinterlegt (Grossregion, Kanton, Sprachgebiet, Urbanisierungsgrad). ³¹
Isolation	Es gelten die Definitionen gemäss CHOP (Version 2013: Ziffer 99.84, respektive die entsprechenden Ziffern bei späteren Versionen des CHOP).
IPS	Intensiv(pflege)station → IS
ISS	Injury Severity Score (ISS) ³² . Wird mit Hilfe des "abbreviated injury score" (→ AIS; → Score) berechnet. Die Summe der Quadrate der drei am schwersten verletzten Körperregionen ergibt den ISS. Der ISS kann einen Wert von 0 – 75 annehmen. Hat einer der Körperregionen einen Score von 6, wird der ISS in jedem Fall auf 75 gesetzt. Der ISS korreliert mit Morbidität, Mortalität, Spitalaufenthaltsdauer und anderen Markern des Verletzungs-Schwergrades.
KDS	Kommission Datensatz der SGI.
LEP	LEP® = Leistungserfassung in der Pflege ³³ .

³¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/raeumliche-analysen/raeumliche-gliederungen.html>

³² Baker SP et al. The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*, 1974, 14:187-196

³³ <http://www.lep.ch>

LOS	Length of stay → <i>Aufenthaltsdauer</i>
MDS _{IMC} -ID	Die MDS _{IMC} -ID wird bei jedem IMCU-Eintritt neu vergeben. Diese Zahl ist nicht identisch mit FID („Fall-Identifikation“). FID wird in vielen Krankenhäusern verwendet, um eine eindeutige Identifikation eines einzelnen Spitalaufenthaltes eines einzelnen Patienten zu ermöglichen.
	Die sog. Verschlüsselung erfolgt in der jeweiligen → <i>IMCU</i> . Die Relationstabelle (Verknüpfung FID-ICU – Patientenname) wird durch die betreffende IMCU geführt und bleibt auf dieser IMCU. Eine Re-Identifikation der Daten ist deshalb ausschließlich durch die jeweils zuständigen IMCU möglich. Verantwortung für die Einhaltung der Datenschutzvorschriften in Ihrem Bereich hat die betreffende IMCU. Erste zwei Ziffern: Jahr, folgende drei Ziffern: → <i>IMCU-ID</i> , folgende 20 Ziffern: Nummerierung gemäß interner Regelung der jeweiligen IMCU. Die FID erlaubt bei Bedarf eine Überprüfung ihrer Angaben durch die einzelne IMCU (und nur durch diese).
Mortalität	In jedem Fall wird die IMCU-Mortalität erfasst werden. Zusätzlich wird, wenn immer möglich die Spital-Mortalität erfasst. Nur letztere erlaubt eine korrekte Berechnung der → <i>SMR</i> .
NAS	Nursing activities score ³⁴ .
NAS-Element	NAS besteht aus 23 Elementen. 5 dieser Elemente sind in bis zu 3 Unterelemente eingeteilt.
Nebendiagnosen	Pädiatrie: Maximal 10 Nebendiagnosen. "Injury Mechanism" und "Infection" können nur als Nebendiagnose codiert werden. Diese Kodierung von pädiatrischen Nebendiagnosen erfolgt ausserhalb des MDSi
NEMS	Nine equivalents of nursing manpower use score ^{35 36 37} . Kann als Marker für Prozessanalysen auf der → <i>IMCU</i> verwendet werden ³⁸ . NEMS wird einmal pro Schicht erhoben. Für „angebrochene“ Schichten gilt: Die NEMS-Items werden auf ganze Schichten „hochgerechnet“ (resp. abgeschätzt).
Nicht-geplanter IMCU-Eintritt	→ <i>geplanter IMCU-Eintritt</i>
Personalbestand	Angaben als Stellen (%), wobei 100% = 1 Stelle während eines Jahres zu 100% besetzt (FTE). Die Personalangaben betreffen die Tätigkeit aller Personen auf der IMCU, unabhängig davon, ob sie auf der Budgetplanung der IMCU abgerechnet werden oder nicht. Für die Berufsbildner, Kliniklehrer gilt nur die Tätigkeit für die allgemeine Weiterbildung des Pflegepersonals der IMCU.
Patientenkategorie	Definition gemäß den aktuell gültigen Richtlinien ^{39 40} .
Pflegeschicht	Umfasst in der Regel 8 Stunden, gelegentlich 12 Stunden. Bei einer „angebrochenen“ Pflegeschicht wird der IMCU spezifische Aufwand auf die ganze Pflegeschicht „hochgerechnet“.

³⁴ Miranda D. et al. Nursing activities score. *Crit Care Med*, 2003, 31:374-82

³⁵ Miranda D. et al.: Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med* 1997, 23:760-765.

³⁶ Rothen H U et al.: Validation of "nine equivalents of nursing manpower use score" on an independent data sample. *Intensive Care Med* 1999, 25:606-611.

³⁷ Hartmann B et al. Vollautomatische Kalkulation des Pflegeaufwandes auf einer Operativen Intensivstation. Ein Vergleich zwischen TISS-28 und NEMS. *Intensivmed* 2004, 41:94-8.

³⁸ Lapichino G et al.: Description of trends in the course of illness of critically ill patients. Markers of intensive care organization and performance. *Intensive Care Med* 2002, 28:985-9.

³⁹ Baumann PC et al. : Der Pflegepersonalbedarf auf Intensivstationen. Schriftenreihe des SKI, Band 41 (1989).

⁴⁰ Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen (08.05.2003).

Für IMCU mit 2 Pflegeschichten pro Tag werden die relevanten Daten beim Import in die zentrale MDSimc-Datenbank automatisch auf den 3-Schichtbetrieb „normalisiert“ (d.h. relevante Daten x 3/2). Stationen mit intermittierendem 2- und 3-Schichtbetrieb müssen ihre Daten vor dem Export selber auf einen durchgehenden „3-Schichtbetrieb „normalisieren“.

Pflegetag	Pflegeschichten / 3 (falls 3 Schichten/Tag) respektive Pflegeschichten / 2 (falls 2 Schichten/Tag). Mass für die Aufenthaltsdauer eines Patienten auf der IMCU. Im Gegensatz zur → Aufenthaltsdauer , die auf der Basis von Minuten berechnet wird, stellt der Pflegetag eine gerundete Grösse dar.
PIM-score II	Paediatric index of mortality ⁴¹ (→ Score). Parallel-Erfassung PIM-III ⁴² ab 2020.
PRN	Project de recherché en nursing ^{43 44} .
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale ⁴⁵ . Alternative: → SAS
SAPS-2	Simplified acute physiology score (→ Score). Dieser Kode ist für Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr anzugeben. Berechnung auch für Patienten mit → LOS < 1 Tag und für alle Patientenkategorien. Auf Grund der zusätzlichen Informationen im minimalen Datensatz kann die → SMR berechnet werden, dies sowohl gemäss den Vorgaben der Originalarbeit ⁴⁶ , wie auch für das Gesamtkollektiv aller Patienten, bei denen SAPS-2 erhoben wurde. SAPS-2 wird aus den Daten der ersten 24 Stunden des IPS-Aufenthaltes erhoben. Entweder eine Zahl oder Registrierung der einzelnen SAPS-Items. Letzteres würde die re-Kalibrierung (= „customizing“) erlauben. (PaO2 und FiO2 : Falls in den ersten 24h mehrere ABGA durchgeführt wurden, muss für jede ABGA mit dem zeitgleich verwendeten FiO2 die entsprechende PaO2/FiO2 ratio errechnet werden. Für den SAPS wird dann diejenige PaO2 – FiO2 Kombination verwendet, die die TIEFSTE PaO2/FiO2 ratio ergibt. Falls ein Parameter nicht vorhanden ist wird angenommen, dass der Wert im Normbereich war).
SAS	Sedation-agitation scale ^{47 48} . Alternative : → RASS
Sepsis	Allgemeine Definition gemäss Consensus-Konferenz ⁴⁶
Score	Internet-Adressen mit verschiedenen scores ⁴⁹ .
SF-36	Short Form-36 [⁵⁰].
SGI-SSMI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. Société Suisse des Médecine Intensive.

⁴¹ Slater A et al. : PIM 2 : a revised version of the Paediatric Index of Mortality. **Intensive Care Med** 2003, 29:278-85.

⁴² Straney L, Clements A, Parslow RC, et al. Paediatric index of mortality 3: an updated model for predicting mortality in pediatric intensive care. **Pediatr Crit Care Med** 2013; 14:673-681

⁴³ Saulnier F et al.: indicateur simplifié de la charge en soins spécifique à la réanimation: le PRN réa. **Réan Urg** 1995, 4:559-569.

⁴⁴ <http://www.erosinfo.com>

⁴⁵ Sessler CN et al. The Richmond agitation-sedation scale. Validity and reliability in adult intensive care unit patients. **Am J Respir Crit Care Med** 2002, 166 :1338-44

⁴⁶ Le Gall JR et al.: A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. **JAMA** 1993, 270:2957-2963.

⁴⁷ Riker RR et al. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. **Crit Care Med** 1999, 27:1325-9.

⁴⁸ Brandl KM et al. Confirming the reliability of the sedation-agitation scale administered by ICU nurses without experience in its use. **Pharmacotherapy** 2001, 21:431-6.

⁴⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968574/pdf/nihms794087.pdf>

⁵⁰ Ware JE et al.: Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. **J Clin Epidemiol** 1998, 51:903-912.

SMR Standardized mortality ratio. Berechnet aus: (beobachtete Mortalität) / (erwartete Mortalität).

SOFA-Score Im Zusammenhang mit der SwissDRG-Kodierrichtlinie Sepsis^{51, 52}: Sepsis = Nachgewiesene oder vermutete Infektion und nachgewiesene Organdysfunktion, verursacht durch eine dysregulierte Reaktion des Körpers auf einen Infekt mit SOFA-Scoreanstieg um ≥ 2 Punkte innerhalb 72h bei Erwachsenen >16 a. Für Kinder gelten die Organdysfunktions-Kriterien nach Goldstein⁵³.

Sequential Organ Failure Assessment Score [^{54 55}], schlechterster Tageswert jeweils pro Zeitfenster 07:00-07:00. Tag 0: Eintrittstag bis Folgemorgen 07:00. Eine ABGA ist für die SOFA-Kodierung der Atmung zwingend (P/F-ratio). FiO₂-Annahmen bei O₂ nasal: 0.3, Maske: 0.4, HighFlow:FiO₂ gem. Einstellung, Maske mit Reservoir: 0.6.⁵⁶

Bei fehlenden Informationen zu Vorerkrankungen eines Organsystems geht man von einer diesbezüglichen SOFA-Baseline von 0 aus. Der SOFA-Wert wird i.d.R. morgens für den Vortag erfasst. Beim GCS wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte (,angenommener GCS' bzw. ,letzter bekannter GCS').

Ein Wert von 0 wird vergeben, falls im SOFA-Normbereich, nie bestimmt oder nach 72h nicht neu bestimmt; 9 wird vergeben, falls ein patholog. Laborwert nachfolgend nicht täglich bestimmt wird. Für die SOFA-Berechnung darf ein nicht neu bestimmter patholog. Vorwert für max. 72h vorgetragen werden.

Für die einzelnen Variablen wird jeweils der Befund berücksichtigt, der die höchste Punktzahl ergibt und der aus medizinischer Hinsicht plausibel ist. Für die zeitliche Zuordnung eines Laborwertes gilt der Entnahmepunkt.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score					
	SCORE-Wert *				
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
<u>Atmung</u>					
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥ 400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) mit respiratorischer Unterstützung**	<100 (13.3) mit respirat.Unterstützung** oder ECMO***
<u>Gerinnung</u>					
Thrombozyten, $\times 10^3/\mu\text{L}$	≥ 150	<150	<100	<50	<20
<u>Leber</u>					
Bilirubin, mg/dL ($\mu\text{mol/L}$)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
<u>Kardiovaskulär</u>					
Mittlerer art. Blutdruck (Vasoaktiva in ug/kg/min für mind. 1h)	MAP $\geq 70\text{mmHg}$	MAP $< 70\text{mmHg}$	Dopamin <5 oder Dobutamin (jede Dosis) ^b	Dopamin 5.1-15 oder Adrenalin ≤ 0.1 oder Noradrenalin $\leq 0.1^b$	Dopamin >15 oder Adrenalin >0.1 oder Noradrenalin $>0.1^b$ od. mechan. Kreislaufunterstützung ****
<u>Zentrales Nervensystem</u>					
Glasgow Coma Scale score ^c	15	13 - 14	10 - 12	6-9	< 6
<u>Renal</u>					

⁵¹ www.swissdrg.org/application/files/7315/3742/8020/Kodierrichtlinie_Sepsis.pdf

⁵² Singer M et al. Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA** 2016;315:801-10. (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>)

⁵³ Goldstein B et al. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. **Pediatric critical care medicine** 2005; 6:2-8.

⁵⁴ Vincent JL et al.: The SOFA (Sepsis-related organ failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure. **Intensive Care Med** 1996; 22:707-710.

⁵⁵ Vincent JL et al.: Use of SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: Results of a multicenter, prospective study. **Crit Care Med** 1998; 26:1793-1800.

⁵⁶ Abgeleitet von den EPIC II Definitionen 2007 (Vincent JL et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. **JAMA** 2009; 302:2323-9)

Kreatinin, mg/dL (μ mol/L)	< 1.2 (< 110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	> 5.0 (>440)
od. Urinausscheidung, mL/d				<500	<200 oder Nierenersatzverfahren

* Pathologische Laborwerte vom Eintrittstag vor IS-Eintritt sollen wisely unter SOFA-Tag0 kodiert werden und nicht erneut bestimmt werden.

** Nicht invasive Beatmung und die Anwendung von High Flow werden im SOFA als „respiratorische Unterstützung“ gewertet. Bei Unklarheiten gelten die Definitionen des Kodierhandbuchs.

*** ECMO veno-venös oder veno-venös/arteriell

**** z.B. IABP, Impella, ECMO veno-arteriell oder veno-venös/arteriell

SGI-SSMI - SOFA-Example

70j pt, ebiike Unfall. Polytrauma, intubiert bei GCS von 12 am Unfallort. Im Spital Dg: Commotio, Lungenkontusion bilat., Milzläsion, Pneu, Rippenfx, Femurfx					
Tag 0	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	
Wert (jeweils verfügbare Optionen)					
Atmung	1 (0-4)	2 (0-4)	3 (0-4)	3 (0-4)	3 (0-4)
Gerinnung	1 (0-4)	9 (0-4,9)	2 (0-4,9)	1 (0-4,9)	9 (0-4,9)
Leber	1 (0-4)	9 (0-4,9)	9 (0-4,9)	9 (0-4,9)	0 (0-4)
CV	1 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)
ZNS	2 (0-4)	1 (0-4)	1 (0-4)	1 (0-4)	1 (0-4)
Renal	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)	0 (0-4)
SAPS-Score	6	5	7	6	5

	0	1	2	3	4
Atmung	≥ 400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) mit resp. Unterstützung*	<100 (13.3) mit resp. Unterstützung* od. ECMO
Gerinnung	Thrombozyten $\times 10^3/\mu\text{L}$	≥ 150	<150	<100	<50
Leber	Bilirubin, mg/dL ($\mu\text{mol/L}$)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)
Kardiovaskular	MAP od. Vasoaktivum ug/kg/min	MAP $\geq 70\text{mmHg}$	MAP $<70\text{mmHg}$	Dopamin $<5\text{od. Dobutamin}$	Adrenalin ≥ 0.1 od. Noradrenalin <0.1
ZNS	Glasgow Coma Scale score	SOFA-Score 5 <input type="checkbox"/> Alle Werte normal			
Renal	Kreatinin, mg/dL ($\mu\text{mol/L}$) od. Urinausscheidung, mL/d	< 200 (26.7) mit respiratorischer Unterstützung	< 1.2 (20)	Vorbest. patholog. Wert $<72\text{h}$ (nicht neu bestimmt)	Mittlerer art. Blutdruck (Vasoaktivum in ug/kg/min)
					MAP $\geq 70\text{mmHg}$
					Glasgow Coma Scale score
					$13 - 14$ *
					Kreatinin, mg/dL ($\mu\text{mol/L}$) od. Urinausscheidung, mL/d
					< 1.2 (< 110)

Kommentar zu den schlechtesten Tageswerten 07-07-00

Tag 0	Intubiert (PaO ₂ 40kP bei 0.8=50), Tc140, Leber:Bili 21., CV:MAP 55, ZNS:GCS 12 Unf.Ort, Renal:Krea 90
Tag 1	Extubiert (PaO ₂ 17kP mit Res.Maske=28), Tc n.a., Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 14, Renal:Krea n.a.
Tag 2	Extubiert (PaO ₂ 12kP mit Res.Maske=20), Tc 90, Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 14, Renal:Krea n.a.
Tag 3	Extubiert (PaO ₂ 11kP mit Res.Maske=18), Tc 110, Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 14, Renal:Krea 100
Tag 4	Extubiert (PaO ₂ 10kP mit Res.Maske=17), Tc n.a. Leber:Bili n.a., CV:MAP>70, ZNS:GCS 13, delirant, Renal:Krea n.a.

SSW

Schwangerschafts-Woche

Strukturqualität

- CIRS-System: Ist ein "critical incidence reporting system" vorhanden und werden die Fälle regelmässig besprochen?
- Interdisziplinäre Visiten: Werden regelmässig interdisziplinäre Visiten und Patientenbesprechungen durchgeführt?
- Austritts- / Verlegungsbericht: Wird jeder Patient mit einem schriftlichen Bericht beinhaltend Diagnosen, Interventionen, Verlauf und vorgeschlagenes Procedere/Medikation verlegt?
- Infektiologie: Finden mindestens einmal wöchentlich strukturierte Patienten-Besprechungen mit einem Facharzt Infektiologie statt?

Therapie-

Einschränkungen

Eine allfällige Einschränkung der Therapie-Intensität soll bei Austritt kodiert werden und umfasst 3 Elemente: Zeitpunkt des Entscheides, Grad der Einschränkung und Grund der Einschränkung. Eine solche Limitation wurde im Verlauf des IS-Aufenthaltes typischerweise dokumentiert; ein erst im Sterbeprozess stattfindender Verzicht auf Massnahmen bei Aussichtslosigkeit gilt nicht als Limitation.

Falls der Zeitpunkt (2.2.12) als 0 (=nein, kein Zeitpunkt), kodiert, dann müssen Grad und Grund der Limitation bei diesem Patienten zwingend auch mit 0 (kein) kodiert werden. Vice versa, bei einer Limitation müssen immer Zeitpunkt, Grad und Grund > 0 sein.

Bei Patienten mit formuliertem Pat. Willen (PW): Falls eine bestehende Limitierung gemäss PW auch im IS-Kontext gültig ist und in den Therapieplan aufgenommen wird, dann Zeitpunkt: 1 (-3), Grad: 1-3, Grund: 1 (2). Dies impliziert, dass im Nachhinein nicht klar ist, ob eine Limitation nur geplant oder auch durchgeführt wurde. Beim allfälligen Versterben aber bedeutsam.

Beispiel: Ein Entscheid, einen Patienten nach bevorstehender Verlegung nicht mehr auf die IS zurückzunehmen würde typischerweise wie folgt kodiert: Zeitpunkt: bei Austritt, Grad: inhaltlich limitiert, Grund: medizinisch.

TISS-28

Therapeutic intervention scoring system⁵⁷ (\rightarrow Score; \rightarrow NEMS; \rightarrow NAS).

Unmittelbare

Herkunft des Patienten Bezieht sich auf die Einheit im Spital: Notfallstation – Operationssaal / Interventionelle Platform (z.B. interventionelle Kardiologie, Gastroenterologie, Radiologie, usw) / Gebärsaal – Intensivstation / andere IMCU – IMC/HDU/AWR (\rightarrow IMC) – Abteilung (normale Bettenstation) – andere (inklusive Spitäleintritt direkt in die IMCU). vgl. auch \rightarrow Aufenthaltsort vor Spitäleintritt

Verschlüsselung

$\rightarrow MDS_{IMC-ID}$

Visiten

Interdisziplinäre Visiten als Merkmal von Strukturqualität: Werden regelmässig interdisziplinäre Visiten und Patientenbesprechungen durchgeführt?

Wiedereintritt

Als Wiedereintritt gilt jede erneute Aufnahme auf die \rightarrow IMCU maximal 48 Stunden nach Austritt aus einer IMCU (= Verlegung aus der IMCU). Nicht als Wiedereintritt gilt eine Wiederaufnahme > 48 Stunden nach vorhergehendem IMCU-Austritt. Patienten, die von der IMCU in den OP verlegt werden und anschliessend wieder in die IMCU kommen, werden nicht als Wiedereintritt gerechnet. Gleiches gilt für eine vorübergehende Verlegung z.B. zwecks diagnostischer oder interventioneller Kardiologie, Radiologie, Gastroenterologie, usw.
Der Wiedereintritt ist geplant, wenn der erneute Eintritt in die IMCU bei der vorhergehenden Verlegung aus der IMCU bereits vorgesehen (geplant) war (\rightarrow Geplanter Eintritt). In allen übrigen Fällen gilt der Wiedereintritt als ungeplant.

SGI-WIKO

Die Wissenschaftliche Kommission der SGI (WiKo) koordiniert die Aktivitäten der Fachgesellschaft im Zusammenhang mit Lehre und Forschung.

ZK-IS

Die Zertifizierungskommission Intensivstationen (ZK-IS) bearbeitet alle Gesuche zur Zertifizierung oder Re-Zertifizierung einer IS gemäss den vorliegenden Richtlinien. Die ZK-IS ist befugt, alle zertifizierten IS auf das Einhalten der Qualitätskriterien zu überprüfen.

⁵⁷ Miranda D R et al.: Simplified therapeutic intervention scoring system: The TISS-28 items - results from a multicenter study. Crit Care Med 1996, 24:64-73.

4.2 ANHANG 2: SPEZIFIKATIONEN: Herkunftsrt / Verlegungsrt, Diagnosegruppe, Erstdiagnose bei IMCU-Eintritt / Interventionelle Prozedur vor oder nach IMCU-Eintritt / Diagnose im IMCU-Verlauf

Allgemein: Individuelle (lokale) Anpassungen im Sinne von verfeinerten Listen sind möglich.

***Unmittelbare interne Herkunft* (M_Woher)**

Notfallstation	N
OP / post-interventionell / Gebärsaal	O
andere IS	I
IMCU / AWR ⁵⁸	M
Abteilung	W
Andere	A

***Aufenthaltsort vor Spitäleintritt* (M_Wo)**

Zuhause	Z
anderes Spital	S
Aus Pflegeinstitution.....	C
andere	A

***Verlegungs-Ort* (M_Wohin)**

gleiches Spital, Abteilung	W
gleiches Spital, andere IMCU/ AWR	M
gleiches Spital, IS	I
gleiches Spital, anderes	A
anderes Spital, IS / IMCU	I2
anderes Spital, nicht IS / IMCU	W2
verstorben	D
Akut Rehabilitation	RH
Nach Hause	HO
In Pflegeinstitution	C
anderes	AA

***Einteilung in eine Patientengruppe* (M_PatGrp)**

geplant	E
nicht geplant	N

⁵⁸ Nur falls ungeplanter postoperativer Eintritt aus AWR, sonst als OP/postinterventionell kodieren.

Hauptdiagnose (siehe auch → Anhang 11)

Diagnose Code

Kardiovaskulär (Neo-Pädi: C0 oder ANZPIC numeric code)

Akutes Koronarsyndrom (ischämische Herzkrankheit ⁵⁹)	C1
Herzstillstand (St.n. Reanimation)	C2
Lungenembolie	C3
Herzinsuffizienz, kardiogener Schock	C4
Aortenaneurysma / -dissektion	C5
Rhythmusstörung / -Überwachung	C6
Andere ⁶⁰ kardiovaskuläre Erkrankung ⁶¹	C9

Respiratorisch und HNO (Neo-Pädi: R0 oder ANZPIC numeric code)

ARDS (acute respiratory distress syndrome)	R1
COPD oder Asthma	R2
Pneumonie (bakteriell, viral, usw.), akute Bronchitis ⁶²	R3
Andere Infektion des Respirationstraktes / im HNO-Bereich ⁶³	R4
Neoplasma der intrathorakalen Organe (exkl. Trachea)	R5
Neoplasma des Atemapparates (Mund / Sinus / Larynx / Trachea)	R6
Andere respiratorische oder HNO-Erkrankung ⁶⁴	R9

Gastrointestinal (Neo-Pädi: G0 oder ANZPIC numeric code)

Krankheiten der Leber und der Gallenwege	G1
Akute Pankreatitis	G2
Gastrointestinale Blutung	G3
Neoplasie gastrointestinal	G4
Ileus	G5
Gastrointestinaler Infekt, Perforation	G6
Andere GI Erkrankung ⁶⁵	G9

Neurologisch (Neo-Pädi: N0 oder ANZPIC numeric code)

Subarachnoidalblutung	N1
Intracerebrale/intrakranielle Blutung	N2
Hirnschlag (Stroke) ⁶⁶	N3
Krampfanfall (Epilepsie)	N4
Infektion des Nervensystems	N5
Neuromuskuläre Erkrankung	N6
Delir	N7
Neoplasie cerebral/intrakraniell	N8
Andere neurologische Erkrankung	N9

⁵⁹ Exklusive: chronische ischämische Herzkrankheit, sonstige Formen der Herzkrankheit

⁶⁰ „Andere“ gilt jeweils für alle übrigen Krankheitsbilder, also inklusive Infektion, Neoplasie, usw. Nicht eingeschlossen sind: Trauma.

⁶¹ Inklusive inklusive sonstige Formen der Herzkrankheit, Krankheiten der Venen, Lymphgefässe, usw.

⁶² Inklusive sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege

⁶³ Inklusive sonstige Krankheiten der oberen und der unteren Atemwege

⁶⁴ Inklusive sonstige Krankheiten der Pleura, sonstige Krankheiten des Atmungssystems

⁶⁵ Inklusive Krankheiten der Mundhöhle usw., des Ösophagus, des Magens und des Duodenums, des Appendix, Hernien, nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis, sonstige Krankheiten des Darms, des Peritoneums, des Verdauungssystems, sonstige Krankheiten des Pankreas. Exklusive Neoplasien > N8.

⁶⁶ Inklusive sonstige zerebrovaskuläre Erkrankungen, Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

Metabolisch-Endokrin (Neo-Pädi: M0 oder ANZPIC numeric code)	
Diabetes, diabetische Entgleisung	M1
Medikamentenüberdosierung / -intoxikation ⁶⁷	M2
Elektrolytentgleisung.....	M3
Andere metabol. oder endokrine Erkrankung, Mangelernährung, Adipositas.....	M9
Trauma (Neo-Pädi: T0 oder ANZPIC numeric code)	
Schädel-Hirn-Trauma (mit oder ohne Polytrauma)	T1
Mono- / Polytrauma (ohne Schädel-Hirn-Trauma).....	T2
Verbrennung.....	T3
Trauma, anderes ⁶⁸	T9
Urogenital (Neo-Pädi: U0 oder ANZPIC numeric code)	
Nierenversagen.....	U1
Infekt Urogenital.....	U2
Neoplasie urogenital.....	U3
Anderes Urogenital.....	U9
Andere (Neo-Pädi: A0 oder ANZPIC numeric code)	
Sepsis	A1
Septischer Schock	A2
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	A4
Hämatolog. Erkrankung (inkl. Neoplasie)	A5
Andere Diagnose ⁶⁹	A9

⁶⁷ Inklusive Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen, biologisch aktive Substanzen, toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen

⁶⁸ Inklusive: Erfrierungen, sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äussere Ursachen, bestimmte Frühkomplikationen des Traumas, Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert, Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen, äussere Ursache von Morbidität und Mortalität (

⁶⁹ Inklusive infektiöse und parasitäre Erkrankungen, sofern nicht spezifisch kodierbar

Intervention⁷⁰ (siehe auch → Anhang 11)

Intervention..... oder ANZPIC numeric code Code

Keine Intervention

[...] (00) 00

Intervention im kardiovaskulären System

Operationen an Herzgefäßen (offene OP)	11
Operationen an Herzkappen und –septen (offene OP)	12
Intervention an der Aorta (offene OP)	15
PCI coronar und ähnliche Verfahren.....	20
Intervention an Herzkappen und –septen endovaskulär.....	21
Intervention neurovaskulär endovaskulär.....	22
Intervention grosse Gefäße endovaskulär.....	23
Rhythmus-Intervention (inkl. Schrittmacher).....	24
Assist Device	25
Andere Intervention kardiovaskulär*	10

Andere Interventionen

OP/Intervention im Kiefer - HNO Bereich.....	30
Thorakotomie / offene Thoraxchirurgie	35
Videoass. Thoraxchirurgie (VATS)*	36
OP/Intervention im GI-Bereich	40
OP/Intervention im neurologischen System.....	50
Wirbelsäulen-chirurgie	55
OP/Intervention Urologie	60
OP/Intervention Gynäkologie / Geburtshilfe.....	70
OP/Intervention Orthopädie/Trauma excl. Wirbelsäule*	80
Transplantationschirurgie ⁷¹	90
Andere Intervention*	99

*Die Umkodierungslogik und zusätzliche Informationen zu Diagnosen und Interventionen nach deren Anpassungen und Erweiterungen in MDSi V. 29 kann dem Anhang 11 entnommen werden.

⁷⁰ Operation, interventionelle Angiologie, Kardiologie, Radiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, usw. Zeitraum: maximal 24 Stunden vor bis maximal 24 Stunden nach IS-Eintritt.

⁷¹ Inklusive: Herztransplantation (37.5), Lungentransplantation (33.5), Kombinierte Herz- Lungentransplantation (33.6), Lebertransplantation (50.5), Nierentransplantation (55.6)

4.3 ANHANG 3: DEFINITION DER KENNZAHLEN

Angaben jeweils pro Monat, pro Quartal und pro Jahr

Kennzahlen	Definition	Resultat
Allgemeine Daten zur IMCU-Struktur (Struktur-Daten)		
Art der IMCU	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	je % pro Art
Kategorie der IMCU	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	je % pro Kategorie
Anerkennung der IMCU für WB-Überwachungspflege....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl (Monate)
Anzahl betriebene IMCU Betten.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl
Anzahl Betten mit Beatmung.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl
Anzahl IS Betten.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl
Personalbestand	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	
Pflegende total		Zahl
Davon Pflegende mit FA.....		%
Davon Pflegende mit IMC-Kurs		%
Davon Kader (LPD, Stationsleitung)		%
Nicht besetzte Stellen Pflege		Zahl
Pflegeassistenten/-innen		Zahl
Ärzte total		Zahl
Davon Facharzt FMH Intensivmedizin.....		%
Davon Ärzte in WB zu Facharzt FMH Intensivmedizin		%
Davon Ärzte übrige		%
Davon Kader (Chefarzt, leitender Arzt, Oberarzt).....		%
Nicht besetzte Stellen Ärzte.....		Zahl
Administratives Personal		Zahl
Übrige		Zahl
Allgemeine Daten zum Patientenprozess (Prozess-Daten)		
Anzahl Eintritte		Zahl
Alter der Patienten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Mittelwert / Median
Geschlecht	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	% männlich / % weiblich
Erst-Diagnose.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	% pro Diagnose
Diagnose im IMCU-Verlauf	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	% pro Diagnose
Trauma.....	% aller Eintritte	Zahl
Intervention vor IMCU-Eintritt	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	% pro Intervention
SAPS-2 (resp. PIM II oder CRIB II).....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Mittelwert / Median
Herkunft des Patienten.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	je % pro Herkunftsstadt
Verlegungsort des Patienten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	je % pro Verlegungsort

Patientenprozess (Prozess-Daten))

Anzahl Patienten mit Alter > 80a	% aller Eintritte
Eintritte mit niedrigem Mortalitätsrisiko.....	% Eintritte mit SAPS-2 < 20 .%
Eintritte mit hohem Mortalitätsrisiko.....	% Eintritte mit SAPS-2 > 50 .%
Kurzaufenthalte	% Eintritte mit LOS < 6 h%
Langzaufenthalte	% Eintritte mit LOS >7d %</td
Wiederaufnahmen.....	% aller Eintritte
nicht-geplante Eintritte.....	% aller Eintritte
Limitation der Therapie ⁷²	% aller Eintritte

Aufwand pro Patient (Prozess-Daten)

LOS (Aufenthaltsdauer, gemessen in Tagen).....	Austrittszeitpunkt – Eintrittszeitpunkt
LOS pro Diagnose-Kategorie	(vgl. oben)Mittelwert / Median
NEMS pro Patient und pro Diagnose-Kategorie	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Mittelwert / Median
NEMS erste Pflege-Schicht.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Mittelwert / Median
NEMS letzte Pflege-Schicht.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Mittelwert / Median
SGI-Patientenkategorie 1A	% aller Pflegeschichten
SGI-Patientenkategorie 1B.....	% aller Pflegeschichten
SGI-Patientenkategorie 2.....	% aller Pflegeschichten
SGI-Patientenkategorie 3.....	% aller Pflegeschichten
Summe aller Beatmungstage.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Zahl
Anzahl Beatmungstage pro Patient	Beatmungstage / PatientMittelwert / Median
Summe aller „Dialyse“-Schichten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Zahl
Summe aller Schichten mit Intervention ausserhalb IS ...	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Zahl
Summe aller ECMO-Schichten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Zahl
Summe aller Schichten mit Isolation	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Zahl

Ergebnis der Behandlung (Ergebnis-Daten)

IMCU-Mortalität	% Verstorbene, bezogen auf alle Eintritte	%
IMCU-Überlebende mit hohem Mortalitätsrisiko.....	IMCUMortalität für Patienten mit SAPS-2 > 45	%
SMR-IMCU	berechnet auf Basis „IMCUMortalität“	Zahl

⁷² Es gilt jede Therapie-Einschränkung

4.4 ANHANG 4: WER ERHÄLT WELCHE KENNZAHLEN

Die Mitglieder der KAIMC dürfen im Rahmen ihrer kommissions-spezifischen Aufgaben in die Kennzahlen gemäss „Gesamtbericht IMCU“ einer einzelnen Station Einsicht nehmen (Zahlen, die jede IMCU für sich selbst unter <https://www.savedata.ch/mdsimc> berechnen lassen kann)

4.5 ANHANG 5: WELCHE ELEMENTE WERDEN AN DIE ZENTRALE DATENBANK EXPORTIERT

Die nachfolgende Liste enthält alle Elemente mit Informationen zu einem einzelnen Patienten, die aus den lokalen Datenbanken in die zentrale Datenbank exportiert werden.

Kursiv-grau = fakultativ.

Element	Inhalt	Validierung
MDSimc-ID	[nnnnn....]	Not null (max 25 n), Format 99CCC.....
Alter	[nnn]	Not null. range 0 – 120, 0 - 52 wenn Woche
Einheit	[J/W]	Not null: (Alter in Jahr/Woche)
Geschlecht	[M/F]	Not null
Geb. Gewicht ⁷³	[n.nnn]	If Alter < 28Tg: Geburtsgewicht in kg.gggg
Gestationsalter 74	[nn]-[n]	If Alter < 28Tg: Gestationsalter in Wo-D
Grösse	[nnn]	cm (gemessen od. geschätzt)
Gewicht	[nnn.nnn]	kg (gemessen od. geschätzt)
Wiedereintritt < 48h	[J/N]	Not null
Herkunft	[nn]	Not null: Code gemäss Anhang 2
Aufenthaltsort vor Spitäleintritt	[nn]	Not null: Code gemäss Anhang 2
Eintrittszeitpunkt	[yyyymmddhhmm]	Not null
LOS IS (Tage)	[nnn.nn]	Not null: min 0.01 – max. 999.99,
Verlegungs-Ort ...	[nn]	Not null: Code gemäss Anhang 2
Patientengruppe	[E/N]	Not null
Erst-Diagnose	[nnnn]	Not null: Diagnose Liste, Päd.: ANZPIC (3-4n)
Verlaufs-Diagnose	[nnn]	Not null: Element aus Diagnose Liste
AIS -Kopf	[n]	
AIS -Gesicht	[n]	
AIS -Thorax	[n]	Falls Erst- oder Verlaufs-Diagnose = T1-9, dann muss mind. 1 AIS-Score > 0 sein
AIS -Abdomen	[n]	
AIS -Extremitäten	[n]	
AIS -Extern	[n]	
Intervention / OP	[nnn]	If not null: Intervention Liste, Päd.:ANZPIC
Schweregrad der akuten Erkrankung	[nnn]	Falls Art=SAPS, Zusatzvalidierung nach Alter ⁷⁵
Art des Score (SAPS, PIM ,CRIB)	[S/P/C]	Not null. SAPS: Alter ≥16, PIM: <16, C ⁷⁶ <29d
NEMS, Total aller Schichten	[nnnnnn]	Not null., ≤ LOS *3 * 56
NEMS, erste Schicht	[nnn]	Not null, 0 – 56
NEMS, letzte Schicht	[nnn]	Not null, 0 – 56
Unruhe-Score, Anzahl Schichten mit SAS > 4	[nnn]	
Unruhe-Score, Anzahl Schichten mit SAS > 5	[nnn]	sum(SAS>4+ SAS>5+ SAS>6) ≤ 3* Max-SGI Schichten.
Unruhe-Score, Anzahl Schichten mit SAS > 6	[nnn]	

⁷³ nur bei Alter < 28 Tagen

⁷⁴ nur bei Alter < 28 Tagen

⁷⁵ SAPS-Max.Wert <164. Minimalwert: (AGE>39 SCORE ≥ 7) OR (AGE>59 SCORE ≥ 12) OR (AGE>69 SCORE ≥ 15) OR (AGE>74 SCORE ≥ 16) OR (AGE>79 SCORE ≥ 18)

⁷⁶ Definition Bfs/CHOP 2011: PIM gilt für Patienten, die bei stationärer Aufnahme älter als 28 Tage + >2500g sind, aber das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

SGI 1A (Anzahl Schichten mit Kat. 1A)	[nnn]	Max-SGI-Schichten 1-3 =ROUND(LOS*3) +2
SGI 1B (Anzahl Schichten mit Kat. 1B)	[nnn]	Min: Anzahl SGI-Schichten total/3 muss ≥ LOS
SGI 2 (Anzahl Schichten mit Kat. 2)	[nnn]	
SGI 3 (Anzahl Schichten mit Kat. 3)	[nnn]	Summe SGI > 0
Therapie-Einschränkung, Zeitpunkt	[n]	Bei einer Limitation müssen immer alle 3
Grad der Einschränkung	[n]	Elemente mit einem Wert > 0
Grund der Einschränkung	[n]	beantwortet werden
NEMS Standard Monitoring (Anzahl Schichten)	[nnn]	> 0, ≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Medikament intravenös (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Beatmung (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Zusätzliche Atemhilfe (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Ein vasoakt. Medikament (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Mehrere Vasoaktiviva (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Nierenersatzverfahren (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Intervention in der IS (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
NEMS Intervent. ausserhalb IS (Anzahl Schichten)	[nnn]	≤ Max-SGI-Schichten
Isolation (Anzahl Schichten)	[nnn]	Default: null, ≤ Max-SGI-Schichten
ECMO (Anzahl Schichten)	[nnn]	Default: null, ≤ Max-SGI-Schichten
SOFA Tag0 SOFA TagX..	[0:AGLKZR] [NNN:AGLKZR]	6 Einzelwerte SOFA, je 0 – 4,9 ⁷⁷
LOS Spital Spitalaustritt gem. BfS-„Aufenthalt nach Austritt	[nnn.nn] [n]	
Mortalität nach 28 Tagen Mortalität nach 1 Jahr Del (Löschstatus)	[l/g] [l/g] [J/N]	Not null

Der XML-Header enthält folgende 3 Merkmale:

- Bezeichnung der Intensivstation
- Datum des Prozessdaten-Exports
- Anzahl der nachfolgend im File enthaltenen Patienten

Beispiel:

Datenexport-XML-Format (pro Patient, ohne Header, Detail:
<https://www.savedata.ch/mdsidocu/MDSiBo020150121143449.xml>)

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<MDSi>
```

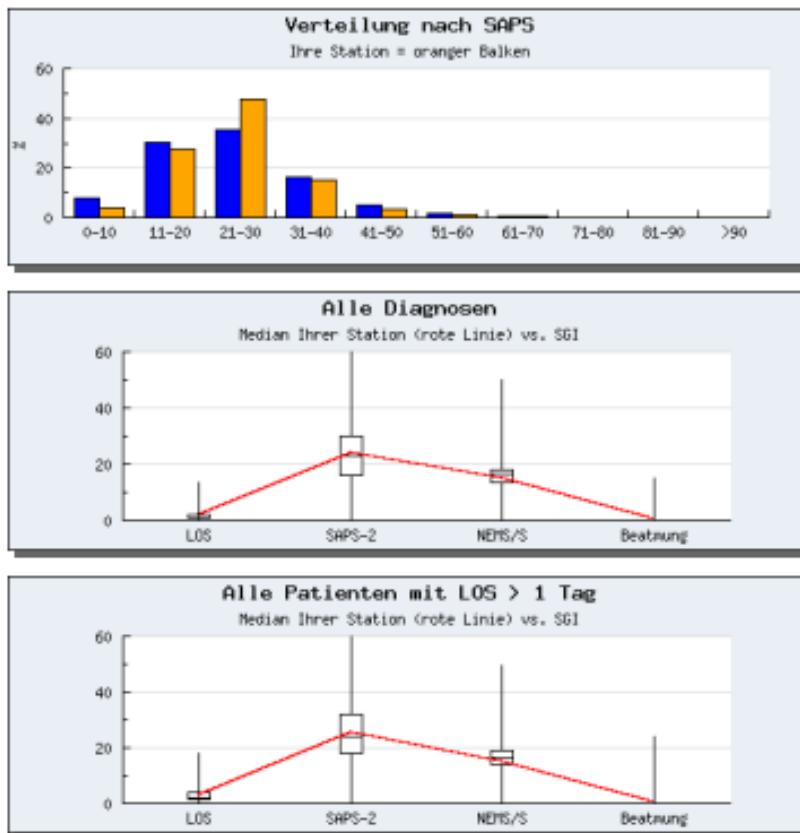
⁷⁷ Ab 2019: Datenlieferung möglich; ab 01.01.2021 obligatorisch.

```

<Header>
    <IPSID>4K9</IPSID>
    <ExpDate>20201215143449</ExpDate>
    <RowCount>3</RowCount>
</Header>
<Row>
    <M_MDSID>204K9894798324</M_MDSID>
    <M_Alter>25</M_Alter>
    <M_Einheit>J</M_Einheit>
    <M_Sex>M</M_Sex>
    <M_GebGew />
    <M_GestAlter />
    <M_WiederEin>N</M_WiederEin>
    <M_Woher>I</M_Woher>
    <M_Wo>S</M_Wo>
    <M_Eintritt>202012101440</M_Eintritt>
    <M_LOS>3.82</M_LOS>
    <M_Wohin>W</M_Wohin>
    <M_PatGrp>E</M_PatGrp>
    <M_Diag1>C1</M_Diag1>
    <M_DiagV>C1</M_DiagV>
    <M_ISSKopf></M_ISSKopf>
    <M_ISSFace>0</M_ISSFace>
    <M_ISSThorax>0</M_ISSThorax>
    <M_ISSAbdomen>0</M_ISSAbdomen>
    <M_ISSExtremity>0</M_ISSExtremity>
    <M_ISSExtern>0</M_ISSExtern>
    <M_Interv>11</M_Interv>
    <M_Schwere>16</M_Schwere>
    <M_ScoreArt>S</M_ScoreArt>
    <M_NemsAlle>108</M_NemsAlle>
    <M_Nems1>25</M_Nems1>
    <M_NemsLetz>9</M_NemsLetz>
    <M_SASAnz4>3</M_SASAnz4>
    <M_SASAnz5>2</M_SASAnz5>
    <M_SASAnz6>0</M_SASAnz6>
    <M_SGI1A>1</M_SGI1A>
    <M_SGI1B>3</M_SGI1B>
    <M_SGI2>7</M_SGI2>
    <M_SGI3>1</M_SGI3>
    <M_Monit>12</M_Monit>
    <M_Mediint>11</M_Mediint>
    <M_Be atm>4</M_Be atm>
    <M_Atemh>3</M_Atemh>
    <M_EVaso a>3</M_EVaso a>
    <M_MVaso a>1</M_MVaso a>
    <M_Nieren>1</M_Nieren>
    <M_IPSInterv>2</M_IPSInterv>
    <M_Trans>1</M_Trans>
    <M_OUT28D />
    <M_OUT1Y />
    <M_Gewicht>80</M_Gewicht>
    <M_Groesse>175</M_Groesse>
    <M_Isolation>1</M_Isolation>
    <M_SOFA>
        <sd0>111120</sd0>
        <sd1>299010</sd1>
        <sd2>329010</sd2>
        .
        .
        .
        <sd999>.....</sd999>
    </M_SOFA>
    <M_PIMIII />
    <M_LOSHosp />7.21</M_LOSHosp>
    <M_BFSAustritt>5</M_BFSAustritt>
    <M_ECMO>1</M_ECMO>
    <M_TherapieLimit>0</M_TherapieLimit>
    <M_GradLimit>0</M_GradLimit>
    <M_GrundLimit>0</M_GrundLimit>
    <M_Del>N</M_Del>
</Row>
<Row>
    ...
</Row>
<Row>
    ...
</Row>
</MDSi>

```

4.6 ANHANG 6: GRAPHISCHE DARSTELLUNGEN



4.7 ANHANG 7: NEMS UND SAS: DEFINITION DER EINZELNEN ITEMS

NEMS - nine equivalents of nursing manpower use score

Element⁷⁸ Titel.....Beschreibung

- 1 (9)** Standard Monitoring.....In Abhängigkeit vom Krankheitsbild, stündliches Erfassen derjenigen Parameter, die **patientenspezifisch** die betroffenen Vitalfunktionen abbilden (Kreislauf, Atmung, Zentralnervensystem, Niere und/oder andere Funktion) unter Berücksichtigung circadianer Erfordernisse von Patientenseite (Schlafhygiene, Delirprophylaxe/-therapie, etc). Kumulativbilanzen bei Patienten ohne Dauerkatheter.
- 2 (6)** Medikamentengabe intravenös.....Jede intravenöse Gabe eines Medikamentes⁷⁹ (inkl. Blut-/und Blutprodukte; ausser kontinuierliche Vasoaktivagabe, vgl. Pt. 5/6). Exklusive Basisinfusion und Infusion zum offen halten von Kathetern.

Element 3 und 4 können nicht gleichzeitig markiert werden.

- 3 (12)** Beatmung.....Es gilt jede Form von mechanischer Beatmung, invasive und nicht-invasive Beatmung (BiPAP, usw.) zählen gleichermassen. Siehe Anhang 1.
- 4 (3)** Zusätzliche Atemhilfe.....Spontanatmung mit Endotrachealkanüle oder Tracheotomie oder reines CPAP ohne inspirat. Unterstützung⁸⁰ oder Verabreichung von Sauerstoff (jede Form; z.B. „Brille“, „Nasen-Katheter“, „Maske“), CPAP bei Schlafapnoe, HighFlow CPAP.

Element 5 und 6 können nicht gleichzeitig markiert werden.

- 5 (7)** Ein vasoaktives MedikamentIntravenöse, kontinuierliche Gabe von Vasoaktivagabe. Beispiele sind: Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamin, Dopamin, Phosphodiesterase-Hemmer, Levosimendan, Nitroprussid, Nitroglycerin, Phentolamin, Esmolol, Trandate, Ca-Antagonisten.
- 6 (12)** Mehrere Vasoaktivagabe gleichzeitigMehr als ein vasoaktives Medikament (vgl. Element 5) gleichzeitig.
- 7 (6)** NierenersatzverfahrenUmfasst alle Formen von Nierenersatzverfahren, kontinuierlich und intermittierend. Inklusive Peritonealdialyse.
- 8 (5)** Spezifische Interventionen in der IMCUZum Beispiel : Intubation, Tracheotomie, Bronchoskopie, Einlegen einer Thoraxdrainage, Einlegen eines endovenösen Pacemakers, Kardioversion, Defibrillation, Reanimation, Perikardpunktion/-drainage, Einlegen eines Pulmonaliskatheters, Einlegen/Entfernen einer IABP oder ECMO usw., Einlegen eines Dialyse-Katheters, Endoskopie (Gastroskopie, Kolonoskopie, usw.), Einlage einer PEG,

⁷⁸ Zahl in Klammer: NEMS-Punkte

⁷⁹ Medikament = Arzneimittel gemäss Heilmittelgesetz 2000, Art. 4.1; rev. Jan 2020

⁸⁰ Gemäss DRG- Kodierungshandbuch 2015

Magenspülung, TEE durch IMCU-Mediziner mit Bericht
Einlegen einer ICP-Sonde oder einer Ventrikeldrainage,
Einlegen eines Periduralkatheters, Débridement,
Escharotomie, Fasciotomie und Verbandwechsel bei
Verbrennungs-Patienten, VAC-Wechsel Notfallchirurgie
(z.B. Thorakotomie bei Perikardtamponade),
Neonatal-pädiatr. Interventionen unter tiefer Sedation
od. Narkose, Kontinuierliche/intermittierende
Spülungen, Wechsel von Bauchlage ↔ Rückenlage;
massive Transfusion mit einem Schnellfluss-Perfusor/
Level 1®.
Ausgeschlossen sind Routine-Eingriffe wie z.B.: Einlegen
von arteriellen und venösen (zentral/peripher)
Kathetern, Einlegen eines Blasen-Katheters oder einer
Magensonde, Verbandwechsel, Röntgenuntersuchung,
Ultraschalluntersuchung, Ableiten eines EKG, usw.

- 9 (6)** Spezifische Interventionen **ausserhalb** zum Beispiel: chirurgische Intervention, diagnostische der IMCU Prozeduren, usw. standortübergreifende Patientenverlegung durch IS- oder IMCU-Personal auf andere IS/IMCU.
Die Intervention ist verbunden mit dem Schweregrad der Erkrankung des Patienten und hat einen zusätzlichen Aufwand für das IMCU-Team zur Folge.
Ausgeschlossen sind alleinige Transporte von und zu spitalinternen Interventionen ohne Präsenz des IMCU-Teams während der Intervention/OP

SAS - Sedation agitation scale

Jeweils dasjenige Element markieren, das für die betreffende Schicht den Zustand des Patienten am besten wiedergibt. Alternativ kann RASS erhoben werden. Es gilt folgende, vereinfachte Relation:

RASS 0 (alert and calm ⁸¹⁾	→ SAS 4
RASS +1 (restless ⁸²⁾	→ SAS 5
RASS +2 (agitated ⁸³⁾	→ SAS 5
RASS +3 (very agitated ⁸⁴⁾	→ SAS 6
RASS +4 (combative ⁸⁵⁾	→ SAS 7

Element. TitelBeschreibung

- 1 Nicht weckbarMinimale oder keine Reaktion auf Schmerzreize. Der Patient führt keine Befehle aus, es ist keine Kommunikation mit dem Patienten möglich.
- 2 Sehr sediert.....Weckbar mit physischen Stimuli (Beklopfen eines Körperteils oder Schmerzreiz). Der Patient führt keine Befehle aus, es ist keine Kommunikation mit dem Patienten möglich. Spontane Bewegungen des Patienten sind möglich.
- 3 Sediert.....Der Patient kann durch Anrufen oder leichtes Schütteln geweckt werden. Der Patient führt einfache Befehle aus, aber er schläft oft wieder ein.
- 4 Ruhig und kooperativ.....Der Patient ist ruhig, leicht weckbar und führt Befehle aus.
- 5 Unruhig, agitiert.....Der Patient ist ängstlich oder unruhig, versucht aufzusitzen, aber kann durch Zusprechen beruhigt werden.
- 6 Sehr agitiertDer Patient muss in der Regel fixiert werden (Anbinden der Extremitäten) oder er muss praktisch permanent durch Zusprechen beruhigt werden. Bisst auf den Tubus. Neonatal-pädiatrisch: Patient benötigt prakt. Permanente Präsenz am Bett für das Aufrechterhalten vitaler Funktionen od. vitaler Infrastrukturen (Leitungen, Tubus, ...)
- 7 Sehr agitiert, Selbst- oder Fremdgefährdung .Der Patient ist aggressiv, zieht am Tubus, versucht Katheter zu entfernen, versucht über Bettgitter zu steigen, wirft sich im Bett herum, schlägt um sich.

⁸¹ Alert and calm.

⁸² Anxious but movements not aggressive, vigorous.

⁸³ Frequent non-purposeful movement, fights ventilator.

⁸⁴ Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive.

⁸⁵ Overtly combative, violent, immediate danger to staff.

4.8 ANHANG 8: INJURY SEVERITY SCORE (AIS-ISS)

AIS Score	Injury
1	Minor
2	Moderate
3	Serious
4	Severe
5	Critical
6	Unsurvivable

Beispiel einer ISS Berechnung:

Region	Injury Description	AIS	Square Top Three
Head & Neck	Cerebral Contusion	3	9
Face	No Injury	0	
Chest	Flail Chest	4	16
Abdomen	Minor Contusion of Liver Complex Rupture Spleen	2 5	25
Extremity	Fractured femur	3	
External	No Injury	0	
Injury Severity Score:			50

SGI-SSMI simplified scoring examples (for AIS 0 – AIS 6)

ISS Cerebrum	ISS Gesichtsschädel	ISS Thorax
Keine Kopfverletzung Leichte Verletzung oberflächlich Comminio... Temp.Bewusstlosigkeit / Neurolog.Defizit Mittleres SHT, Frontobasisfx Schweres SHT, GCS kl. 8 Letal	Keine Verletzung Leichte Augen-/Gesichtsverletzung Mittlere Augen-/Ohren-/Mandibulaverletz. LeFort II, Augen-/Mandibulaverl. schwer Le Fort III Mit schwerem SHT, GCS kl. 8 Letal	Keine Verletzung Kontusio ... Rippenfx, Sternumfx ... Contusio., Pneu unilateral ... Contusio cordis, Hämat.Pneu bilat ... Ruptur thorak.Gefäss, Bronchus, Lunge ... Letal
ISS Abdomen	ISS Beweg.Apparat	ISS Haut/Verbrennung
Keine Verletzung Oberflächliche Verletzung ... Abdominalwand ... Verletzung Blase, Uterus,UGS-HWege, ... Ruptur Milz, Mesenterium Magen, Urogenit. Ruptur-Perf Darm, Leber, gr.Gefässe, Niere Letal	Keine Verletzung FingerFx, Verstauchung, ... Andere Fx, kleine Lux, Sehnen, Mm ... Andere TrümmerFx, Amputat, Luxat, grosse Fx Beckentrümmer, Femurträümmer, Amputat.Bein Kritisch Letal	Keine Verletzung RQW, Verbrennung kl. 6% KO Gr.Wunden gr. 10cm, Verbrennung 2-3° 6-15% Verbrennung 2-3° 16-25% KO Verbrennung 2-3° 26-35% KO Verbrennung 2-3° gr. 35% KO Letal

Further details: The American Association for the Surgery of Trauma: Injury Scoring Scales
<http://www.aast.org/Library/TraumaTools/InjuryScoringScales.aspx>

4.9 ANHANG 9: BERECHNUNG DER SGI-KATEGORIE IN ABHÄNGIGKEIT VON NEMS, SAS/RASS

4.9.1 GEMÄSS ANTRAG DER KDS-SGI AN DEN VORSTAND DER SGI VOM 03.03.17 UND BESCHLUSS DES SGI-VORSTANDES

SGI-Kategorie	1 A	1 B	2	3
	NEMS > 30 Pt.	NEMS 21 – 30 Pt. und SAS \leq 5 oder RASS \leq 2	NEMS 13 – 20 Pt. und SAS \leq 5 oder RASS \leq 2	NEMS < 13 Pt. und SAS \leq 5 oder RASS \leq 2
	NEMS \geq 21 Pt. und SAS > 5 oder RASS > 2	NEMS 13 – 20 Pt. und SAS > 5 oder RASS > 2	NEMS < 13 Pt. und SAS > 5 oder RASS > 2	---

4.10 ANHANG 10: MDSIMC SWISSCODE PÄDIATRIE

4.10.1 CODEVERZEICHNIS: MODIFIZIERTER ANZPIC-SCORE (ANZPIC 2012) DURCH IG PÄDIATRIE CH

CODE	
INJURY	
100 Injury - Other	224 AP Window
101 Anaphylaxis	205 ASD
102 Burns	225 AV Malformation
103 Carbon Monoxide Poisoning	206 AVSD (AV Canal)
104 Drug Toxicity - Iatrogenic	207 Coarctation
120 Drug Withdrawal - Iatrogenic	208 Corthriatriatum
121 Drug Withdrawal - Neonate	226 Double Outlet Right Ventricle (DORV)
105 Electrocution	209 Ebstein's Anomaly
106 Envenomation	210 Hypoplastic Left Heart Syndrome (HLHS)
107 Hanging or Strangulation	211 Interrupted or Hypoplastic Aortic Arch
108 Hyperthermia	227 LV Outflow Obstruction
109 Hypothermia	212 Mitral Insufficiency
110 Immersion (Near Drowning)	213 Mitral Stenosis
111 Ingestion	214 PDA
112 Smoke Inhalation	215 Pulmonary Atresia or Stenosis
113 Trauma - Other	228 Pulmonary Insufficiency
114 Trauma - Abdominal	229 RV Outflow Obstruction
115 Trauma - Chest	216 Single Ventricle
116 Trauma - Facial	217 TAPVD / PAPVD
117 Trauma - Head	218 Tetralogy of Fallot
118 Trauma - Skeletal	219 Transposition of Great Arteries (dTGA)
119 Trauma - Spinal	220 Tricuspid Atresia or Stenosis
122 Trauma - Birth	221 Tricuspid Insufficiency
	222 Truncus Arteriosus
	223 VSD
INJURY MECHANISM	
150 Injury Mechanism – Other	CARDIOVASCULAR ACQUIRED
162 Crush Injury	250 Cardiovascular – Acquired – Other
151 Cyclist	251 Cardiac Failure
152 Fall	252 Cardiac Tumour
153 Farm Equipment	253 Cardiomyopathy
154 Firearm Injury	254 Dysrhythmia – Supraventricular
164 Horse Related Injury	255 Dysrhythmia – Ventricular
161 Motor Bike Rider / Passenger	256 Endocarditis
155 MVA – Passenger	269 Heart Block
156 MVA – Pedestrian	257 Hypertension – Pulmonary
157 Non Accidental Injury	258 Hypertension – Systemic
158 Self Injury	259 Kawasaki's Disease
159 Sports Injury	268 Myocardial Infarction
160 Stab Injury	270 Myocarditis
CARDIOVASCULAR CONGENITAL	
200 Cardiovascular - Congenital - Other	260 Pericardial Effusion or Tamponade
201 Absent Pulmonary Valve	263 Previous Heart Lung Transplant
202 Anomalous Coronary Artery	264 Previous Heart Transplant
203 Aortic Insufficiency	265 Rheumatic Heart Disease
204 Aortic Stenosis	266 Previous Cardiac Surgery
	267 Pulmonary Embolism
	261 Vascular Thrombosis
	262 Vasculitis

RESPIRATORY LOWER AIRWAY

- 300 Neurological – Other
333 Acute Disseminated Encephalomyelitis (ADEM)
301 Botulism
302 Brain Abscess
303 Brain AV Malformation
304 Brain Death
305 Brain Infarction or Stroke
306 Brain Tumour
324 Cerebral Aneurysm
334 Congenital Brain Anomaly
307 CSF Shunt Malfunction or Infection
308 Encephalitis
309 Encephalopathy, Acute – Hypoxic ischaemic
310 Encephalopathy, Acute – Other
311 Encephalopathy, Chronic Degenerative
(eg Leigh's Syndrome)
312 Encephalopathy, Chronic Static (eg CP)
313 Guillain Barre Syndrome
314 Hydrocephalus
337 Intracranial Haemorrhage Premature (Grade 2-4)
315 Intracranial Haemorrhage – Spontaneous
332 Intracranial Haemorrhage - Traumatic
316 Intracranial Hypertension (Raised ICP)
338 Leucomalacia Premature
317 Meningitis
318 Meningomyelocele or Spina Bifida
325 Muscular Dystrophy
326 Myasthenia Gravis
319 Myopathy
339 Retinopathy of Prematurity
321 Seizures
322 Spinal Cord Lesion
327 Tetanus
323 Venous Sinus Thrombosis
- 430 Lower Airway Other
431 Asthma
432 Bronchiolitis
433 Chronic Lung Disease (Includes BPD)
434 Malacia - Trachea and/or Bronchi
435 Mediastinal Mass
436 Stenosis - Trachea and/or Bronchi
437 Tracheo-oesophageal Fistula
438 Vascular Ring
- RESPIRATORY OTHER**
- 450 Respiratory – Other
451 Air Leak Syndrome
452 Apnoea – Central
453 ARDS
473 Atelectasis
454 Aspiration
455 Chylothorax
456 Congenital Diaphragmatic Hernia
457 Congenital Lung Anomaly
458 Cystic Fibrosis
475 Diaphragmatic Palsy - Phrenic Nerve
459 Empyema
460 Hyaline Membrane Disease
461 Hypoventilation – Central
469 Lower Respiratory Infection – Other
462 Lung Abscess
463 Meconium Aspiration Syndrome
470 Pertussis
464 Pleural Effusion
465 Pneumonia or Pneumonitis
471 Previous Lung Transplant
474 Pulmonary Haemorrhage
466 Pulmonary Hypoplasia
467 Pulmonary Oedema
468 Respiratory Failure
472 Transient Tachypnoea of the Newborn

RESPIRATORY UPPER AIRWAY

- 400 Upper Airway – Other
401 Choanal Atresia or Stenosis
414 Cleft Lip and Palate
402 Epiglottitis
403 Foreign Body – Inhaled
404 Laryngotracheobronchitis (Croup)
405 Obstructive Sleep Apnoea
406 Pierre Robin Syndrome
407 Retropharyngeal Abscess
413 Subglottic Haemangioma
408 Subglottic Stenosis
410 Upper Airway Obstruction – Other
411 Upper Respiratory Infection – Other
412 Vocal Cord Paresis

RENAL

- 500 Renal - Other
501 Haemolytic Uraemic Syndrome
507 Malformation Bladder/Urethra
508 Malformation Kidney
509 Malformation Ureter / Hydronephrosis
502 Nephrotic and/or Nephritic Syndrome
503 Previous Renal Transplant
505 Renal Failure - Acute
504 Renal Failure Chronic
506 Urinary Tract Infection

GASTROINTESTINAL

- 600 Gastrointestinal – Other
631 Abdominal Compartment Syndrome
632 Appendicitis

633	Ascites	714	HIV
601	Bowel Obstruction	715	Influenza Virus
634	Cholestasis	731	Klebsiella
602	Colitis	716	Legionella
603	Gastroenteritis	732	Malaria
604	Gastrointestinal Haemorrhage	735	Measles Virus
628	Gastro Oesophageal Reflux	717	Meningococcus
605	Gastroschisis or Exomphalos	743	Moraxella
606	Hepatitis	718	Mycoplasma
635	Hepatitis - Ischaemic (Shock-Liver)	719	Parainfluenzae Virus
636	Hernia inguinalis	720	Pertussis
607	Intussusception	721	Pneumococcus
608	Liver Disorder – Other	722	Pneumocystis Carinii
609	Liver Failure – Acute	733	Pseudomonas
610	Liver Failure – Chronic	723	Rotavirus
611	Necrotising Enterocolitis	724	RSV
612	Oesophageal Atresia	725	Salmonella
613	Pancreatitis	726	Staphylococcus
614	Peritonitis	736	Staphylococcus MRSA
615	Pyloric Stenosis	734	Streptococcus Group B
616	Short Gut Syndrome	727	Streptococcus – Other
617	Ulcer – Duodenal	738	Tuberculosis
618	Ulcer – Gastric or Gastritis	728	Varicella
619	Varices – Oesophageal or Gastric Volvulus	729	Virus – Other
620	Biliary Atresia	799	No Organism Identified
621	Bowel Perforation		
637	Bowel Peforation focal Newborn		
622	Hirschsprung's Disease		
624	Oesophageal Foreign body		
638	Pneumoperitoneum		
625	Portal Hypertension		
626	Previous Liver Transplant		
629	Veno Occlusive Disease		
627	Volvulus		
			METABOLIC
		857	Acid-Base Disorder
		862	Cerebral Salt Wasting
		806	Dehydratation
		808	Diabetes Insipidus
		809	Diabete Mellitus with Ketoacidosis
		810	Diabetes Mellitus without Ketoacidosis
		811	Electrolyte Disorder
		812	Endocrine Disorder
		815	Hypoglycaemia
		820	Inborn error of metabolism
		841	Neonate - Infant of diabetic mother
			MISCELLANEOUS
		800	Miscellaneous - Other
		801	Acute Life Threatening Event (ALTE)
		802	Cardiac Arrest - in Hospital
		852	Carciac Arrest - in ICU
		803	Cardiac Arrest - Out of Hospital
		804	Chromosomal Anomaly
		805	Coagulopathy
		839	Craniosynostosis
		807	Dermatological Disorder
		863	Ex prem (for postprocedural: 1103)
		847	Haematological Disorder
		864	Haemolysis
		865	Haemophagocytic Lymphohistiocytosis (HLH)
		814	Home Ventilation Patient

- 866 Hyperbilirubinaemia Phototherapy
 867 Hyperbilirubinaemia Exchange Transfusion
 816 ICU Diagnostic Monitoring - Elective
 817 ICU Procedure (eg CVC Insertion)
 818 Immunodeficiency - Congenital
 819 Immunodeficiency - Acquired
 868 Infection - Congenital
 869 Infection - Nosocomial
 821 Leukaemia or Lymphoma
 870 Methaemoglobinemia
 822 Necrotising Fasciitis
 840 Neonate - Hydrops fetalis
 842 Neonate - Intrauterine Growth Restriction (IUGR)
 823 Neutropenia
 871 Ophthalmologic Disorders
 848 Organ Donor
 860 Osteomyelitis
 824 Pancytopenia
 825 Phaeochromocytoma
 826 Prematurity
 843 Previous bone marrow transplant
 872 Psychiatric Disorder
 827 Respiratory arrest - in Hospital
 851 Respiratory arrest - in ICU
 828 Respiratory arrest - out of Hospital
 861 Rhabdomyolysis
 844 Scoliosis
 829 Sepsis
 830 Shock - Cardiogenic
 831 Shock - Hypovolaemic
 873 Shock- Mixed
 832 Shock - Septic
 833 SIRS
 834 Solid Neoplasm - Malignant (not Lymphoma)
 835 Solid Neoplasm - Not Malignant
 836 Syndrome or Malformation (not Chromosomal)
 837 Toxic Shock Syndrome
 838 Transplant - Bone Marrow
 845 Tumor Lysis Syndrome
 846 Wound infection
- 1105 Massive Intraoperative Transfusion (> 1 Blood Volume)
 1109 PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)
 1108 Post Operative Bleeding
- CARDIAC SURGERY CLOSED**
- 1200 Cardiac Surgery Closed - Other
 1207 Chest Closure
 1201 Coarctation Repair
 1208 ECMO Cannulation / Exploration
 1209 Emergency Chest Opening
 1202 PA Band
 1203 Pacemaker Insertion or Revision
 1204 PDA Ligation
 1205 Systemic to Pulmonary Shunt
 1206 Valvulotomy - closed
- CARDIAC SURGERY OPEN**
- 1230 Cardiac Surgery Open - Other
 1231 Aortic Arch Reconstruction
 1232 Arterial Switch
 1233 ASD Repair
 1234 AVSD Repair (AV Canal)
 1235 Cardiac Tumour Resection
 1236 Cavo-Pulmonary Shunt (Glenn)
 1252 Conduit Repair or Replacement
 1253 Coronary Artery Repair
 1237 Fontan
 1238 LV Outflow Reconstruction
 1254 MAPCA's Surgery
 1239 Norwood Stage I
 1240 PA Plasty or Repair
 1255 Rastelli
 1241 RV Outflow Reconstruction
 1242 Senning
 1243 TAPVD Repair
 1244 Tetralogy of Fallot repair
 1245 Transplant - Heart
 1246 Transplant - Heart-Lung
 1247 Transplant - Lung
 1248 Truncus Repair
 1249 Valve Repair or Replacement
 1250 Valvotomy - Open
 1251 VSD Repair

POST PROCEDURAL DIAGNOSES

MISCELLANEOUS/ANAESTHETIC

- 1100 Post Procedure - Other
 1101 Anaesthetic Complication
 1106 Cardiac Catheter - Balloon Septostomy
 1102 Cardiac Catheter- Diagnostic
 1107 Cardiac Catheter - Interventional
 1103 Ex prem - post GA
 1104 Invasive Radiology Procedure

NEUROSURGERY

- 1300 Neurosurgery - Other
 1301 Craniotomy - Anterior Fossa
 1302 Craniotomy - Posterior Fossa
 1303 CSF Shunt Insertion or Revision
 1304 Decompression - Cranial
 1305 Decompression - Spinal
 1306 Hemispherectomy or Lobectomy
 1307 ICP Monitor or Vent. Drain Insertion
 1308 Intracranial Haematoma Evacuation

- THORACIC SURGERY**
- 1400 Thoracic Surgery - Other
 - 1401 Diaphragm Plication
 - 1402 Diaphragm Repair (CDH)
 - 1403 Lung Biopsy
 - 1404 Lung Decortication
 - 1405 Oesophageal Atresia Repair
 - 1406 Pneumonectomy or Lobectomy
 - 1407 Thoracic Tumour Resection
 - 1408 Tracheo-Oesophageal Fistula Repair
 - 1409 Tracheopexy
- ENT SURGERY**
- 1500 ENT - Other
 - 1501 Adenoidectomy and/or Tonsillectomy
 - 1502 Choanal Atresia Repair
 - 1503 Cricoid Split
 - 1504 Laryngeal Reconstruction
 - 1507 Tracheal Reconstruction / Tracheoplasty
 - 1505 Laryngobronchoscopy
 - 1506 Tracheostomy
- ABDOMINAL/GENERAL SURGERY**
- 1600 General Surgery - Other
 - 1601 Abdominal Tumour Resection
 - 1602 Appendectomy
 - 1603 Bladder Extrophy Repair
 - 1604 Burns Surgery
 - 1605 Fundoplication
- 1606 Gastroschisis or Exomphalos Repair
 - 1607 GI Endoscopy and/or Sclerotherapy
 - 1608 Intussusception Repair
 - 1609 Kasai
 - 1610 Laparotomy
 - 1615 Laparotomy - Bowel Obstruction
 - 1616 Laparotomy - Bowel Perforation
 - 1617 Laparotomy - GI Hemorrhage
 - 1618 Laparotomy - Necrotising Enterocolitis
 - 1619 Laparotomy - Peritonitis
 - 1620 Laparotomy - Trauma
 - 1611 Transplant - Kidney
 - 1612 Transplant - Liver
 - 1613 Transplant - Small Bowel
 - 1614 Urogenital Surgery - Other
- CRANIOFACIAL SURGERY**
- 1700 Craniofacial Surgery – Other
 - 1706 Cleft Palate Repair
 - 1701 Cranial Vault Reshaping
 - 1702 Dental Surgery
 - 1703 Facial Cleft Repair
 - 1704 Mandibular Mobilisation
 - 1705 Midface Mobilisation
- ORTHOPAEDIC SURGERY**
- 1800 Orthopaedic Surgery - Other
 - 1801 Fracture Fixation
 - 1802 Spinal Instrumentation

4.11 ANHANG 11: CROSSKODIERUNG DIAGNOSEN UND OP/INTERVENTIONEN MIT ZUSATZKOMMENTAREN

4.11.1 DIAGNOSEN

Code alt	neu	Diagnosegruppe	Kommentar
		Kardiovaskulär (Neo-Pädi: C0 oder ANZPIC numeric code)	
C1	C1	Akutes Koronarsyndrom (ischämische Herzkrankheit)	
C2	C2	Herzstillstand (St.n. Reanimation)	
C3	C3	Lungenembolie	
C4	C4	Herzinsuffizienz, kardiogener Schock	
C5	C5	Aortenaneurysma / -dissektion	
C6	C6	Rhythmusstörung / -Überwachung	
C9	C9	Andere kardiovaskuläre Erkrankung	inklusive entzündliche Erkrankungen Kardiovaskulär (z.B. Endokarditis, Myokarditis)
		Respiratorisch und HNO (Neo-Pädi: R0 oder ANZPIC numeric code)	
R1	R1	ARDS (acute respiratory distress syndrome)	vgl. ARDS Definition Task Force. JAMA 2012 307: 2526
R2	R2	COPD oder Asthma	
R3	R3	Pneumonie (bakteriell, viral, usw.), akute Bronchitis	
R4	R4	Andere Infektion des Respirationstraktes / im HNO-Bereich	
R5	R5	Neoplasie der intrathorakalen Organe (exkl. Trachea)	
R6	R6	Neoplasie des Atemapparates (Mund / Sinus / Larynx / Trachea)	
R9	R9	Andere respiratorische oder HNO-Erkrankung	inklusive entzündliche Erkrankungen respiratorisch und HNO (sofern nicht R1-R4)
		Gastrointestinal (Neo-Pädi: G0 oder ANZPIC numeric code)	
G1	G1	Krankheiten der Leber und der Gallenwege	
G2	G2	Akute Pankreatitis	
G9	G3	Gastrointestinale Blutung	
G9	G4	Neoplasie gastrointestinal	
G9	G5	Ileus	
G9	G6	Gastrointestinaler Infekt, Perforation	(inkl. entzündliche GI Erkrankungen, sofern nicht G1, G2, G6)
G9	G9	Andere GI Erkrankung	
		Neurologisch (Neo-Pädi: N0 oder ANZPIC numeric code)	
N1	N1	Subarachnoidalblutung	
N2	N2	Intrakranielle oder intracerebrale Blutung	
N3	N3	Hirnschlag (Stroke)	
N4	N4	Krampfanfall (Epilepsie)	
N5	N5	Infektion des Nervensystems	
N6	N6	Neuromuskuläre Erkrankung	
N9-A9	N7	Delir	
N9	N8	Neoplasie cerebral/intrakraniell	
N9	N9	Andere neurologische Erkrankung	

		Metabolisch-Endokrin (Neo-Pädi: M0 oder ANZPIC numeric code)
M1	M1	Diabetes, diabetische Entgleisung
M2	M2	Medikamentenüberdosierung / -intoxikation
M9	M3	Elektrolyt-Entgleisung
M9	M9	Andere metabolische oder endokrine Erkrankung, Mangelernährung, Adipositas
		Trauma (Neo-Pädi: T0 oder ANZPIC numeric code)
T1	T1	Schädel-Hirn-Trauma (mit oder ohne Polytrauma)
T2	T2	Mono- / Polytrauma (ohne Schädel-Hirn-Trauma)
T3	T3	Verbrennung
T9	T9	Trauma, anderes
		Urogenital (Neo-Pädi: U0 oder ANZPIC numeric code)
A3	U1	Nierenversagen
A3-A1	U2	Infekt Urogenital
A3	U3	Neoplasie Urogenital
A3	U9	Anderes Urogenital
		Andere (Neo-Pädi: A0 oder ANZPIC numeric code)
A1	A1	Sepsis
A2	A2	Septischer Schock
A3	U1	bis U3:- Krankheiten des Urogenitalsystems
A4	A4	Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett
A5	A5	Hämatolog. Erkrankung (inkl. Neoplasie)
A9	A9	Andere Diagnose
		vgl. Singer M et al. JAMA 2016 315: 801-810
		bis MDSi 28 inklusive "schwere Sepsis".
		ab MDSi 29 wird A3 nicht mehr verwendet (ersetzt durch U1-U3)
		inklusive infektiöse und parasitäre Erkrankungen, sofern nicht anderswo codiert.

4.11.2 OP-INTERVENTIONEN

Code alt	neu	OP - Interventionstyp	Kommentar
0	0	keine Intervention	
10	10	Andere Intervention kardiovaskulär	
11	11	Intervention an Herzgefäßen (chirurgisch)	
12	12	Intervention an Herzkappen und -septen (chirurgisch, alle Zugänge)	
15	15	Intervention an der Aorta (chirurgisch; thorakal oder abdominal)	
20	20	PCI (PTCA) und ähnliche Verfahren	
12	21	Intervention an Herzkappen und -septen (nicht- chirurgisch, alle Zugänge)	
10	22	Intervention neurovaskulär (nicht chirurgisch)	
15	23	Intervention an den grossen Gefäßen (nicht chir.)	
10	24	Rhythmus-Intervention (inkl. Schrittmacher)	
10	25	Anlage eines Assist-Device (alle Techniken)	
30	30	Intervention im Bereich HNO / Kiefer	
		Intervention an Lunge, Bronchus, Brustwand,	
30	35	Pleura, Mediastinum und Zwerchfell (chirurgisch offen, jeder Zugang)	
		Intervention an Lunge, Bronchus, Brustwand,	dazu gehört auch Bronchoskopie,
30	36	Pleura Mediastinum und Zwerchfell: Nicht- chirurgisch oder videoassist. Thoraxchirurgie (VATS)	Bronchoalveloäre Lavage (z.B. Alveolär-Proteinose), Einlegen von Stents, etc.)
40	40	Intervention im GI-Bereich	
50	50	Intervention im neurologischen System	
80 - 50	55	Wirbelsäulen-chirurgie (unabhängig vom Fachgebiet)	Orthopädie, Neurochirurgie
60	60	Intervention Urologie	Inkl. Akut-Nierenersatzverfahren
70	70	Intervention Gynäkologie / Geburtshilfe	
80 oder 50	80	Intervention Orthopädie	Inklusive OP nach Trauma am Bewegungsapparat, aber ohne Wirbelsäulen-Chirurgie
			umfasst alle Organtransplantationen (inkl. Revisions-OP, OP bei Transplantat-Versagen)
90	90	Transplantationschirurgie	
99	99	Andere Intervention	