

MINIMALER DATENSATZ DER SGI MDSi

V. 28d_2018

0 ZUSAMMENFASSUNG

Ziele

Der minimale Datensatz der SGI (MDSi)

- Liefert einen Teil der Daten, die benötigt werden
 - Für die allgemeine Anerkennung (Zertifizierung) einer Intensivstation (IS)
 - Für die Anerkennung einer IS für die Weiterbildung für Ärzte und Pflegenden
 - Für den Datensatz des Bundesamtes für Statistik (BfS) und für SwissDRG
- Unterstützt das Qualitätsmanagement der einzelnen IS
 - Durch Definition eines standardisierten Datensatzes,
 - Durch Erstellen von Kennzahlen für die einzelne IS,
 - Durch Ermöglichen eines Benchmarking.
- Liefert Daten zum Leistungsnachweis der Intensivmedizin
- Kann epidemiologische Forschung unterstützen

Inhalte

Der minimale Datensatz der SGI (MDSi) umfasst Informationen

- Zur allgemeinen Charakterisierung der einzelnen IS (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 IS,
 - Schweregrad der akuten Erkrankung,
 - Aufenthaltsdauer auf der IS,
 - IS spezifischer Aufwand-Score (einmal pro Patient und pro Pflege-Schicht zu erfassen)
- Zur Charakterisierung des Ergebnisses der Behandlung (Ergebnisqualität),
 - z.B.: Status bei IS- (Spital-) Austritt

Umsetzung

Der minimale Datensatz der SGI (MDSi)

- Ist obligatorisch für alle anerkannten IS.

- Kann auch für andere Einheiten (nicht anerkannte IS, Intermediate-Care Stationen, usw.) erhoben werden.
- Wird durch ein Aufsichtsorgan, das vom Vorstand der SGI gewählt wird, überwacht (unter Einbezug von interessierten Partnern ausserhalb der SGI).
- 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 ist. Änderungen werden spätestens sechs Monate vor Beginn ihrer Gültigkeit durch die KDS angekündigt. Sie werden in der Regel auf den 01. Januar des nachfolgenden Jahres in Kraft gesetzt.

1 MINIMALER DATENSATZ DER SGI (MDSI): ZIELE

Der minimale Datensatz der SGI

- Liefert einen Teil der Daten, die benötigt werden
 - Für die Anerkennung einer IS (Vgl.: Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen durch die SGI)
 - Für die Anerkennung einer IS für die Weiterbildung:
 - der Ärzte (Facharzt Intensivmedizin)
 - der Pflegenden (Diplomierter Pflegefachmann Intensivpflege)
 - Für den Datensatz des BfS und für SwissDRG
- Unterstützt das Qualitätsmanagement der einzelnen IS
 - 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
 - IS spezifischer Aufwand pro Patient
 - Anzahl Beatmungstage pro Patient
 - Ergebnis der Behandlung
 - IS- (Spital-) Mortalität von Patienten mit IS-Aufenthaltsdauer > 7 Tage
 - % IS-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 IS und der Gesamtheit aller IS der Schweiz oder der entsprechenden Unter-Gruppe
 - Erstellen der Kennzahlen 1x pro Jahr, jederzeit durch den berechtigten Nutzer
 - Gruppeneinteilung gemäss Kapitel „Inhalte“, Abschnitt „Art der IS“ und „Kategorie der IS“
- Liefert Daten zum Leistungsnachweis der Intensivmedizin 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 IS
 - Durch eine Erfassung der Anzahl sich in Ausbildung befindenden Pflegefachpersonen und Ärzte
 - Zu Händen der zuständigen Gremien der SGI (vgl. Anhang 3)
- Kann Forschung unterstützen.

2 MINIMALER DATENSATZ DER SGI (MDSi): INHALTE

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

2.1 ALLGEMEINE DATEN DER IS

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

2.1.1 IS-ID

[NNN]

2.1.2 ANZAHL PLANBETTEN (BETTEN PRO TAG [JAHRESDURCHSCHNITT])

[NN.N]

2.1.3 BETTEN

2.1.3.1 ANZAHL BETRIEBENE IS-BETTEN PRO TAG [JAHRESDURCHSCHNITT]) [NN.N]

2.1.3.1.1 DAVON ANZAHL BETRIEBENE MIT BEATMUNG¹ [NN.N]

2.1.3.2 ANZAHL 24H/7D-IMC-BETTEN IM SPITAL (SELBSTSTÄNDIG AUSSERHALB IS)² [NN.N]

2.1.3.3 ANZAHL ÜBRIGE IMC-BETTEN IM SPITAL (SELBSTSTÄNDIG AUSSERHALB IS)³ [NN.N]

2.1.4 ART DER IS

[INTERDISZIPLINÄR] – [MEDIZIN] – [CHIRURGIE] –

[PÄDIATRISCH/NEONATOLOGIE] – [IMC] – [ANDERE⁴]

[.]

2.1.5 DATEN ZUM PERSONALBESTAND PFLEGE

2.1.5.1 PFLEGEFACHPERSONEN DIREKT AM BETT TÄTIG (FTE) JEWEILS [NNN.N]

2.1.5.1.1 DIPL. EXPERTIN/EXPERTE INTENSIVPFLEGE NDS HF

2.1.5.1.2 DIPL. PFLEGEFACHPERSONAL MIT ZUSATZAUSBILDUNG IP-AUSLAND, MIT SGI-AEQUIVALENZ

¹ Beatmungsmöglichkeit während 24 Stunden pro Tag, Invasiv und nicht-invasiv zählt gleichermassen

² Permanent betriebene IMC-Betten (24 Std. pro Tag, 7 Tage pro Woche)

³ IMC-Betten, die weniger als 24 Std. pro Tag/7 Tage pro Woche offen sind

⁴ Inklusive spezialisierte Stationen wie z.B. Herzchirurgie, Neurochirurgie, Verbrennungsstation, usw

2.1.5.1.3	DIPL. PFLEGEFACHPERSONAL MIT ZUSATZAUSBILDUNG IP-AUSLAND (OHNE SGI-AEQUIVALENZ), NDS ANAPFLEGE, NDS NFPFLEGE		
2.1.5.1.4	DIPL. PFLEGEFACHPERSONAL IN WB (NDS HF IP)		
2.1.5.1.5	DIPL. PFLEGEFACHPERSONAL (GRUNDAUSBILDUNG DIPLOM HF/FH CH ODER AUSLAND MIT CH REGISTRIERUNG)		
2.1.5.1.6	FACHMANN/FACHFRAU GESUNDHEIT EFZ (FAGE)		
2.1.5.2	PFLEGEFACHPERSONEN NICHT DIREKT AM BETT TÄTIG (FTE)	JEWELLS	[NNN.N]
2.1.5.2.1	FÜHRUNGSVERANTWORTLICHE / MANAGEMENT		
2.1.5.2.2	PFLEGEEXPERTEN/-EXPERTIN		
2.1.5.2.3	BERUFSBILDNER, KLINIKLEHRER		
2.1.5.3	ZUSÄTZLICHES PERSONAL IM BEREICH PFLEGE (FTE)	JEWELLS	[NNN.N]
2.1.5.3.1	PFLEGEHILFSPERSONAL (PFLEGE-ASSISTENEN, PFLEGEHILFEN, USW)		
2.1.5.4	BEWILLIGTE ABER NICHT BESETZTE STELLEN PFLEGE (FTE)	JEWELLS	[NNN.N]
2.1.5.4.1	DIPL. PFLEGE AM KRANKENBETT		
2.1.5.4.2	DIPL. PFLEGE NICHT AM KRANKENBETT		
2.1.5.4.3	TOTAL PFLEGEHILFSPERSONAL		
2.1.5.5	BERECHNETE STELLEN ⁵	JEWELLS	[NNN.N]
2.1.5.5.1	TOTAL DIPL. PFLEGE AM KRANKENBETT		
2.1.5.5.2	TOTAL DIPL. PFLEGE NICHT AM KRANKENBETT		
2.1.5.5.3	TOTAL DIPL. PFLEGE (AM/NICHT AM KRANKENBETT)		
2.1.5.5.4	TOTAL PFLEGE UND HILFEN		
2.1.5.5.5	FAGE ANGESTELLT: MAXIMAL ZUGELASSENE STELLEN		
2.1.5.5.6	TOTAL DIPL. EXPERTIN/EXPERTE IP NDS HF (CH UND AUSLÄNDISCHE DIPLOME)		

2.1.6 DATEN ZUM PERSONALBESTAND ÄRZTE

2.1.6.1	ÄRZTE (FTE)	JEWELLS	[NNN.N]
---------	-------------	---------	---------

⁵ Daten zu 2.1.5.5 müssen nicht im online-Erfassungstool eingegeben werden sondern werden auf Grund der Angaben in Ziff. 2.1.5.1-4 automatisch berechnet.

2.1.6.1.1	CA (FACHARZT IM ODER SGI-AEQUIVALENZ)		
2.1.6.1.2	LA (FACHARZT IM ODER SGI-AEQUIVALENZ)		
2.1.6.1.3	OA (FACHARZT IM ODER SGI-AEQUIVALENZ)		
2.1.6.1.4	KADERÄRZTE (CA/LA/OA) OHNE FA IM ODER OHNE SGI-AEQUIVALENZ		
2.1.6.1.5	ASSISTENZÄRZTE MIT FACHARZT IM		
2.1.6.1.6	ASSISTENZÄRZTE IN WB ZUM FACHARZT IM		
2.1.6.1.7	ASSISTENZÄRZTE, ÜBRIGE		
2.1.6.2	BEWILLIGTE ABER NICHT BESETZTE STELLEN (FTE)	JEWEILS	[NNN.N]
2.1.6.2.1	ASSISTENZÄRZTE IN WB ZUM FACHARZT IM		
2.1.6.2.2	FACHÄRZTE IM (AA/OA/LA/CA)		
2.1.6.3	BERECHNETE STELLEN (FTE) ⁶	JEWEILS	[NNN.N]
2.1.6.3.1	TOTAL AERZTE		
2.1.6.3.2	TOTAL ASSISTENZÄRZTE		
2.1.6.3.3	TOTAL KADER (OA/LA/CA)		
2.1.6.3.4	TOTAL FACHÄRZTE IM (AA/OA/LA/CA)		

2.1.7 DATEN ZUM PERSONALBESTAND ANDERES PERSONAL

2.1.7.1	PERSONAL ANDERES	JEWEILS	[NNN.N]
2.1.7.1.1	ADMINISTRATIVES PERSONAL (SEKRETARIAT)		
2.1.7.1.2	ADMINISTRATIVES PERSONAL (CONTROLLING, INFORMATIKER, USW.)		
2.1.7.1.3	ZUSATZFUNKTIONEN (MATERIAL, HYGIENE, NICHT DIREKT AM PATIENTENBETT TÄTIG)		
2.1.7.1.4	PHYSIOTHERAPIE		
2.1.7.1.5	ÜBRIGE (LABORANT, FORSCHUNG, ANDERE)		
2.1.7.1.6	ANDERES PERSONAL (FTE)		
2.1.7.2	BEWILLIGTE ABER NICHT BESETZTE STELLEN (FTE) ANDERES	JEWEILS	[NNN.N]

⁶ Daten zu 2.1.6.3 und 2.1.7.3 müssen nicht im online-Erfassungstool eingegeben werden sondern werden auf Grund der Angaben in Ziff. 2.1.6.1-2.1.7.2 automatisch berechnet.

2.1.7.2.1 TOTAL ANDERES PERSONAL

2.1.7.3 TOTAL BESETZE STELLEN (BERECHNET) JEWEILS [NNN.N]

2.1.7.3.1 TOTAL ANDERES PERSONAL

2.1.7.3.2 TOTAL PERSONAL

2.1.8 SICHTBARKEIT INFORMATION

2.1.8.1 [KEINE] [NUR SGI-INTERN⁷] [AUCH EXTERN: WWW.SGI-SSMI.CH] [K / I / E]

2.1.9 ANERKENNUNG („ZERTIFIZIERUNGEN“)

2.1.9.1 ALLGEMEINE ANERKENNUNG ALS IS (DURCH ZK-IS) IM JAHR [NNNN]

2.1.9.2 WEITERBILDUNG VON ÄRZTEN INTENSIVMEDIZIN (SGI-KWFB,SIWF)IM JAHR [NNNN]

2.1.9.2.1 KATEGORIE DER IS (GEMÄSS WEITERBILDUNGSPROGRAMM)⁸ [AU]–[A]–[B]–[C]–[KEINE]

2.1.9.3 ANERKENNUNG ALS LERNORT NDS HF IP IM JAHR [NNNN]

2.1.10 DATENSATZVERANTWORTLICHE PERSONEN DER IS/IMC

2.1.10.1 PFLEGE-VERTRETUNG

2.1.10.1.1 ANREDE

2.1.10.1.2 NAME

2.1.10.1.3 VORNAME

2.1.10.1.4 BEZEICHNUNG DER IS

2.1.10.1.5 SPITAL

2.1.10.1.6 ADRESSE

2.1.10.1.7 ORT

2.1.10.1.8 PLZ

2.1.10.1.9 E-MAIL

2.1.10.1.10 TELEPHON

2.1.10.1.11 FAX

⁷ Im Passwort-geschützten Bereich des SGI-SSMI Web-Portals

⁸ vgl. auch „Weiterbildungsprogramm Facharzt Intensivmedizin“ (Stand 30.03.06). (Kategorie = fr: catégorie)

2.1.10.2 ÄRZTE-VERTRETUNG

2.1.10.2.1 ANREDE

2.1.10.2.2 NAME

2.1.10.2.3 VORNAME

2.1.10.2.4 BEZEICHNUNG DER IS

2.1.10.2.5 SPITAL

2.1.10.2.6 ADRESSE

2.1.10.2.7 ORT

2.1.10.2.8 PLZ

2.1.10.2.9 E-MAIL

2.1.10.2.10 TELEPHON

2.1.10.2.11 FAX

Gleiche Angaben auch für die Pflegeleitung und den ärztlichen Leiter der IS

2.1.11 INDIKATOREN STRUKTURQUALITÄT⁹

2.1.11.1 CIRS SYSTEM TRUE/FALSE

2.1.11.2 VISITEN UND PATIENTENBESPRECHUNGEN TRUE/FALSE

2.1.11.3 SCHRIFTLICHEN BERICHT BEI AUSTRITT TRUE/FALSE

2.1.11.4 INVOLVEMENT INFECTIOLOGIE TRUE/FALSE

Fakultativ:

2.1.12 WEITERBILDUNGSVERANTWORTLICHE PERSONEN DER IS/IMC

2.1.12.1 PFLEGE-VERTRETUNG [_____]

2.1.12.1.1 ANREDE [_____]

2.1.12.1.2 NAME [_____]

2.1.12.1.3 VORNAME [_____]

2.1.12.1.4 BEZEICHNUNG DER IS [_____]

⁹ Rhodes, et al. Prospectively defined indicators ..., Intensive Care Med (2012) 38:598–605. Definitionen im Anhang 1

2.1.12.1.5 SPITAL	[_____]
2.1.12.1.6 ADRESSE	[_____]
2.1.12.1.7 ORT	[_____]
2.1.12.1.8 PLZ	[NNNN]
2.1.12.1.9 E-MAIL	[_____]
2.1.12.1.10 TELEFON	[_____]
2.1.12.1.11 FAX	[_____]
2.1.12.2 ÄRZTE-VERTRETUNG	
2.1.12.2.1 ANREDE	[_____]
2.1.12.2.2 NAME	[_____]
2.1.12.2.3 VORNAME	[_____]
2.1.12.2.4 BEZEICHNUNG DER IS	[_____]
2.1.12.2.5 SPITAL	[_____]
2.1.12.2.6 ADRESSE	[_____]
2.1.12.2.7 ORT	[_____]
2.1.12.2.8 PLZ	[NNNN]
2.1.12.2.9 E-MAIL	[_____]
2.1.12.2.10 TELEFON	[_____]
2.1.12.2.11 FAX	[_____]

2.2 ALLGEMEIN ADMINISTRATIVE DATEN PRO PATIENT

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

2.2.1 MDS-ID (IS-FALL-IDENTIFIKATION)

[NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN]

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:

GESTATIONSALTER (FORMAT WW [WOCHEN]-D[TAGE] SSW) [NN]-[N]

GEBURTSGEWICHT (KG.GGG) [N.NNN]

2.2.4.2 AUFNAHMEGEWICHT (KG)

[NNN.NNN]

2.2.4.3 GRÖSSE (CM)

[NNN]

2.2.5 ZEITPUNKT DER AUFNAHME IN DIE IS

[DD.MM.YYYY HH:MM]

2.2.6 UNMITTELBARE HERKUNFT DES PATIENTEN

[NOTFALLSTATION] – [OP / POST-INTERVENTIONELL / GEBÄRSAAL] –

[ANDERE IS] – [IMC / HDU / AWR] – [ABTEILUNG] – [ANDERE]

[.]

2.2.7 AUFENTHALTSORT VOR SPITALEINTRITT

[ZUHAUSE] – [ANDERES SPITAL] – [ANDERE]

[.]

2.2.8 WIEDEREINTRITT < 48 STUNDEN

[JA] – [NEIN]

2.2.9 GEPLANTER EINTRITT

[JA] – [NEIN]

2.2.10 ZEITPUNKT DER VERLEGUNG AUS DER IS

[DD.MM.YYYY HH:MM]

2.2.11 VERLEGUNGS-ORT DES PATIENTEN AUS INTENSIVSTATION:

[GLEICHES SPITAL, ABTEILUNG] – [GLEICHES SPITAL, IMC / HDU / AWR]¹⁰ –

¹⁰ Eine Verlegung in eine interne, assoziierte IMC-Station wird als Verlegung kodiert

[GLEICHES SPITAL, ANDERE IS] – [GLEICHES SPITAL, ANDERES] – [ANDERES SPITAL, IS/IMC] – [ANDERES SPITAL, NICHT IS/IMC] – [VERSTORBEN] – [AKUT REHAB] – [NACH HAUSE] – [ANDERES]
[.]

2.2.12 THERAPIE-EINSCHRÄNKUNG¹¹

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-AUFENTHALT NACH AUSTRITT

[DD.MM.YYYY HH:MM]

2.3 IS-SPEZIFISCHE DIAGNOSE

Einmal pro Patient und IS-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 IS-EINTRITT (VGL. ANHANG 2)

[.]

2.3.3 NUR FÜR PATIENTEN MIT TRAUMA: ABBREVIATED INJURY SEVERITY SCORE (AIS)¹²

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

¹¹ Gemäss Definitionen www.SAMW.ch: „Intensivmedizinische Massnahmen“, „Mesures de soins intensifs“ 2013. Siehe auch Anhang 1 „Therapie-Einschränkungen“

¹² Fakultativ für neonatolog.-pädiatrische Stationen

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)

[.]

2.3.5 SCHWEREGRAD DER AKUTEN ERKRANKUNG:

2.3.5.1 SAPS-II¹³

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

2.3.5.2 PIM II:

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

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 IS-VERLAUF (VGL. ANHANG 2)

[.]

2.4 IS SPEZIFISCHER AUFWAND PRO PATIENT

2.4.1 IS SPEZIFISCHER AUFWAND-SCORE (NEMS)

[NNN]

Einmal pro Pflege-Schicht zu erheben¹⁴.

Für IS mit 2 Pflegeschichten pro Tag gelten die Definitionen sinngemäss.^{15 16}

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]

¹³ Anmerkung: Zu registrieren ist der „vermutete“ GCS, vgl. Anhang 1.

¹⁴ Auch angebrochene (nur teilweise benutzte) Pflege-Schichten werden dokumentiert

¹⁵ Die SGI-Kategorie wird gemäss den Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen auf Basis von NEMS und SAS errechnet. Die Zahl des NEMS-Score (Pt. 2.4.1.1) wird automatisch aus den Feldern 2.4.1.1.1-9 errechnet. Umrechnung vgl. Anhang 9

¹⁶ Die Definition der einzelnen NEMS- und der SAS-Elemente ist in Anhang 7 gegeben.

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 IS	[JA][NEIN]
2.4.1.9	SPEZIFISCHE INTERVENTION AUSSERHALB DER IS	[JA][NEIN]

2.4.2 UNRUHE- SCORE (SAS)

[N]

2.4.3 ISOLATION¹⁷

[JA][NEIN=DEFAULT]

2.4.4 ECMO

[JA][NEIN=DEFAULT]

2.4.5 ORGANVERSAGEN SOFA-SCORE

2.4.5.1	SOFA0 (TAG0)	[NN]
2.4.5.2	SOFA1 (TAG1)	[NN]
2.4.5.3	SOFA2 (TAG2)	[NN]
2.4.5.4	SOFA3 (TAG3)	[NN]
2.4.5.5	SOFA4 (TAG4)	[NN]
2.4.5.6	SOFA5 (TAG5)	[NN]
2.4.5.7	SOFA6 (TAG6)	[NN]
2.4.5.8	SOFA7 (TAG7)	[NN]

2.4.5.9 SOFA (EINTRITTSTAG =0) ¹⁸ [6:NNNNNN]

I

2.4.5.10 SOFA.. (TAGX, BIS AUSTRITTSTAG) [X:AGLKZR]

2.5 ERGEBNIS

¹⁷ Vgl. Anhang 1. DEFAULT bedeutet, dass ohne explizite Kodierung NEIN angenommen wird

¹⁸ SOFA = Daten des angebrochenen Eintrittstag bis 07:00 des Folgetages (dann weiter in 24h-Intervallen) Format = TagNachEintritt: A-Atmung-G-Gerinnung-L-Leber-K-Kreislauf-ZNS-R-Renal (Werte jeweils von 0-4,9).

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

- | | |
|---|-----------|
| 2.5.1 STATUS BEI SPITAL-AUSTRITT¹⁹ | [LEBT] |
| – [GESTORBEN] | |
| 2.5.2 STATUS 28 TAGE NACH IS-EINTRITT²⁰ | [LEBT] |
| – [GESTORBEN] | |
| 2.5.3 STATUS 12 MONATE NACH IS-EINTRITT²¹ | [LEBT] |
| – [GESTORBEN] | |
| 2.5.4 LEBENSQUALITÄT 12 MONATE NACH IS-EINTRITT²² | [. . . . |
| .] | |

2.6 OPTIONALE DATENELEMENTE

2.6.1 EINMAL PRO PATIENT UND IS-AUFENTHALT

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

¹⁹ Fakultativ

²⁰ Fakultativ

²¹ Fakultativ

²² Fakultativ (SF-36, SF-12 oder EQ-5D), auf separatem Formular zu erheben

3 MINIMALER DATENSATZ DER SGI (MDSi): UMSETZUNG

3.1 VERANTWORTLICHKEITEN

3.1.1 AUFSICHTSORGAN

Die Kommission Datensatz der SGI (SGI-KDS) ist Aufsichtsorgan. Die SGI-KDS ist eine Kommission gemäss Statuten der SGI.

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

Die SGI-KDS überwacht die korrekte Umsetzung von Daten-archivierung und -auswertung, inklusive Weitergabe von Daten an berechtigte Dritte (vgl. Kapitel 3.4, unten) und steuert die Weiterentwicklung des MDSi. Im Übrigen gilt das Reglement der SGI-KDS 04.

3.1.2 BETREIBER DER DATENBANK

3.1.2.1 ALLGEMEINES

Gewählt durch den Vorstand der SGI, auf Antrag der KPK. Vertragliche Regelung zwischen der SGI (vertreten durch den Vorstand) und dem Betreiber, sowie zwischen jedem einzelnen Teilnehmer und dem Betreiber.

3.1.2.2 PFLICHTEN / KOMPETENZEN

Betreibt und unterhält die Datenbank zum minimalen Datensatz der SGI. 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 MDSi-Datenbank im Auftrag der SGI durch externen Provider.

Lokale Datenerfassung auf der einzelnen IS. 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 der 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 MDSi-Datenbank)

3.2.2 UNTERHALT DER APPLIKATION

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

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

3.3.1 ERHEBUNGSPHASE

Daten werden von der betreffenden IS erfasst. Die Erfassung erfolgt entweder mit einer speziellen lokalen Datenerfassungs-Software oder über eine bereits vorhandenen lokale Datenbank (vgl. unten). Die SGI-KAI überprüft anlässlich ihres Audits zur Zertifizierung resp. Re-Zertifizierung einer Station die Prozesse der Datenerhebung für den MDSi. Jede Einheit ist verantwortlich dafür, dass die Daten für den MDSi korrekt erhoben werden. Die Verbindung zwischen Pseudonym (MDS-ID) und Daten, die eine Identifikation der Person erlauben (z.B. Name, Geburtsdatum), ist nur der betreffenden IS 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 SGI 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-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 KDS überwacht, dass die einzelnen IS 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 IS 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 3) ist möglich (Passwortgeschützt).

3.3.5 PUBLIKATION

Selektive Kennzahlen können in allgemeiner Weise nur SGI-intern oder auf der Website der SGI nach aussen publiziert werden. Jede IS 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 und von SGI-Forschungsprojekten möglich .
- Ein Projektplan kann von jedem SGI-Mitglied eingereicht werden und muss auf Antrag von SGI-KDS und SGI-WIKO vom SGI-Vorstand genehmigt werden.
- Ein anonymisierter Datenauszug aus der zentralen SGI-Datenbank ohne MDS-ID und ohne Stations-ID ist einzig durch den Vorstand der SGI zu genehmigen.
- Ein anonymisierter Datenauszug mit Stationsidentifikation setzt eine Einwilligung der betreffenden IS 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 IS 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 IS): Kosten: SFr 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 1.1.2008.

Rechnungsstellung durch das SGI-Sekretariat. Vergütung an den zentralen Datenbankbetreibers (Protecdata) gemäss Vertrag zwischen SGI und Protecdata.

4 ANHAENGE

4.1 ANHANG 1: DEFINITIONEN, ERLÄUTERUNGEN UND ABKÜRZUNGEN

AIS	Abbreviated injury scale pro Körperregion (AIS, Revision 1990). Wird als Basis zur Berechnung des injury severity scores ($\rightarrow$ ISS; $\rightarrow$ Score) ²³ 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. ²⁴). Die Summe der Quadrate der 3 am schwersten verletzten Körperregionen ergibt den ISS ($\rightarrow$ ISS).
Aufenthaltsdauer	Aufenthalt auf der $\rightarrow$ IS, gemessen in Tagen. Oft wird die Abkürzung LOS (length of stay) benützt. Berechnung: $(\text{Austrittsdatum/Zeit}) - (\text{Eintrittsdatum/Zeit}) =$ Aufenthaltsdauer gemessen in Minuten / 1440 = nnn.n Tage. Der $\rightarrow$ <i>Pflegetag</i> stellt eine auf Schichtlänge (in der Regel 8 oder allenfalls 12 Stunden) gerundete alternative Masszahl zur Abschätzung der Aufenthaltsdauer dar.
Aufenthaltssort vor Spitaleintritt	Spitaleintritt = Eintritt in das Spital, zu dem die betreffende Intensivstation gehört. Eingeteilt nach: Zuhause (inklusive Krankenhaus, Pflegeheim, von der Strasse) – anderes Spital (Psychiatrische Klinik, anderes Krankenhaus) – andere vgl. auch $\rightarrow$ <i>Unmittelbare Herkunft des Patienten</i>
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 $\rightarrow$ <i>Beatmung</i> / 3 (resp. / 2, analog <i>Pflegetag</i>).
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 IS mit der Gesamtheit aller IS, die am Datensatz-Projekt teilnehmen. Zusätzlich soll die Möglichkeit bestehen, mit einer Untergruppe aller IS zu vergleichen. Die Untergruppen sind definiert gemäss „Art der IS“ und „Kategorie der IS“ (vgl. Kapitel „Minimaler Datensatz der SGI: Inhalte“). Wichtig: Die Entsprechenden Daten einer einzelnen IS sind nur für die jeweilige IS einsehbar.
Betriebene Betten	Anzahl der $\rightarrow$ <i>Planbetten</i> , die effektiv durch Patienten belegt werden können. Diese Zahl kann kleiner sein als die Planbettenzahl. Grund hierzu ist oft, dass Stellen nicht besetzt

²³ 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

²⁴ <http://www.trauma.org/index.php/main/article/510>

werden können. Andere Gründe sind gelegentlich ein übermässiger Personalmangel wegen Abwesenheit infolge Krankheit, Weiterbildung, usw.

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 ²⁵ (→ 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 IS mit unterschiedlichen Systemen sind deshalb nicht sinnvoll. Anstelle dieses Parameters wird ein sog. IS spezifische 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 MDSi 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 IS-Verlauf	Diagnose, die den wichtigsten Grund für den IS-Aufenthalt als Ganzes beschreibt (analog zur Definition Hauptdiagnose gemäss WHO, derjenige Zustand, der am Ende des IS-Aufenthaltes als Diagnose feststeht und der Hauptanlass für die Behandlung und Überwachung des Patienten war). Die Diagnose im IS-Verlauf muss nicht identisch sein mit der → Erst-Diagnose. Die Diagnose im IS-Verlauf wird bei Abschluss des IS-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 IS. Die Diagnose im IS Verlauf soll helfen zu analysieren, weshalb Patienten verlängert in der IS 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 im IPS 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 IPS 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 IPS Aufenthalt wird. Pädiatrie: Hier kommt keine "Post-Procedural-Diagnosis". Beispiel: Patient kommt

nach VSD-Op auf die IS: Wichtigste Diagnose im IS-Verlauf: VSD (223)
(Eintrittsdiagnose: 1100, Intervention: 1251)

Erst-Diagnose	„Eintritts-Diagnose“ = „etablierte Erst-Diagnose“ = Diagnose, die den Grund zur IS-Aufnahme am besten umschreibt. Die Erst-Diagnose wird spätestens innerhalb der ersten 24 Stunden nach IS-Eintritt festgelegt. Die Erst-Diagnose muss nicht identisch sein mit der → <i>Diagnose im IS-Verlauf</i> . Pädiatrie: Bei Eintritt nach einem Eingriff muss hier "Post-Procedure-Other" (1100) codiert werden.
	GCS Glasgow coma scale (→ Score) ²⁶ . Beim sedierten oder intubierten Patienten wird der Score angegeben, den der Patient vermutlich ohne Sedation hätte („angenommener“ GCS bzw. "letzter bekannter" GCS).
FAGE	Fachmann/Fachfrau Gesundheit EFZ . Gemäss Richtlinien für die Zertifizierung von Intensivstationen (IS) durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) (03.09.2015): maximal zugelassene Stellen: 5% der besetzten Stellen des Pflegepersonals am Bett.
FTE	Angaben als Stellen (%), wobei 100% = 1 Stelle während eines Jahres zu 100% besetzt (= FTE = full time equivalent = EPT = équivalent plein-temps).
Geplanter IS-Eintritt	IS-Eintritt, der mindestens 12 Stunden vor der Aufnahme des Patienten in die → IS angemeldet wurde (z.B. durch entsprechenden Kommentar auf dem OP-Programm, durch telefonische Anmeldung, Standardprocedere, usw.). Eintritte, die ins reguläre Ops Programm aufgenommen und nachgemeldet werden (z.B. Anmeldung auf IPS vergessen) gelten als geplante Eintritte ? Eintritte, die ins Notfall-Ops Programm aufgenommen und dann angemeldet werden gelten als ungeplante Eintritte Für Wiedereintritte (< 48 Stunden) gilt eine spezielle Regelung (→ <i>Wiedereintritt</i>).
Herkunft des Pat.	Es wird unterschieden nach → <i>Unmittelbare Herkunft des Patienten</i> und → <i>Aufenthaltort vor Spitaleintritt (Unmittelbare Herkunft des Patienten bezieht sich auf die Einheit <u>im</u> Spital: Notfallstation, OP, Gebärsaal, usw)</i>
HIN	Health Info Net AG
KPK	Kommission Datenschutz der SGI (KDS-CD)
Kategorie der IS	Einteilung der → IS gemäss Weiterbildungsprogramm „Facharzt Intensivmedizin“, Kategorie der Weiterbildungsstätte. Festgelegt durch die entsprechenden Gremien der FMH respektive SGI.
IMC / HDU / AWR	IMC: Intermediate care unit. HDU: high dependency unit. AWR: Aufwachraum. Einheiten mit erhöhter Pflegeintensität, aber die Kriterien einer → IS nicht erfüllend. In IMC / HDU / AWR werden Patienten betreut, die keiner eigentlichen intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, deren Betreuung und Überwachung der Vitalfunktionen die Möglichkeiten einer Bettenstation aber übersteigen.
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 IPS 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 ZVK, arterieller Katheter, usw. Hingegen wird z.B. eine Kardioversion als "andere Intervention" eingegeben

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

-> 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 Aufnahmeart "-> medizinisch angegeben. Sollte der Patient z.B. 3Tage nach IPS Eintritt dann doch noch operiert werden, bleibt die Aufnahmeart **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 IS-Eintritt führte **bzw. die Intervention, die während dem (gesamten) IS-Aufenthalt (also nach dem IS-Eintritt) durchgeführt wurde (falls keine Intervention vor IS-Eintritt; z.B. Herniotomie im IS-Verlauf bei einem Neugeborenen).**

IS	Intensivpflegestation (IPS) = 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).
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) ²⁷ . 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 ²⁸ .
LOS	length of stay → Aufenthaltsdauer
MDS-ID	Die MDS-ID wird bei jedem IS-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 → IS. Die Relationstabelle (Verknüpfung FID-ICU – Patientenname) wird durch die betreffende IS geführt und

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.lep.ch>

bleibt auf dieser IS. Eine Re-Identifikation der Daten ist deshalb ausschließlich durch die jeweils zuständigen IS möglich. Verantwortung für die Einhaltung der Datenschutzvorschriften in Ihrem Bereich hat die betreffende IS.

Erste zwei Ziffern: Jahr, folgende drei Ziffern: → *IS-ID*, folgende 20 Ziffern:

Nummerierung gemäss interner Regelung der jeweiligen IS.

Die FID erlaubt bei Bedarf eine Überprüfung ihrer Angaben durch die einzelne IS (und nur durch diese).

Mortalität	In jedem Fall wird die IS-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 ²⁹ . NAS wird einmal pro Schicht oder einmal pro Tag erhoben. Für „angebrochene“ Schichten gilt: Die NAS-Items (→ <i>NAS-Elemente</i>) werden auf ganze Schichten „hochgerechnet“ (resp. abgeschätzt).
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 ^{30 31 32} . Kann als Marker für Prozessanalysen auf der → <i>IS</i> verwendet werden ³³ . NEMS wird einmal pro Schicht erhoben. Für „angebrochene“ Schichten gilt: Die NEMS-Items werden auf ganze Schichten „hochgerechnet“ (resp. abgeschätzt).
Nicht-geplanter IS-Eintritt → <i>geplanter IS-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 Intensivstation, unabhängig davon, ob sie auf der Budgetplanung der Intensivstation abgerechnet werden oder nicht. Für die Berufsbildner, Kliniklehrer gilt nur die Tätigkeit für die allgemeine Weiterbildung des Pflegepersonals der IS und die Praxisausbildung für das Pflegefachpersonal im Nachdiplomstudium HF Intensivpflege. Studierende NDS HF Intensivpflege werden als 100% aufgeführt.
Patientenkategorie	Definition gemäss den aktuell gültigen Richtlinien ^{34 35} .
Pflegeschicht	Umfasst in der Regel 8 Stunden, gelegentlich 12 Stunden. Bei einer „angebrochenen“ Pflegeschicht wird der IS spezifische Aufwand auf die ganze Pflegeschicht „hochgerechnet“. Für IS mit 2 Pflegeschichten pro Tag werden die relevanten Daten beim Import in die zentrale MDSi-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“.

²⁹ Miranda D.R. et al. Nursing activities score. **Crit Care Med**, 2003, 31:374-82

³⁰ Miranda D R et al.: Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). **Intensive Care Med** 1997, 23:760-765.

³¹ 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.

³² Hartmann B et al. Vollautomatische Kalkulation des Pflegeaufwandes auf einer Operativen Intensivstation. Ein Vergleich zwischen TISS-28 und NEMS. **Intensivmed** 2004, 41:94-8.

³³ Iapichino 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.

³⁴ Baumann PC et al. : Der Pflegepersonalbedarf auf Intensivstationen. Schriftenreihe des SKI, Band 41 (1989).

³⁵ Richtlinien für die Anerkennung von Intensivstationen (08.05.2003).

Pflegetag	Pflegesichten / 3 (falls 3 Schichten/Tag) respektive Pflegesichten / 2 (falls 2 Schichten/Tag). Mass für die Aufenthaltsdauer eines Patienten auf der IS. Im Gegensatz zur → <i>Aufenthaltsdauer</i> , die auf der Basis von Minuten berechnet wird, stellt der Pflegetag eine gerundete Grösse dar.
PIM-score II	Paediatric index of mortality ³⁶ (→ <i>Score</i>).
Planbetten	Anzahl der Betten, wie sie in der Regel durch die vorgesetzte Stelle vorgegeben wird (z.B. im Rahmen des Leistungsauftrages). Diese Zahl bildet üblicherweise die Grundlage für den Budget-Prozess. Zu registrieren sind lediglich die Betten, die als → <i>IS-Betten</i> vorgesehen sind. Betten, die für die → <i>IMC-Funktion</i> vorgesehen sind, sind nicht als IS-Betten zu erfassen (vgl. aktuelle Richtlinien für die Anerkennung von Intensivpflegestationen der SGI). → <i>Betriebene Betten</i>
PRN	Project de recherche en nursing ^{37 38} .
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale ³⁹ . Alternative: → <i>SAS</i>
SAPS-2	Simplified acute physiology score (→ <i>Score</i>). Dieser Kode ist für Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr anzugeben. Berechnung auch für Patienten mit → <i>LOS</i> < 1 Tag und für alle Patientenkategorien. Auf Grund der zusätzlichen Informationen im minimalen Datensatz kann die → <i>SMR</i> berechnet werden, dies sowohl gemäss den Vorgaben der Originalarbeit ⁴⁰ , 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 (ca. 15). 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 ^{41 42} . Alternative : → <i>RASS</i>
Sepsis	Allgemeiner Definition gemäss Consensus-Konferenz ⁴⁶
Score	Internet-Adressen mit verschiedenen scores ⁴³ .
SF-36	Short Form-36 [⁴⁴].
SGI-SSMI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. Société Suisse des Médecine Intensive.
SMR	Standardized mortality ratio. Berechnet aus: (beobachtete Mortalität) / (erwartete Mortalität).

³⁶ Slater A et al. : PIM 2 : a revised version of the Paediatric Index of Mortality. **Intensive Care Med** 2003, 29:278-85.

³⁷ Saulnier F et al.: indicateur simplifié de la charge en soins spécifique à la réanimation: le PRN réa. **Réan Urg** 1995, 4:559-569.

³⁸ <http://www.erosinfo.com>

³⁹ 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

⁴⁰ Le Gall J R et al. : A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. **JAMA** 1993, 270:2957-2963.

⁴¹ Riker RR et al. Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. **Crit Care Med** 1999, 27:1325-9.

⁴² 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.

⁴³ <http://www.sfar.org/article/315/scores>

⁴⁴ Ware J E 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.

SOFA-Score

Im Zusammenhang mit der SwissDRG-Kodierrichtlinie Sepsis^{45,46}: 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.

Sequential Organ Failure Assessment Score [^{47, 48}], schlechtester 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: 0.6.⁴⁹

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 vermutete GCS **ohne** Medikamenteneinfluss beziehungsweise wie vor der Intubation verwendet. Ein Wert von 0 wird vergeben, falls im SOFA-Normbereich oder unbekannt / nie bestimmt; 9 wird vergeben, falls ein patholog. Laborwert nachfolgend nicht täglich bestimmt wird. Für die einzelnen Variablen wird jeweils der Befund berücksichtigt, der die höchste Punktzahl ergibt und der aus medizinischer Hinsicht plausibel ist. Für die SOFA-Berechnung darf ein nicht neu bestimmter patholog. Vorwert für max. 72h vorgetragen werden. Für die zeitliche Zuordnung eines Laborwertes gilt der Entnahmezeitpunkt. Für Kinder gelten die Organdysfunktions-Kriterien nach Goldstein⁵⁰.

Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment Score					
	SCORE-Wert				
ORGANSYSTEM	0	1	2	3	4
Atmung					
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 extracorp. Devices (ECMO, o.ä.)
Gerinnung					
Thrombozyten, x103/μL	≥ 150	<150	<100	<50	<20
Leber					
Bilirubin, mg/dL (μmol/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)
Kardiovaskulär					
Mittlerer art. Blutdruck (Vasoaktiva in ug/kg/min)	MAP $\geq$ 70mmHg	MAP < 70mmHg	Dopamin <5 oder Dobutamin (jede Dosis) ^b	Dopamin 5.1-15 oder Adrenalin $\leq$ 0.1 oder Noradrenalin $\leq$ 0.1 ^b	Dopamin >15 oder Adrenalin >0.1 oder Noradrenalin >0.1 ^b od. mechan. Kreislaufunterstützung
Zentrales Nervensystem					
Glasgow Coma Scale score ^c	15	13 - 14	10 - 12	6-9	< 6
Renal					
Kreatinin, mg/dL (μmol/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 aktuelles Nierenersatzverfahren

* Nicht invasive und HighFlow Beatmung wird im SOFA-Kontext als 'respiratorische Unterstützung' gewertet.

⁴⁵ www.swissdr.org/application/files/7315/3742/8020/Kodierrichtlinie_Sepsis.pdf

⁴⁶ Singer M et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). **JAMA** 2016, 315:801-10. (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>)

⁴⁷ Vincent J L et al.: The SOFA (Sepsis-related organ failure assessment) score to describe organ dysfunction/failure. **Intensive Care Med** 1996, 22:707-710.

⁴⁸ Vincent J L 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.

⁴⁹ 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)

⁵⁰ 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.

SSW	Schwangerschafts-Woche
Strukturqualität	Definition der Indikatoren • 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 system ⁵¹ (→ Score; → NEMS; → NAS).
Unmittelbare Herkunft des Patienten	Bezieht sich auf die Einheit im Spital: Notfallstation – Operationssaal / Interventionelle Plattform (z.B. interventionelle Kardiologie, Gastroenterologie, Radiologie, usw) / Gebärsaal – andere Intensivstation – IMC/HDU/AWR (→ IMC) – Abteilung (normale Bettenstation) – andere (inklusive Spitaleintritt direkt in die IS). vgl. auch → Aufenthaltsort vor Spitaleintritt
Verschlüsselung	→ MDS-ID
Visiten	Interdisziplinäre Visiten als Merkmal von Strukturqualität: Werden regelmässig interdisziplinäre Visiten und Patientenbesprechungen durchgeführt?
Wiedereintritt	Als Wiedereintritt gilt jede erneute Aufnahme auf die → IS maximal 48 Stunden nach Austritt aus einer IS (= Verlegung aus der IS). Nicht als Wiedereintritt gilt eine Wiederaufnahme > 48 Stunden nach vorhergehendem IS-Austritt. Patienten, die von der IS in den OP verlegt werden und anschliessend wieder in die IS kommen, werden nicht als Wiedereintritt gerechnet. Gleiches gilt für eine vorübergehende Verlegung z.B. zwecks diagnostischer oder interventioneller Kardiologie, Radiologie, Gastroenterologie, usw.

⁵¹ 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.

Der Wiedereintritt ist geplant, wenn der erneute Eintritt in die IS bei der vorhergehenden Verlegung aus der IS bereits vorgesehen (geplant) war (→ *Geplanter Eintritt*). In allen übrigen Fällen gilt der Wiedereintritt als ungeplant.

4.2 ANHANG 2: SPEZIFIKATIONEN: Herkunftsort / Verlegungsort, Diagnosegruppe, Erstdiagnose bei IS-Eintritt / Interventionelle Prozedur vor oder nach IS-Eintritt / Diagnose im IS-Verlauf

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

Unmittelbare Herkunft (M_Woher)

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

Aufenthaltort vor Spitaleintritt (M_Wo)

Zuhause	Z
anderes Spital	S
andere	A

Verlegungs-Ort (M_Wohin)

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

Einteilung in eine Patientengruppe (M_PatGrp)

geplant	E
nicht geplant	N

Hauptdiagnose

Diagnose.....	ICD-10 ⁵²	Code
Kardiovaskulär (Neo-Pädi: C0 oder ANZPIC numeric code)		
Akutes Koronarsyndrom (ischämische Herzkrankheit ⁵³)	I20-I24	C1
Herzstillstand (≥ St.n. Reanimation).....	I46	C2
Lungenembolie.....	I26	C3
Herzinsuffizienz, kardiogener Schock.....	I50	C4
Aortenaneurysma / -dissektion.....	I71	C5
Rhythmusstörung / -Überwachung.....	I44-I49	C6
Andere ⁵⁴ kardiovaskuläre Erkrankung ⁵⁵	I00-I15,I25, I27-I28, I30-I43, I47-I52, I70, I72-I99	C9
Respiratorisch und HNO (Neo-Pädi: R0 oder ANZPIC numeric code)		
ARDS (acute respiratory distress syndrome)	J80	R1
COPD oder Asthma.....	J40-J47	R2
Pneumonie (bakteriell, viral, usw.), akute Bronchitis ⁵⁶	J10-J22	R3
Andere Infektion des Respirationstraktes / im HNO-Bereich ⁵⁷	J00-J06, J30-J39, J85-J86	R4
Neoplasma der intrathorakalen Organe (exkl. Trachea)	C34-C39.....	R5
Neoplasma des Atemapparates (Mund / Sinus / Larynx / Trachea).....	C00-C14, C30-C33	R6
Andere respiratorische oder HNO-Erkrankung ⁵⁸	J60-J70, J81-J84.....	R9
Gastrointestinal (Neo-Pädi: G0 oder ANZPIC numeric code)		
Krankheiten der Leber und der Gallenwege	K70-K83, K87	G1
Akute Pankreatitis.....	K85	G2
Andere GI Erkrankung ⁵⁹	C15-C26,K00-K14,K20-K67, K86, K90-K93	G9
Neurologisch (Neo-Pädi: N0 oder ANZPIC numeric code)		
Subarachnoidalblutung	I60	N1
Andere intrakranielle Blutung	I61-I62	N2
Hirnschlag (Stroke) ⁶⁰	I63-I69	N3
Krampfanfall (Epilepsie)	G40-G41	N4
Infektion des Nervensystems.....	G00-G09	N5
Neuromuskuläre Erkrankung	G70-G73	N6
Andere neurologische Erkrankung.....	C70-C72, G10-G37, G43-G64, G80-G99, F00-F99.....	N9

⁵² Diese Angaben erfolgen lediglich im Sinne einer Erklärung der einzelnen Gruppen. Für den MDSi werden keine detaillierten ICD-10 oder CHOP-Diagnosen erfasst.

⁵³ Exklusive: chronische ischämische Herzkrankheit (I25), sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I49, I51-I52)

⁵⁴ „Andere“ gilt jeweils für alle übrigen Krankheitsbilder, also inklusive Infektion, Neoplasie, usw. Nicht eingeschlossen sind: Trauma.

⁵⁵ Inklusive sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I45, I47-I52), Krankheiten der Venen, Lymphgefäße, usw.

⁵⁶ Inklusive sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)

⁵⁷ Inklusive sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39), purulente und nekrotisierte Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85-J86)

⁵⁸ Inklusive sonstige Krankheiten der Pleura (J90-J94), sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)

⁵⁹ Inklusive Krankheiten der Mundhöhle usw. (K00-K14), des Ösophagus, des Magens und des Duodenums (K20-K31), des Appendix (K35-K38), Hernien (K40-K46), nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (K50-K52), sonstige Krankheiten des Darms (K55-K63), des Peritoneums (K65-K67), des Verdauungssystems (K90-K93), sonstige Krankheiten des Pankreas (K86), bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26)

⁶⁰ Inklusive sonstige zerebrovaskuläre Erkrankungen, Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

Metabolisch (Neo-Pädi: M0 oder ANZPIC numeric code)

Stoffwechsel- oder Elektrolyt-Entgleisung	E10-E35, E87	M1
Medikamentenüberdosierung / -intoxikation ⁶¹	T36-T65	M2
Andere metabolische oder endokrine Erkrankung, Mangelernährung		
Adipositas	E00-E07, E40-86, E88-E90	M9

Trauma (Neo-Pädi: T0 oder ANZPIC numeric code)

Schädel-Hirn-Trauma (mit oder ohne Polytrauma).....	S00-S09	T1
Mono- / Polytrauma (ohne Schädel-Hirn-Trauma)	(S00-S09), S10-T19	T2
Verbrennung	T20-T32	T3
Trauma, anderes ⁶²	T33-T35, T66-T78, T79-T98, V01-Y98.....	T9

Andere (Neo-Pädi: A0 oder ANZPIC numeric code)

Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99 (exkl. A41.9).....	A1
Schwere Sepsis / septischer Schock ⁶³	A41.9	A2
Krankheiten des Urogenitalsystems.....	N00-N99	A3
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.....	O00-O99.....	A4
Hämatolog. Erkrankung (inkl. Neoplasie).....	C81-96, D50-D89	A5
Andere Diagnose ⁶⁴	C40-C69, C73-C80, C97, D00-D48, H00-H95, L00-L99, M00-M99, P00-P96, Q00-Q99, R00-R99, Z00-Z99	A9

⁶¹ Inklusive Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen, biologisch aktive Substanzen (T36-T50), toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen (T51-T65)

⁶² Inklusive: Erfrierungen (T33-T35), sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äussere Ursachen, bestimmte Frühkomplikationen des Traumas (T79), Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert (T80-T88), Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äusserer Ursachen (T90-T98), äussere Ursache von Morbidität und Mortalität (V01-Y98)

⁶³ Definitionen gemäss Kodierhandbuchs DRG: Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien, aktuelle Jahresversion herausgegeben durch das BFS

⁶⁴ Inklusive: Bösartige Neubildungen (soweit nicht anderswo erwähnt); in-situ-Neubildungen (D00-D09); gutartige Neubildungen (D10-D36); Neubildungen mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten (D37-D48); Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99); Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59); Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95), Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99), Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode (P00-P96), angeborene Fehlbildungen usw. (Q00-Q99), Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, anderenorts nicht klassifiziert (R00-R99), Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00-Z99)

Intervention ⁶⁵

Intervention **CHOP** ⁶⁶ oder ANZPIC numeric code **Code**

Keine Intervention

[. . .] (00) 00

Intervention im kardiovaskulären System

Operationen an Herzgefäßen 36 (exkl. 36.0) 11
Operationen an Herzklappen und -septen 35 12
Intervention an der Aorta (thorakal, abdominal) 38.04, 38.14, 38.34, 38.44, 38.45, 38.64 .. 15
PCI (PTCA) und ähnliche Verfahren 36.0 20
Andere Intervention kardiovaskulär 35-39 (exkl. alle oben genannte Intervention,
..... exkl. 37.5) 10

Andere Interventionen

Intervention im respiratorischen und HNO Bereich 21-34 (exkl. 33.5, 33.6) 30
Intervention im GI-Bereich 42-54 (exkl. 50.5) 40
Intervention im neurologischen System 01-05 50
Intervention Urologie 55-64 (exkl. 55.6) 60
Intervention Gynäkologie / Geburtshilfe 65-75 70
Intervention Orthopädie 76-84 80
Transplantationschirurgie ⁶⁷ 37.5, 33.5, 33.6, 50.5, 55.6 90
Andere Intervention ⁶⁸ 06-16, 18-29, 40-41, 85-99 99

⁶⁵ Operation, interventionelle Angiologie, Kardiologie, Radiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, usw. Zeitraum: maximal 48 Stunden vor bis maximal 48 Stunden nach IS-Eintritt.

⁶⁶ Diese Angaben erfolgen lediglich im Sinne einer Erklärung der einzelnen Gruppen. Für den MDSi werden keine detaillierten ICD-10 oder CHOP-Diagnosen erfasst.

⁶⁷ Inklusive: Herztransplantation (37.5), Lungentransplantation (33.5), Kombinierte Herz- Lungentransplantation (33.6), Lebertransplantation (50.5), Nierentransplantation (55.6)

⁶⁸ Inklusive: Intervention am endokrinen System (06-07), an den Augen (08-16), an den Ohren (18-20), am hämatopoetischen und Lymphgefäß-System (40-41), am Integument (85-86), verschiedene diagnostische und therapeutische Massnahmen (87-99)

4.3 ANHANG 3: DEFINITION DER KENNZAHLEN

Angaben jeweils pro Monat, pro Quartal und pro Jahr

Kennzahlen	Definition	Resultat
Allgemeine Daten zur IS-Struktur (Struktur-Daten)		
Art der IS	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	je % pro Art
Kategorie der IS	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	je % pro Kategorie
Anerkennung der IS für WB-IP	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl (Monate)
Anzahl Planbetten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl
Anzahl betriebene Betten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl
 Anzahl Betten mit Beatmung	 vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	 Zahl
Anzahl IMC Betten	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	Zahl
 Personalbestand	 vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	
Pflegende total		Zahl
Davon Pflegende mit FA		%
Davon Pflegende in WB		%
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 Aerzte		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 IS-Verlauf	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>	% pro Diagnose
Trauma	% aller Eintritte	Zahl
Intervention vor IS-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 Herkunftsort
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 .%
Kurzzeitaufenthalte	% Eintritte mit LOS < 6 h
Langzeitaufenthalte	% Eintritte mit LOS >7d
Wiederaufnahmen	% aller Eintritte.....%
nicht-geplante Eintritte	% aller Eintritte.....%
Limitation der Therapie ⁶⁹	% 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 / Patient. .Mittelwert / Median
Summe aller „Dialyse“-Schichten.....	vgl. Kapitel <i>Inhalte</i>Zahl
Summe aller „Transport“-Schichten	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)

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

⁶⁹ Es gilt jede Therapie-Einschränkung

4.4 ANHANG 4: WER ERHÄLT WELCHE KENNZAHLEN

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

- SGI-Vorstand
- SGI-KWFB, SGI-KDS, SGI-KAI
- SGI- Vertreter in der FMH Titelkommission

Ohne schriftliche Einwilligung des Leiters der betreffenden Station dürfen die Daten dürfen nicht an Dritte weitergeleitet werden.



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
MDS-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 ⁷⁰	[n.nnn]	If Alter < 28Tg: Geburtsgewicht in kg.gggg
Gestationsalter ⁷¹	[nn]-[n]	If Alter < 28Tg: Gestationsalter in Wo-D
*Grösse	[nnn]	cm
*Gewicht	[nnn.nnn]	kg
Wiedereintritt < 48h	[J/N]	Not null
Herkunft	[nn]	Not null: Code gemäss Anhang 2
Aufenthaltsort vor Spitaleintritt	[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,
AIS -Abdomen	[n]	dann muss mind. 1 AIS-Score > 0 sein
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 ⁷²
Art des Score (SAPS,PIM ,CRIB)	[S/P/C]	Not null. SAPS: Alter ≥16, PIM: <16, C ⁷³ <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]	
SGI 1A (Anzahl Schichten mit Kat. 1A)	[nnn]	Max-SGI-Schichten 1-3 = (Ganztage LOS*3) +2
SGI 1B (Anzahl Schichten mit Kat. 1B)	[nnn]	(Ganztage LOS = LOS ohne Nachkommastellen)
SGI 2 (Anzahl Schichten mit Kat. 2)	[nnn]	Min: Anzahl SGI-Schichten total/3 muss ≥ LOS

⁷⁰ nur bei Alter < 28 Tagen

⁷¹ nur bei Alter < 28 Tagen

⁷² 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)

⁷³ 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 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 Vasoaktiva (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
SOFA0 Tag0	[nn]	
SOFA1 Tag1	[nn]	
SOFA2 Tag2	[nn]	
SOFA3 Tag3	[nn]	
SOFA4 Tag4	[nn]	
SOFA5 Tag5	[nn]	
SOFA6 Tag6	[nn]	
SOFA7 Tag7	[nn]	
SOFA Tag0	[0:AGLKZR]	6 Einzelwerte SOFA, je 0 – 4,9 ⁷⁴
SOFA TagX..	[X:AGLKZR]	
LOS Spital	[nnn.nn]	
Spitalaustritt gem. BfS-„Aufenthalt nach Austritt	[n]	
Mortalität nach 28 Tagen	[I/g]	
Mortalität nach 1 Jahr	[I/g]	
Del (Löschstatus)	[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:

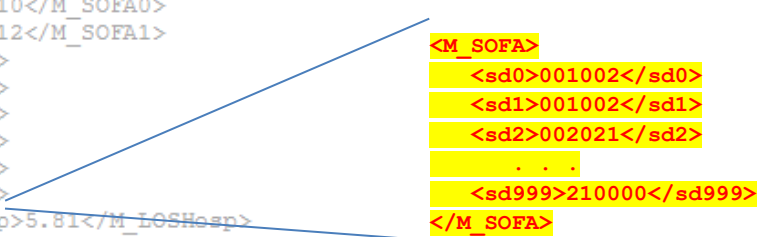
```
<Header>
<IPSID>1B2</IPSID>
<ExpDate>201701215143449</ExpDate>
<RowCount>14</RowCount>
</Header>
```

⁷⁴ 2019: Hinweis bei fehlenden oder ungültigen SOFA-Scores, 2020: Rückweisung der betr. Datensätze geplant

Beispiel:

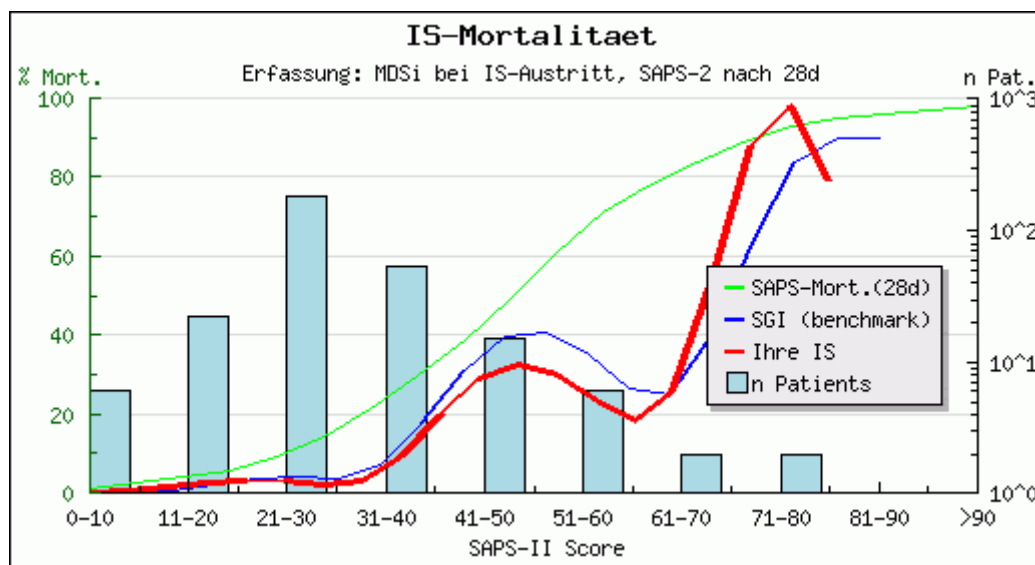
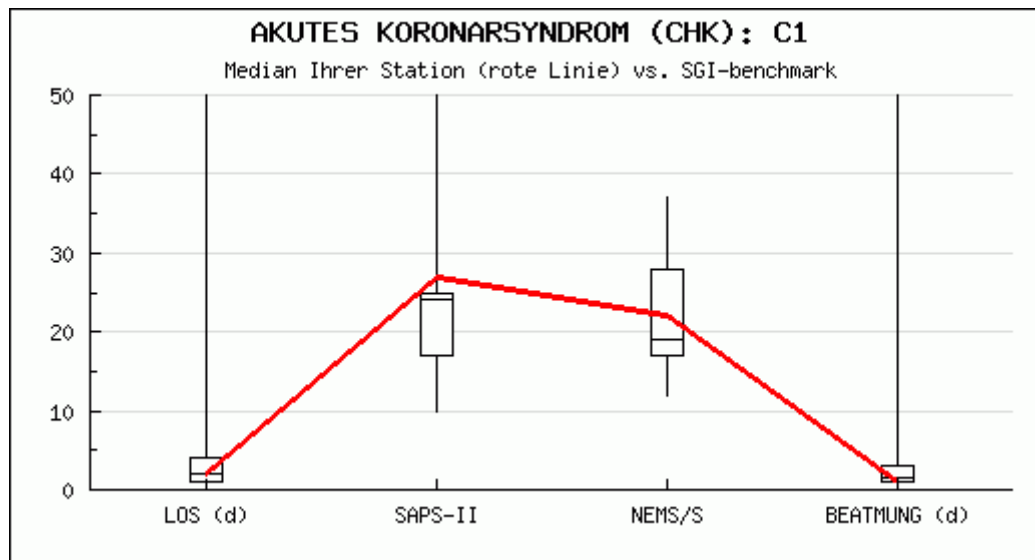
Datenexport-XML-Format (pro Patient, ohne Header, Detail: <https://www.savedata.ch/mdsidocu/MDSiBo020150121143449.xml>)

```
<Row>
  <M_MDSID>15Bo026</M_MDSID>
  <M_Alter>55</M_Alter>
  <M_Einheit>J</M_Einheit>
  <M_Sex>M</M_Sex>
  <M_GebGew>0</M_GebGew>
  <M_GestAlter>0</M_GestAlter>
  <M_WiederEin>N</M_WiederEin>
  <M_Woher>I</M_Woher>
  <M_Wo>S</M_Wo>
  <M_Eintritt>200501101640</M_Eintritt>
  <M_LOS>1.82</M_LOS>
  <M_Wohin>W</M_Wohin>
  <M_PatGrp>E</M_PatGrp>
  <M_Diag1>C1</M_Diag1>
  <M_DiagV>C1</M_DiagV>
  <M_ISSKopf>0</M_ISSKopf>
  <M_ISSFace>0</M_ISSFace>
  <M_ISSThorax>0</M_ISSThorax>
  <M_ISSAbdomen>0</M_ISSAbdomen>
  <M_ISSExtremity>0</M_ISSExtremity>
  <M_ISSEextern>0</M_ISSEextern>
  <M_Interv>11</M_Interv>
  <M_Schwere>36</M_Schwere>
  <M_ScoreArt>S</M_ScoreArt>
  <M_NemsAlle>138</M_NemsAlle>
  <M_Nems1>25</M_Nems1>
  <M_NemsLetz>9</M_NemsLetz>
  <M_SASAnz4>3</M_SASAnz4>
  <M_SASAnz5>1</M_SASAnz5>
  <M_SASAnz6>0</M_SASAnz6>
  <M_SGI1A>1</M_SGI1A>
  <M_SGI1B>2</M_SGI1B>
  <M_SGI2>2</M_SGI2>
  <M_SGI3>1</M_SGI3>
  <M_Monit>6</M_Monit>
  <M_Mediint>6</M_Mediint>
  <M_Beatm>2</M_Beatm>
  <M_Atemh>3</M_Atemh>
  <M_EVasoa>3</M_EVasoa>
  <M_MVasoa>1</M_MVasoa>
  <M_Nieren>0</M_Nieren>
  <M_IPSInterv>1</M_IPSInterv>
  <M_Trans>1</M_Trans>
  <M_Del>N</M_Del>
  <M_Austritt/>
  <M_OUT28D/>
  <M_OUT1Y/>
  <M_Gewicht>80</M_Gewicht>
  <M_Groesse>175</M_Groesse>
  <M_SOFA0>10</M_SOFA0>
  <M_SOFA1>12</M_SOFA1>
  <M_SOFA2/>
  <M_SOFA3/>
  <M_SOFA4/>
  <M_SOFA5/>
  <M_SOFA6/>
  <M_SOFA7/>
  <M_LOSHosp>5.81</M_LOSHosp>
  <M_BFSAustritt>5</M_BFSAustritt>
  <M_Isolation>0</M_Isolation>
  <M_ECMO>0</M_ECMO>
  <M_TherapieLimit>0</M_TherapieLimit>
  <M_GradLimit>0</M_GradLimit>
  <M_GrundLimit>0</M_GrundLimit>
</Row>
```



```
<M_SOFA>
  <sd0>001002</sd0>
  <sd1>001002</sd1>
  <sd2>002021</sd2>
  . . .
  <sd999>210000</sd999>
</M_SOFA>
```

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

Element ⁷⁵	Titel	Beschreibung
1 (9)	Standard Monitoring	Stündliches Erfassen der Vitalparameter, regelmässiges Erfassen und berechnen von Flüssigkeitsbilanzen.
2 (6)	Medikamentengabe intravenös	Jede intravenöse Gabe eines Medikamentes (ausser Vasoaktiva, vgl. Pt. 5). Applikation als Bolus oder als Kurzinfusion. Exklusive Basisinfusion und Infusion zum offen halten von Kathetern.
<i>Element 3 und 4 können nicht gleichzeitig markiert werden. :</i>		
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. Unterstützung ⁷⁶ oder Verabreichung von Sauerstoff (jede Form; z.B. „Brille“, „Nasen-Katheter“, „Maske“), CPAP bei Schlafapnoe, HighFlow CPAP .
<i>Element 5 und 6 können nicht gleichzeitig markiert werden.</i>		
5 (7)	Ein vasoaktives Medikament	Intravenöse, kontinuierliche Gabe von Vasoaktiva. Beispiele sind: Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamin, Dopamin, Phosphodiesterase-Hemmer, Levosimendan, Nitroprussid, Nitroglycerin, Phentolamin, Esmolol, Trandate, Ca-Antagonisten.
6 (12)	Mehrere Vasoaktiva gleichzeitig	Mehr als ein vasoaktives Medikament (vgl. Element 5) gleichzeitig.
7 (6)	Nierenersatzverfahren	Umfasst alle Formen von Nierenersatzverfahren, kontinuierlich und intermittierend. Inklusive Peritonealdialyse.
8 (5)	Spezifische Interventionen in der IS	Zum Beispiel : Intubation, Tracheotomie, Bronchoskopie, Einlegen einer Thoraxdrainage, Einlegen eines endovenösen Pacemakers, Kardioversion, Defibrillation, Reanimation, Perikardpunktion/-drainage, Einlegen eines Pulmonalis-Katheters, Einlegen/ Entfernen einer IABP oder ECMO usw., Einlegen eines Dialyse-Katheters, Endoskopie (Gastroskopie, Kolonoskopie, usw.), Einlage einer PEG, Magenspülung, TEE durch IS-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

⁷⁵ Zahl in Klammer: NEMS-Punkte

⁷⁶ Gemäss DRG- Kodierungshandbuch 2015

Kontinuierliche Spülungen > 1000ml/h, Wechsel von Bauchlage $\leftrightarrow$ Rückenlage. 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 IS.....Prozeduren, usw.

Die Intervention ist Verbunden mit dem Schweregrad der Erkrankung des Patienten und hat einen zusätzlichen Aufwand für das IS-Team zur Folge.

Ausgeschlossen sind alleinige Transporte von und zu spitalinternen Interventionen ohne Präsenz 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 ⁷⁷)	→ SAS 4
RASS +1 (restless ⁷⁸)	→ SAS 5
RASS +2 (agitated ⁷⁹)	→ SAS 5
RASS +3 (very agitated ⁸⁰)	→ SAS 6
RASS +4 (combative ⁸¹)	→ SAS 7

Element. Titel..... Beschreibung

1	Nicht weckbar	Minimale 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 agitiert.....	Der Patient muss in der Regel fixiert werden (Anbinden der Extremitäten) oder er muss praktisch permanent durch Zusprechen beruhigt werden. Beisst 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.

⁷⁷ Alert and calm.

⁷⁸ Anxious but movements not aggressive, vigorous.

⁷⁹ Frequent non-purposeful movement, fights ventilator.

⁸⁰ Pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive.

⁸¹ 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	2	25
	Complex Rupture Spleen	5	
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 Commotio... 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 Beckenrümmer, Femurtrümmer, 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 ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS 13 – 20 Pt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2	NEMS < 13 Pt. und SAS ≤ 5 oder RASS ≤ 2
	NEMS ≥ 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: MDSi SWISSCODE PÄDIATRIE

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

CODE

INJURY

- 100 Injury - Other
- 101 Anaphylaxis
- 102 Burns
- 103 Carbon Monoxide Poisoning
- 104 Drug Toxicity - Iatrogenic
- 120 Drug Withdrawal - Iatrogenic
- 121 Drug Withdrawal - Neonate
- 105 Electrocution
- 106 Envenomation
- 107 Hanging or Strangulation
- 108 Hyperthermia
- 109 Hypothermia
- 110 Immersion (Near Drowning)
- 111 Ingestion
- 112 Smoke Inhalation
- 113 Trauma - Other
- 114 Trauma - Abdominal
- 115 Trauma - Chest
- 116 Trauma - Facial
- 117 Trauma - Head
- 118 Trauma - Skeletal
- 119 Trauma - Spinal
- 122 Trauma - Birth

INJURY MECHANISM ¹

- 150 Injury Mechanism – Other
- 162 Crush Injury
- 151 Cyclist
- 152 Fall
- 153 Farm Equipment
- 154 Firearm Injury
- 164 Horse Related Injury
- 161 Motor Bike Rider / Passenger
- 155 MVA – Passenger
- 156 MVA – Pedestrian
- 157 Non Accidental Injury
- 158 Self Injury
- 159 Sports Injury
- 160 Stab Injury

CARDIOVASCULAR CONGENITAL

- 200 Cardiovascular - Congenital - Other
- 201 Absent Pulmonary Valve
- 202 Anomalous Coronary Artery
- 203 Aortic Insufficiency
- 204 Aortic Stenosis

- 224 AP Window
- 205 ASD
- 225 AV Malformation
- 206 AVSD (AV Canal)
- 207 Coarctation
- 208 Cortriatriatum
- 226 Double Outlet Right Ventricle (DORV)
- 209 Ebstein's Anomaly
- 210 Hypoplastic Left Heart Syndrome (HLHS)
- 211 Interrupted or Hypoplastic Aortic Arch
- 227 LV Outflow Obstruction
- 212 Mitral Insufficiency
- 213 Mitral Stenosis
- 214 PDA
- 215 Pulmonary Atresia or Stenosis
- 228 Pulmonary Insufficiency
- 229 RV Outflow Obstruction
- 216 Single Ventricle
- 217 TAPVD / PAPVD
- 218 Tetralogy of Fallot
- 219 Transposition of Great Arteries (dTGA)
- 220 Tricuspid Atresia or Stenosis
- 221 Tricuspid Insufficiency
- 222 Truncus Arteriosus
- 223 VSD

CARDIOVASCULAR ACQUIRED

- 250 Cardiovascular – Acquired – Other
- 251 Cardiac Failure
- 252 Cardiac Tumour
- 253 Cardiomyopathy
- 254 Dysrhythmia – Supraventricular
- 255 Dysrhythmia – Ventricular
- 256 Endocarditis
- 269 Heart Block
- 257 Hypertension – Pulmonary
- 258 Hypertension – Systemic
- 259 Kawasaki's Disease
- 268 Myocardial Infarction
- 270 Myocarditis
- 260 Pericardial Effusion or Tamponade
- 263 Previous Heart Lung Transplant
- 264 Previous Heart Transplant
- 265 Rheumatic Heart Disease
- 266 Previous Cardiac Surgery
- 267 Pulmonary Embolism
- 261 Vascular Thrombosis
- 262 Vasculitis

NEUROLOGICAL

- 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

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

RESPIRATORY LOWER AIRWAY

- 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

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

601 Bowel Obstruction
 634 Cholestasis
 602 Colitis
 603 Gastroenteritis
 604 Gastrointestinal Haemorrhage
 628 Gastro Oesophageal Reflux
 605 Gastroschisis or Exomphalos
 606 Hepatitis
 635 Hepatitis - Ischaemic (Shock-Liver)
 636 Hernia inguinalis
 607 Intussusception
 608 Liver Disorder – Other
 609 Liver Failure – Acute
 610 Liver Failure – Chronic
 611 Necrotising Enterocolitis
 612 Oesophageal Atresia
 613 Pancreatitis
 614 Peritonitis
 615 Pyloric Stenosis
 616 Short Gut Syndrome
 617 Ulcer – Duodenal
 618 Ulcer – Gastric or Gastritis
 619 Varices – Oesophageal or Gastric Volvulus
 620 Biliary Atresia
 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 Venous Occlusive Disease
 627 Volvulus

INFECTION¹

700 Infection – Other
 739 Aspergillosis
 701 Adenovirus
 702 Bacterium – Other
 703 Bacterium – Gram Negative -Other
 704 Bacterium – Gram Positive - Other
 705 Candida
 706 Clostridium
 707 CMV
 742 Enterobacter
 708 EBV
 730 E Coli
 709 Enterovirus
 710 Fungus – Other
 711 Haemophilus Influenzae Type b
 712 Hepatitis – Viral
 713 Herpes Simplex Virus
 714 HIV

715 Influenza Virus
 731 Klebsiella
 716 Legionella
 732 Malaria
 735 Measles Virus
 717 Meningococcus
 743 Moraxella
 718 Mycoplasma
 719 Parainfluenzae Virus
 720 Pertussis
 721 Pneumococcus
 722 Pneumocystis Carinii
 733 Pseudomonas
 723 Rotavirus
 724 RSV
 725 Salmonella
 726 Staphylococcus
 736 Staphylococcus MRSA
 734 Streptococcus Group B
 727 Streptococcus – Other
 738 Tuberculosis
 728 Varicella
 729 Virus – Other
 799 No Organism Identified

METABOLIC

857 Acid-Base Disorder
 862 Cerebral Salt Wasting
 806 Dehydration
 808 Diabetes Insipidus
 809 Diabetes 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 Cardiac 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 Methaemoglobinaemia
 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

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
 Massive Intraoperative Transfusion (> 1 Blood Volume)
 1105

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

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