

Dokument 16 SSI-module

KEY TERMS. Version vom 05.06.2023. **Neu: KT 51**

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
1	Positive Kultur nach aseptischer Entnahme	30.09.2013	Die Kultur wurde unter Vorkehrungen entnommen, die eine Verunreinigung der Probe mit Mikroorganismen vom Wundrand oder der Wundumgebung verhindern, und nicht unbedingt von einer normalerweise sterilen Körperstelle. Der Abstrich eines Ausflusses, der unter guten Bedingungen gemacht wurde, kann also berücksichtigt werden.
2	Eiteraustritt von Faden-Ein- oder Austrittsstellen (stich abcess)	30.09.2013	Eiteraustritt lediglich im Bereich von Faden-Ein- oder Austrittsstellen (« stich abcess »), d.h. minimale Entzündung und eitrige Sekretion an der Stelle der Fadenpenetration, wird im NHSN-System und im Programm von Swissnoso nicht als postoperative Wundinfektion betrachtet.
3	Erythem, cellulitis	30.09.2013	Ein isoliertes Erythem in der Umgebung einer Wunde (ohne weitere Diagnosekriterien) genügt nicht für die Diagnose einer oberflächlichen Infektion des chirurgischen Zugangs.
4	Anastomosenleck an einem abdominalen Hohlorgan	30.09.2013	Ein Anastomosenleck an einem abdominalen Hohlorgan, das radiologisch oder anlässlich einer chirurgischen Revision dokumentiert wird, muss als Infektion von Organen/Hohlraum erfasst werden, selbst wenn die übrigen Kriterien einer Infektion noch nicht erfüllt sind.
5	Endometritiden und Endokarditiden	30.09.2013	Endometritiden und Endokarditiden nach chirurgischen Eingriffen am betreffenden Organ werden als postoperative Wundinfektionen vom Typ Organ/Hohlraum betrachtet, wenn sie die entsprechenden Kriterien erfüllen. Siehe Liste der Kriterien.
6	LAVH , TLRH (de)	30.09.2013	LAVH (L aparoscopically A ssisted V aginal H ysterectomy) bedeutet auf Deutsch: laparoskopische unterstützte vaginale Hysterektomie. Diese Technik entspricht einer laparoskopischen Operation, weshalb im CRF bei Laparoskopie 'ja' ausgewählt werden muss.
7	Bilaterale Eingriffe	15.10.2013	Bei bilateralen chirurgischen Eingriffen , die sequentiell während der selben Operation durchgeführt werden, z.B. bilaterale Hüft- oder Knie-Totalprothesen sollen: → zwei CRF ausgefüllt werden, d.h. je ein CRF für jede Seite. Sofern eine postoperative Wundinfektion festgestellt wird, soll diese in der Online-Datenbank für die jeweilige Seite erfasst werden. Ausserdem soll auch die Operationszeit von Hautinzision bis zum Hautverschluss für jede Seite getrennt angegeben werden.

Dokument 16 **swissnosc** SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN	
8	Implantattyp 8a. Typ des Implantats (Herzchirurgie) <input type="text"/> Cerclagen (Sternotomie und Drähte) Herzklappen (mechanisch oder biologisch) Patches (Herzwand-Patches) Anderes Herzunterstützungssystem (VAD)	15.10.2013 Addendum 05.06.2023	Seit 1. Oktober 2013 wird der Implantattyp in der Herzchirurgie (Cerclage, mechanische oder biologische Klappe, Ringe (Annuloplastik), Patch und andere Implantate) und in der Wirbelsäulenchirurgie (Diskusprothese, Spacer und andere Implantate) erfasst. Die Online-Datenbank aktiviert diese Frage aber nicht für Fälle, die vor dem 1. Oktober 2013 erfasst wurden. Bei Herzoperationen ist es möglich, dass mehr als ein Implantattyp verwendet wird, beispielsweise Cerclagen für den Sternumverschluss und eine mechanische oder biologische Klappe. In diesem Fall ist der Implantattyp nach untenstehendem Schema auszuwählen :	
			Cerclagen	= Cerclagen ohne anderes Fremdmaterial
			Herzklappen (und zwar mechanisch wie biologisch)	= mechanische Klappe(n) mit oder ohne Sternalcerclagen = biologische Klappe(n) mit oder ohne Sternalcerclagen = Annuloplastik-Ring
			Patches	= Patches mit oder ohne Sternalcerclagen
			Andere	= anderes Fremdmaterial mit oder ohne Sternalcerclagen
			Herzunterstützungssysteme (VAD)	= Herzunterstützungssysteme mit oder ohne Sternalcerclagen
9	Transapikaler Zugang «TAVI», andere anterolaterale Zugänge und Mini-Sternotomie oder Mini-Thorakotomie	15.10.2013	In der Herzchirurgie werden TAVI (transcatheter aortic valve implantation) über den anterolateralen Zugang sowie alle anderen anterolateralen Zugänge, Mini-Sternotomien und Mini-Thorakotomien mit oberer partieller Sternotomie, als ‚minimal-invasiv‘ betrachtet.	

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
10	Vorderer und anterolateraler Zugang in der orthopädischen Chirurgie (AMIS)	29.01.2014	<p>Definition des minimal-invasiven Zugangs in der Hüftchirurgie: Der vordere Zugang nach Hueter-Laude (Operation in Rückenlage) und der anterolaterale Zugang nach Röttinger (Operation in Seitenlage) erfüllen die Kriterien eines minimal-invasiven Eingriffs: Reduktion der Hautinzision und Schonung von Muskeln und Sehnen beim Zugang zur Gelenkkapsel. Diese Zugänge, auch bezeichnet mit der Abkürzung «AMIS» (Anterior Minimally Invasive Surgery), werden als minimal-invasiv betrachtet.</p> <p><i>Anmerkung: Bei den anderen als minimal-invasiv bezeichneten Zugängen (hinterer Zugang, lateraler Zugang und Doppelinzision) wird zwar die Hautinzision reduziert, es kommt aber zur Beschädigung von Muskeln und/oder Sehnen. Diese Zugänge werden deshalb nicht als minimal-invasiv betrachtet.</i></p>
11	Erfassung der diagnostischen Kriterien für die Endometritis und die Endokarditis in der Online-Datenbank	29.01.2014	<p>Die spezifischen Kriterien für die Diagnose von Organ- oder Hohlräuminfektionen bei der Endometritis und bei der Endokarditis sind auf den Seiten 46-48 des Teilnehmerhandbuchs in Ergänzung der Diagnosekriterien für postoperative Wundinfektionen aufgeführt.</p> <p>Die Kriterien A und C werden in Analogie zu den anderen postoperativen Wundinfektionen angewendet.</p> <p>Erfassung von Kriterium B in der Online-Datenbank im Falle einer Endometritis oder Endokarditis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Vorhandensein von KRITERIUM 1 der spezifischen Kriterien wird in der Datenbank das Kriterium B1=ja gesetzt. - Bei Vorhandensein von KRITERIUM 2 der spezifischen Kriterien wird in der Datenbank das Kriterium B2=ja gesetzt. - B3 = nein
12	Definition der Wiedereröffnung der Wunde zur Diagnose einer oberflächlichen oder einer tiefen Infektion der Inzision	10.06.2014	<p>Eine absichtliche Wiedereröffnung der Wunde ist definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> → eine erneute Inzision der Narbe und/oder → eine vorzeitige Entfernung von Fäden oder Klammern und/oder → eine Spreizung der Wundränder <p>Dies ist unabhängig von der Person, die die Wiedereröffnung durchführt (Chirurg, anderer Arzt oder eine andere Fachperson) und vom Ort der Durchführung (Arztpraxis, Operationssaal usw.).</p> <p><i>Nota bene: Eine Punktion wird nicht als Wiedereröffnung betrachtet.</i></p>
13	Anwendung des Kriteriums	10.06.2014	Das Kriterium B1 kann auch angewendet werden, wenn:

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
	B1 bei einer Infektion von Organen/Hohlraum		<ul style="list-style-type: none"> - eine radiologisch gesteuerte Drainage in das Kompartiment Organ/Hohlraum eingelegt wird, um eine Eiterkollektion zu drainieren. <i>Radiologiebericht beachten.</i> - eine Drainage, die radiologisch assistiert oder anlässlich einer (Re-)Operation eingelegt wurde, im Verlauf purulentes Sekret fördert. <i>Gesamtkontext berücksichtigen.</i>
14	Anwendung des Kriteriums B1 bei einer oberflächlichen oder tiefen Infektion der Inzision	10.06.2014	Das Kriterium B1 kann auch angewendet werden, wenn die absichtliche Wiedereröffnung der Wunde (Kriterium B3 bei der oberflächlichen Infektion der Inzision resp. B2 bei der tiefen Infektion der Inzision) dazu führt, dass sich eine Eiterkollektion entleeren kann.
15	Kodierung der Coronarbypass-Operation mit Kombination von Venen/Extremitätenarterien und Thoraxwandgefässen	10.06.2014	<p>Werden Coronarbypass-Operationen kombiniert mit A. mammaria interna/A. thoracica (Code 44) und Venentransplantat/Extremitätenarterie (Code 45) durchgeführt, soll der Eingriff in der Online-Datenbank wie folgt erfasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haupteingriff = 45 - Sekundäreingriff = 44 <p>Der Code 45 aktiviert das Subformular für das Follow-up der sekundären OP-Stelle.</p>
16	Infektion anschließend an eine Reoperation wegen nicht infektiöser Komplikation	10.06.2014 Update 01.10.2021	<p>Es kommt vor, dass bei einem durch das Spital initial eingeschlossenen Fall eine postoperative Wundinfektion - innerhalb der Überwachungsperiode (30 Tage resp. 90 Tage / 1 Jahr) - anschließend an eine erneute Operation wegen einer <u>nicht</u> infektiösen Komplikation auftritt. In diesem Fall ist es nicht möglich, die Infektion eindeutig der ersten Operation oder der Reoperation zuzuordnen.</p> <p>Gleichwohl soll die Infektion erfasst werden, da sie innerhalb der Überwachungsperiode der ersten Operation aufgetreten ist, auch wenn eine Zuordnung zur ersten oder zweiten Operation nicht gemacht werden kann.</p>
17	Bilaterale Herniotomien über einen einzelnen chirurgischen Zugang	10.06.2014 Stopp 30.09.2021	<p>Ergänzung zu KEY TERM Nr. 7 vom 15.10.2013 zum Vorgehen bei bilateralen Herniotomien.</p> <p>Falls <u>bilaterale Herniotomien</u> nacheinander während der selben Operation ausgeführt werden <u>und</u> die <u>Operation über einen einzelnen Zugang</u> erfolgt, z.B. laparoskopisch, dann soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nur ein CRF angelegt werden - Haupteingriff = 11 <u>und</u> Sekundäreingriff = 11 erfasst werden - die Operationsdauer von Inzision bis Wundverschluss notiert werden

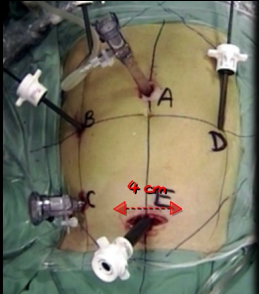
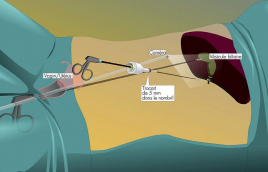
Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			<ul style="list-style-type: none"> - und das Operationsgebiet als Ganzes hinsichtlich Wundinfektion nachverfolgt werden <p><i>Nota bene: Falls zwei unabhängige Inzisionen gemacht werden, so sollen gemäß KEY TERM Nr. 7 vom 15.10.2013 zwei CRF angelegt werden.</i></p>
18	Bilaterale Eingriffe über zwei verschiedene chirurgische Zugänge und Erfassung der Operationszeit	10.06.2014	<p>Ergänzung zu KEY TERM Nr. 7 vom 15.10.2013 zum Vorgehen bei bilateralen Eingriffen (z.B. bilaterale Knieprothesen), die nacheinander während der selben Operation ausgeführt werden und die Operation über zwei verschiedene Zugänge erfolgt, weshalb 2 CRF angelegt werden.</p> <p>Falls die Operationszeiten nicht für jede Seite separat dokumentiert ist, soll die Gesamtoperationszeit halbiert werden. Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hautinzision rechts um 7:00 Uhr, Wundverschluss links um 9:20 Uhr. Die totale Operationsdauer ist 140 Minuten. - CRF Nr. 1, rechte Seite: Uhrzeit des Beginns des Eingriffes: 7:00 Uhr, Uhrzeit des Endes des Eingriffes: 8:10 Uhr (= 7:00 Uhr + 70 (=140/2) Minuten) - CRF Nr. 2, linke Seite: Uhrzeit des Beginns des Eingriffes: 8:10 Uhr, Uhrzeit des Endes des Eingriffes: 9:20 Uhr (= 8:10 Uhr + 70 (=140/2) Minuten) <p><i>Nota bene: Wenn nur eine einzige Dosis des Antibiotikums verabreicht wurde, entspricht der Zeitpunkt der Antibiotikagabe dem realen Zeitpunkt der Applikation. Das bedeutet, dass für beide CRF derselbe Zeitpunkt erfasst wird.</i></p>
19	«Second look» nach Abdominalchirurgie	10.06.2014	<p>Anlässlich einer ersten Operation, besonders bei Kontaminationsklasse IV, wird gelegentlich der Entscheid gefällt, in den darauffolgenden Tagen einen erneuten Eingriff (sog. «second look») durchzuführen, um die Behandlung zu komplettieren. Dieser Eingriff findet im selben Operationsgebiet statt wie der Ersteingriff und besteht z. B. aus Lavage der Abdominalhöhle und/oder Überprüfung der Vitalität des Darms und/oder Überprüfung der Intaktheit der Anastomose(n) und/oder sekundärem Wundverschluss.</p> <p>In diesem Fall soll die «second look» Operation als «Erneute OP wg. nicht infektiöser Komplikationen (oder wg. second look) innert 1 Monat» erfasst werden.</p>
20	Erste elektive Prothesenimplantation bei	10.06.2014	Falls zu irgendeinem Zeitpunkt vor Prothesenimplantation eine Varisations- oder Valgisationsosteotomie oder eine Osteosynthese wegen einer Fraktur durchgeführt wurde und falls

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
	Knie- oder Hüftendoprothese	Addendum 05.06.2023	das Osteosynthesematerial zum Zeitpunkt der Prothesenimplantation noch immer in situ ist, so muss die Operation nicht eingeschlossen werden. Dies gilt auch für eine initiale Prothesenimplantation zur Versorgung einer Spontanfraktur oder einer Fraktur infolge eines Traumas (weniger als 30 Tage vor dem Eingriff). Wenn das Osteosynthesematerial mehr als ein Jahr vor dem Einsetzen der Prothese entfernt wurde, kann der Eingriff eingeschlossen werden.
21	Kriterien für den Ein- oder Ausschluss im Falle von multiplen Operationen	10.06.2014 Addendum 05.06.2023 <i>Für Eingriffe ab dem 01.10.2021 anwendbar</i>	Im Falle von multiplen Eingriffen anlässlich derselben Operation ist der Haupteingriff für die Entscheidung über den Ein- oder Ausschluss des Falls ausschlaggebend. Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> - Hysterektomie mit Ovariektomie bei Ovarialkarzinom, bei der zusätzlich eine Kolonresektion notwendig ist. Dies muss nicht als Kolonchirurgie erfasst werden, jedoch als Hysterektomie, falls das Spital diesen Eingriff überwacht (zu kodieren als Haupteingriff = 30, Sekundäreingriff=6) - Duodenopankreatektomie (Whipple-Operation: totale oder teilweise Entfernung des Pankreas, eines Teils des Magens, des Duodenums, eines Teils des Jejunums und der <i>Gallenblase</i>, des Ductus choledochus und benachbartem Lymphgewebe. Dieser Fall muss nicht als Cholezystektomie erfasst werden. - Wenn bei mehreren Operationen an der Wirbelsäule eine Spondylodese/Wirbelfusion (früherer Code 51) zu den durchgeführten Eingriffen gehört, ist der Fall auszuschliessen. Der Haupteingriff kann nicht mit Sicherheit bestimmt werden. Beispiel: Eingriff Laminektomie mit Implantat (Code 50) und Wirbelfusion (früherer Code 51) = Ausschluss, es sei denn, diese beiden Verfahren werden an getrennten und nicht benachbarten Segmenten durchgeführt.
22	Ausschluss von Operationen innerhalb von 30 Tagen (1 Jahr im Falle von Implantaten) nach einer ersten Intervention	10.06.2014	Chirurgische Interventionen, die innerhalb von 30 Tagen (oder innert 1 Jahr im Falle von Implantaten) nach einer ersten Operation entweder am gleichen Organ oder im gleichen Kompartiment (z.B. Bauchhöhle) durchgeführt werden, müssen nicht eingeschlossen werden. Beispiel: Dünndarmeingriff am 01.04.2013 gefolgt von einer Hemikolektomie rechts am 20.04.2013. In diesem Fall wird der Koloneingriff nicht eingeschlossen. Beispiel: Cholezystektomie am 07.04.2014 gefolgt von einer Sigmoidektomie wegen Divertikulitis am 25.04.2014. In diesem Fall wird der Koloneingriff nicht eingeschlossen. Beispiel: Coronarbypass-Operationen (Code 44 oder 45) mit Drahtcerclagen am 01.01.2013 und eine Klappenersatzoperation (Code 43) 6 Monate später. Die Klappenersatzoperation wird nicht eingeschlossen.
23	Laparoskopisch	01.10.2016	Zunehmend werden Eingriffe in der Viszeralchirurgie laparoskopisch durchgeführt, z.B. Kolon- und

Dokument 16 **swissnosc** SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
	<p>durchgeführte Eingriffe in der Viszeralchirurgie mit Mini-Inzision zur Entnahme von Resektaten</p>		 <p>Rektumoperationen.</p> <p>Bei diesen Eingriffen werden die Resektate über eine Mini-Inzision (4-6 cm), typischerweise suprapubisch (Pfannenstielschnitt), seltener über der rechten Fossa iliaca, entnommen.</p> <p>Trotz dieser Inzision werden diese Eingriffe als laparoskopisch erfasst (Endoskopischer Eingriff = ja).</p>
24	<p>Roboter-assistierte Eingriffe</p>	01.10.2016	<p>Es handelt sich hierbei um minimal-invasive Eingriffe, die durch Operationsroboter unterstützt werden. Das Robotersystem besteht dabei aus dem Steuerpult für den Chirurgen, einem Operationsroboter mit Armen und einem Monitorsystem ähnlich dem in der laparoskopischen Chirurgie.</p> <p>Diese Eingriffe werden als endoskopisch erfasst (Endoskopischer Eingriff = ja).</p>
25	<p>Transvaginale Eingriffe mit Ausnahme der Hysterektomie</p>	01.10.2016	<p>Chirurgische Methoden, welche natürliche Körperöffnungen als Zugangsweg benutzen, werden «natural orifice transluminal endoscopic surgeries» (<i>NOTES</i>) genannt. In diesem speziellen Fall wird der transvaginale Zugang für die Einführung des Laparoscopes genutzt, z.B. bei der Cholezystektomie oder der Sigmoidektomie.</p> <p>Zusätzlich zum transvaginalen Zugang wird gelegentlich ein zusätzlicher Trokar mit kleinem Durchmesser über den Bauchnabel eingeführt (<i>hybrid NOTES</i>), um das Anlegen des Pneumoperitoneums zu vereinfachen und die visuelle Kontrolle zu verbessern. Der Grossteil des Eingriffs wird über die natürliche Körperöffnung durchgeführt.</p>  <p>Bild : Transvaginaler Eingriff (hybrid NOTES) zur Cholezystektomie (© Eucker 2012)</p>

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
26	Kodierung der abdominalen (30) und vaginalen (31) Hysterektomien	01.10.2016	<p>Die Codierung der Hysterektomie (30 für die abdominale und 31 für die vaginale Hysterektomie) hängt vom Zugang und von der chirurgischen Technik für die Resektion der zu entfernenden Strukturen ab. In diesem Fall hängt sie nicht davon ab, auf welchem Weg das Resektat aus dem Körper entfernt wird.</p> <p>Laparoskopisch durchgeführte abdominale Hysterektomie: Die gesamte Dissektion des Uterus und der angrenzenden Strukturen wird mit Hilfe von Instrumenten durchgeführt, welche via Trokare in die Bauchhöhle eingeführt werden. Die Extraktion des freigelegten Resektats kann über die Abdominalwand oder über die eröffnete Vagina (Kolpotomie) erfolgen. Der Verschluss des Vaginalstumpfs erfolgt über die Bauchhöhle (laparoskopisch).</p> <p>Laparoskopisch-assistierte vaginale Hysterektomie: Nur ein Teil der Dissektion (Freilegung des Corpus uteri bis zum Cavum vesicouterinum) wird über die Bauchhöhle durchgeführt. Anschliessend erfolgt die Dissektion der Cervix uteri, der utero-sakralen Ligamente und der Gefässe von vaginal über eine Kolpotomie. Das Resektat wird durch die Vagina extrahiert. Das Peritoneum und die Kolpotomie werden über den vaginalen Zugang verschlossen.</p> <p><i>Der Zugangsweg für die Ligatur (oder die Kauterisierung) und die Durchtrennung der uterinen Gefässe stellen den entscheidenden Schritt zur Unterscheidung zwischen abdominaler (a) und laparoskopisch-assistierter vaginaler (b) Hysterektomie dar.</i></p> <p>a) <i>Ligatur oder Kauterisierung und Durchtrennung der uterinen Gefässe über den abdominalen Zugang</i></p> <p>b) <i>Ligatur oder Kauterisierung und Durchtrennung der uterinen Gefässe über den vaginalen Zugang</i></p> <p>CHOP Codes 2022: Laparoskopisch durchgeführte abdominale Hysterektomie [LSH et THL]: 68.31, 68.41, 68.61. Laparoskopisch-assistierte vaginale Hysterektomie [LAVH et LARVH] : 68.44, 68.64</p>
27	Kreatinin-Clearance (GFR): Auswahlkriterien und Zeitfenster	01.10.2016	<p>Auswahlkriterien, geordnet nach Priorität:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letzter präoperativ während der aktuellen Hospitalisation bestimmter Wert 2. Falls präoperativ keine Bestimmung erfolgte: bester (d.h. höchster) postoperativer Wert während der aktuellen Hospitalisation 3. Falls während der Hospitalisation keine Kreatininbestimmung erfolgte: bester Wert während

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			des vergangenen Jahres, falls erhältlich. Falls nicht erhältlich, kann unter 'Kreatinin-Clearance' 'nicht gemessen' erfasst werden. Für das Monitoring wird in diesem Fall automatisch der Wert >50ml/min eingesetzt.
28	Oberflächliche und tiefe Infektionen der Inzision und Nachverfolgungszeit	01.10.2016 Update 01.10.2022	Oberflächliche und tiefe Infektionen der Inzision, welche vor dem Ende der Nachverfolgungszeit diagnostiziert wurden, können sich im Verlauf aggravieren und es kann sich eine tiefe Infektion oder eine Organ-/Hohlrauminfektion entwickeln. Diese Fälle müssen in jedem Fall während 30 Tagen resp. 90 Tagen nachverfolgt werden (Telefoninterview oder medizinische Dokumentation, sofern diese über den gesamten Zeitraum vollständig vorliegt), um sicher zu gehen, dass keine Aggravation stattgefunden hat.
29	Bestimmung des Infektionstyps in Abhängigkeit der anatomischen Ebene	01.10.2016	Falls gleichzeitig mehrere anatomische Ebenen betroffen sind, bestimmt die tiefste vorhandene Infektion den Infektionstyp.
30	Bestimmung des Infektionstyps bei einer Intervention, die mehrere Inzisionen benötigt (z.B. Laparoskopie, Laparotomie und Colostomie)	01.10.2016	Falls während desselben Eingriffs mehrere Inzisionen erfolgen, z.B. bei der laparoskopischen Chirurgie der Kolostomie, oder beim Anlegen einer Drainage, welche infiziert sind, wird die tiefste vorhandene Infektion berücksichtigt. Beispiel: <ol style="list-style-type: none"> 1. Falls eine Inzision die Kriterien für eine oberflächliche Infektion erfüllt und eine andere diejenigen für eine tiefe Infektion, so wird die tiefe Infektion der Inzision erfasst. 2. Falls eine Organ-/Hohlrauminfektion und eine oberflächliche oder tiefe Infektion der Inzision vorliegen, so wird die Organ-/Hohlrauminfektion erfasst. 3. Falls eine Infektion die Kolostomie und die Laparotomie betrifft, wird die tiefste Infektion erfasst, unabhängig davon, wo sie aufgetreten ist.
31	Datum der Diagnose der Infektion	01.10.2016	Das Datum der Infektion ist dasjenige Datum, an dem erstmals die diagnostischen Kriterien der Infektion erfüllt sind. Siehe Seiten 43-47 des Teilnehmerhandbuchs.
32	Kontaminationsklasse bei Endokarditis unter Berücksichtigung der Resultate von Kulturen und PCR	01.10.2016	Die Kriterien für die Festlegung der Kontaminationsklasse bei Patienten mit Endokarditis hängen davon ab, ob zum Zeitpunkt der Operation noch eine antibiotische Therapie läuft (1) oder ob diese bereits abgeschlossen ist (2). <ol style="list-style-type: none"> 1. Operation findet unter laufender antibiotischer Therapie für die Endokarditis statt: <ol style="list-style-type: none"> a) Klasse III falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen negativ ist,

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			<p>unabhängig vom Resultat der PCR</p> <p>b) Klasse IV falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen positiv ist, unabhängig vom Resultat der PCR, oder wenn bei der Operation Abszesse vorhanden sind, auch wenn die Kultur negativ ist</p> <p>2. Operation findet nach abgeschlossener antibiotischer Therapie für die Endokarditis statt:</p> <p>a) Klasse I falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen negativ ist und während der Operation visuell keine Hinweise auf eine Entzündung vorhanden sind</p> <p>b) Klasse III falls während der Operation visuell Hinweise auf eine Entzündung vorhanden sind und/oder die PCR positiv ausfällt, auch wenn die Kultur negativ ist.</p> <p>c) Klasse IV falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen positiv ist, unabhängig vom Resultat der PCR, oder wenn bei der Operation Abszesse vorhanden sind, auch wenn die Kultur negativ ist.</p>
33	Gynäkologische Untersuchungen und Eingriffe in den 30 Tagen vor Hysterektomie	01.10.2016	Eine in den 30 vorangehenden Tagen durchgeführte gynäkologische Untersuchung wie z.B. eine Hysteroskopie oder ein auf das Cavum uteri beschränkter Eingriff wie z.B. eine Curettage stellen kein Ausschlusskriterium für die Erfassung einer Hysterektomie dar, da die Bauchhöhle nicht eröffnet wird und keine eigentliche Inzision stattfindet.
34	Abdominale Chirurgie und Kontaminationsgrad IV: Einschluss, Verlauf der initialen Infektion vs. Organ-/Hohlrauminfektion	14.11.2016 Addendum 29.11.2016	<p>Wie jeder andere Eingriff müssen auch initiale Operationen bei bestehenden Infektionen (Kontaminationsklasse IV) in die Überwachung eingeschlossen werden, wie z.B. eine Sigmoidektomie bei perforierter Sigmadivertikulitis.</p> <p>In diesen Situationen werden postoperative Wundinfektionen, die im Verlauf am Ort der Inzision auftreten (oberflächlich oder tief) und die CDC Kriterien erfüllen, immer als Infektionen gewertet, unabhängig davon, in welchem zeitlichen Abstand zum Eingriff sie auftreten.</p> <p>Dem gegenüber werden Organ-/Hohlrauminfektionen nach abdominalen Eingriffen mit Kontaminationsgrad IV nur gezählt, wenn diese am Tag 6 oder später (Operationstag = Tag 0) nach dem Eingriff die CDC Kriterien erfüllen. Hinweise für Infektionen innerhalb der ersten 5 Tage postoperativ werden im Rahmen des natürlichen Verlaufs der ursprünglichen Infektion interpretiert, nicht als postoperative Wundinfektion.</p> <p>Zusatz vom 29.11.2016: Der KEY TERM NR. 34 soll bei Eingriffen mit Operationsdatum ab 01.10.2016 – auch retrospektiv für die Periode vom 01.10.2016 bis 29.11.2016, falls notwendig – angewandt werden, damit die Einführung dieses KEY TERMS mit dem Beginn der</p>

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			<p>Erfassungsperiode zusammenfällt.</p> <p>Nota bene: Ein Anastomosenleck an einem abdominalen Hohlorgan, das radiologisch oder anlässlich einer chirurgischen Revision dokumentiert wird, muss immer als Infektion von Organen/Hohlraum erfasst werden, selbst wenn die übrigen Kriterien einer Infektion (noch) nicht erfüllt sind (KEY TERM NR. 4), und selbst wenn das Anastomosenleck innerhalb der ersten 5 Tage postoperativ auftritt. Der KEY TERM NR. 34 kommt entsprechend beim Anastomosenleck <u>nicht</u> zur Anwendung.</p>
35	Koloskopie innerhalb von 30 Tagen vor der Operation an einem Organ der Bauchhöhle, IV	01.11.2018	<p>Eine Koloskopie (mit oder ohne Biopsien) ist eine endoskopische Untersuchung, die sich auf das Darmlumen beschränkt. Sie stellt <u>kein</u> Ausschlusskriterium für die Erfassung eines viszeralen oder gynäkologischen Eingriffs, der in den darauffolgenden 30 Tagen durchgeführt wird, dar.</p> <p>Kommt es während der Koloskopie zu einer iatrogenen Kolonperforation, die eine viszerale Resektion erforderlich macht, so wird diese mit einem Kontaminationsgrad IV eingeschlossen.</p>
36	Perkutane Abszessdrainage unter Einsatz eines Pigtail-Katheters über einen transabdominalen, -rektalen oder -vaginalen Zugang	01.11.2018	<p>Das Vorhandensein eines Pigtail-Katheters (bzw. eines anderen Drainagekatheters) oder einer temporären Abszessdrainage in der Bauchhöhle oder im kleinen Becken, einschliesslich einer CT-gesteuerten Abszessdrainage innerhalb von 30 Tagen vor der Operation, stellt im Falle einer viszeralen Resektion oder einer anderen viszeralen oder gynäkologischen Operation ein Ausschlusskriterium dar.</p>
37	PEG-Sonde <i>in situ</i>	01.11.2018	<p>Ist zum Zeitpunkt der Operation an einem Bauchhöhlenorgan (viszeral oder gynäkologisch) eine PEG-Sonde (durch perkutane endoskopische Gastrostomie eingelegte Ernährungssonde) <i>in situ</i> oder war das in den 30 Tagen vor dem Eingriff der Fall, so bildet dies bei viszeralen oder gynäkologischen Eingriffen ein Ausschlusskriterium.</p>
38	Gelenkpunktion innerhalb von 30 Tagen vor einer Prothesenimplantation	01.11.2018	<p>Eine Gelenkpunktion innerhalb von 30 Tagen vor einer Prothesenimplantation stellt ein Ausschlusskriterium dar (gleiches Gelenk).</p>
39	Multiple Eingriffe bei einer Wirbelsäulenoperation	01.11.2018	<p>Werden während derselben Operation zwei unterschiedliche, nicht benachbarte Segmente, beispielsweise auf Höhe des dritten Brustwirbels und des 4. und 5. Lendenwirbels (L4, L5), operiert, so sind zwei CRF anzulegen, die spezifische Schnitt-Naht-Zeit jedes einzelnen Eingriffs zu notieren und die Entwicklung der beiden OP-Stellen unabhängig voneinander zu beobachten.</p> <p>Werden während derselben Operation Eingriffe an zwei benachbarten OP-Stellen durchgeführt, beispielsweise auf Höhe der Segmente L1-L2 und Th11-Th12, so gelten diese als eine einzige OP-</p>

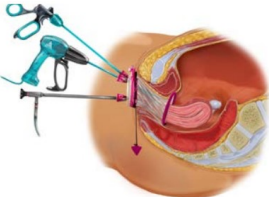
Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			<p>Stelle, selbst wenn der Zugang über zwei unterschiedliche Inzisionen erfolgt. In diesem Fall ist nur ein einziges CRF anzulegen.</p> <p>Bei einer Wirbelsäulenoperation mit gleichzeitig posteriorem und anteriorem Zugang (zervikal oder ventral), der dasselbe Wirbelsegment betrifft, ist nur ein CRF anzulegen und unabhängig der Inzisionsstelle eine einzige Infektion (falls vorliegend) zu berücksichtigen.</p> <p>Werden Operationen an unterschiedlichen Daten durchgeführt und betreffen diese nicht benachbarte Wirbelsegmente, beispielsweise auf Höhe der Halswirbel C5-C6 und der Lendenwirbel L2-L3, so sind beide Eingriffe einzuschliessen.</p> <p>Werden Operationen an unterschiedlichen Daten durchgeführt und betreffen diese benachbarte Wirbelsegmente, beispielsweise auf Höhe der Lendenwirbel L2-L3 beim ersten Eingriff und L4-L5 beim zweiten, so ist die zweite Operation am Segment L4-L5 nicht einzuschliessen.</p>
40	Sectio caesarea und Kontaminationsgrad IV	01.11.2018 Update 05.06.2023 <i>Für Eingriffe ab dem 01.10.2022 anwendbar</i>	Im Falle einer Sectio bei einer Gebärenden mit trübem und/oder übelriechendem Fruchtwasser oder Keimnachweis in einer intraoperativen entnommenen Fruchtwasserprobe muss <u>mindestens eines der folgenden Infektionszeichen</u> (ohne nachgewiesene anderweitige Ursache) wie Fieber >38°C, Leukozytose oder CRP-Erhöhung vorliegen, um einen Kontaminationsgrad IV zu rechtfertigen.
41	Sectio, Amnioninfektionssyndrom und Kontaminationsgrad	01.11.2018 Update 05.06.2023	Bei einer <u>ärztlichen Diagnose</u> des Amnioninfektionssyndroms und wenn es kein trübes und/oder übelriechendes Fruchtwasser und keine positive Kultur gibt, handelt es sich um einen Kontaminationsgrad III.
42	Infektion der sekundären OP-Stelle > 30 Tage	01.11.2018 Addendum 05.06.2023 <i>Für Eingriffe ab dem 01.10.2021 anwendbar</i>	<p>Infektionen der sekundären OP-Stelle in der Herzchirurgie (Entnahme des venösen Grafts am Bein oder des arteriellen Grafts am Unterarm) werden nur bis 30 Tage nach der Operation erfasst. Eine Infektion, die nach 30 Tagen auftritt, wird nicht erfasst.</p> <p>Infektionen der sekundären OP-Stelle nach einem gefässchirurgischen Eingriff an Arterien der unteren Extremitäten werden wie Infektionen der Hauptwunde bis zu 90 Tage nach der Operation verfolgt.</p>
43	Spezifisches Kriterium B1	01.11.2018	Das spezifische Kriterium B1 ist bei Prothesen-assoziierten Infektionen erfüllt, wenn es aus dem

Dokument 16 SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
	von Prothesen-assoziierten Infektionen (Orthopädie)		periprothetischen Gebiet [Gewebe oder Flüssigkeit] mindestens zwei positive Kulturen mit identischen Mikroorganismen gibt. Die beiden Entnahmen müssen nicht unbedingt gleichzeitig durchgeführt werden, sondern können zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden (beispielsweise bei einer Punktion und danach beim folgenden chirurgischen Eingriff).
44	Klinische körperliche Untersuchung	01.11.2018	Nachweis einer Infektion oder deutlicher infektiöser Anzeichen bei einem invasiven Eingriff oder einer klinischen Untersuchung des Patienten durch einen Arzt während des Spital-/Klinikaufenthalts oder bei Nachkontrollen. Dies ergänzt das Kriterium B3, das für die Diagnose einer tiefen Infektion der Inzision verwendet wird, und das Kriterium B3 für die Infektion von Organen/Hohlraum. Siehe Dokument Nr. 7 des Teilnehmerhandbuchs, Version vom 01.11.2018. Quelle: Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). Surgical Site infection (SSI) Event. January 2018.
45	Methode zur Identifizierung von Mikroorganismen	01.11.2018	Eine Methode zur Identifizierung von Mikroorganismen mithilfe einer anderen Methode oder eines anderen Tests als dem Anlegen einer Kultur ist zulässig.
46	Eiterung	01.11.2018	Es gibt keine Standarddefinition und/oder klinische Kriterien der Begriffe Eiterung oder eitriger Ausfluss. Im Allgemeinen gilt ein Ausfluss von Flüssigkeit, der vom Pflegepersonal (Notizen oder direkte Beobachtung) als zähflüssig, rahmig, trüb, mit oder ohne Blut beschrieben wird, als eitriger Ausfluss.
47	Infektion des Vaginalstumpfs nach Hysterektomie	01.11.2018	Um die Swissnoso-Surveillancemethodik mit den spezifischen Kriterien des CDC/NHSN in Einklang zu bringen, gilt eine Infektion des Vaginalstumpfs nach abdominaler oder vaginaler Hysterektomie als eine Infektion von Organ/Hohlraum, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien zutrifft: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei der klinischen Untersuchung der Patientin festgestellt eitriger Ausfluss aus dem Vaginalstumpf (Kriterium B1). 2. Positive Kultur von Flüssigkeit oder Gewebe aus dem Vaginalstumpf, die hinsichtlich einer klinischen Diagnose oder einer Behandlung angelegt wurde, oder entsprechender anderer positiver Test auf Mikroorganismen (Kriterium B2). 3. Abszess am Vaginalstumpf oder anderes Anzeichen einer Infektion* des Vaginalstumpfs, dokumentiert bei einer klinischen Untersuchung der Patientin, durch Radiologie oder bei einer invasiven Untersuchung (Kriterium B3). <p>* Bei der klinischen Untersuchung der Patientin hervorgerufene Abdominalschmerzen sind ein ausreichender Beweis für eine Infektion, die ohne anderen invasiven Eingriff festgestellt wird.</p>

Dokument 16 **swissnosc** SSI-module

NR.	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			<p>4. Beschreibung der Situation wie unter Punkt 1) oder 3) oder Diagnose einer Vaginalstumpfinfektion durch den Gynäkologen / die Gynäkologin (Kriterium C).</p> <p>N.B. Eine Vaginitis nach einer Hysterektomie gilt nicht als Infektion der Operationsstelle.</p>
48	Spezifisches Kriterium B3 von Prothesen-assoziierten Infektionen (Orthopädie)	01.11.2018	<p>Das Minor-Kriterium «eine einzelne positive Kultur» ist auch erfüllt, wenn das Kriterium B1 (mindestens 2 positive Kulturen) bereits zutrifft.</p> <p>Es sei angemerkt, dass die Diagnose einer Prothesen-assoziierten Infektion in der Orthopädie bei Zutreffen von Kriterium B1 bereits gestellt ist.</p>
49	Intraartikuläre Infiltration innert 30 Tagen vor einem Wirbelsäuleneingriff (50, 51)	16.04.2021 <i>Für Eingriffe ab dem 01.04.2021 anwendbar</i>	<p>Eine intraartikuläre Infiltration innert 30 Tagen vor einer Laminektomie/Diskushernie (50 LAM) oder einer Spondylodese (51 FUSN) stellt ein Ausschlusskriterium dar, wenn sie im selben operierten Wirbelsegment oder in einem benachbarten Segment erfolgt.</p>
50	Vaginale Hysterektomie mit der vNOTES-Technik	14.03.2022 <i>Für Eingriffe ab dem 01.10.2021 anwendbar</i>	<p>Einige vaginale Hysterektomien werden in der Schweiz seit kurzem mit einer neuen minimal-invasiven Technik durchgeführt: vNOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery, d. h. transluminale endoskopische Chirurgie durch die natürliche Vaginalöffnung). Das bedeutet, dass kein Hautschnitt erforderlich ist und alle Eingriffe durch die natürliche Öffnung der Vagina durchgeführt werden, einschliesslich der Laparoskopie. Aus der Datenbank auswählen: "Transvaginaler Zugang (vNOTES)</p> <p></p> <p>Bild : Transvaginaler Zugang (vNOTES) bei vaginalen Hysterektomie (©Applied Medical)</p>
51	Mehrere Resektionsteile bei chirurgischen Eingriffen am Verdauungstrakt	05.06.2023	<p>Wenn bei einer Colon- oder Rektumoperation zwei (oder mehr) Teile reseziert werden, von denen einer als Colon Eingriff und der andere als Rektum Eingriff zu kodieren ist, hängt der dem Haupteingriff zugewiesene Code von den vom Spital verfolgten Eingriffsarten ab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wenn das Spital nur Koloneingriffe erfasst, nehmen Sie den Fall als Kolonchirurgie auf (Haupteingriff = Code 6) und erfassen Sie die Rektumchirurgie (281) als Sekundäreingriff. 2. Wenn das Spital Colon- UND Rektumchirurgie oder nur Rektumchirurgie erfasst, den Fall als Rektumchirurgie (281) erfassen und die Kolonchirurgie als Sekundäreingriff kodieren* <p>*Begründung: Das Infektionsrisiko bei der Rektumchirurgie ist höher als bei einer Colonchirurgie.</p>