



Häufig gestellte Fragen

PD Dr. Walter Zingg
Dr. Aiki Metsini

Letzte Überarbeitung: 27.05.2021

Einschlusskriterien/Ausschlusskriterien

1. **Können (sollen) Rehabilitationsabteilungen, die dem Akutspital angegliedert sind, an der Erhebung teilnehmen?**

Ja, sie können (sollen) eingeschlossen werden.

2. **Können PatientInnen, die am Tag der Erhebung nach 08h00 aus dem Spital entlassen werden, eingeschlossen werden?**

Nein, sie sind aus der Erhebung ausgeschlossen.

Indikatoren

Formular H1

1. **Auf dem Formular H1 (und H3) habe ich die Möglichkeit, Indikatoren für das gesamte Spital (Tot) oder ausschliesslich für die in der PPS eingeschlossenen Stationen (Inc) anzugeben. Wofür soll ich mich entscheiden?**

Es steht Ihnen frei, zu entscheiden, ob die Daten als „Tot“ oder „Inc“ angegeben werden; allerdings muss unbedingt darauf geachtet werden, dass ALLE Angaben entweder „Tot“ oder „Inc“ sind, weil sonst keine Datenanalysen gemacht werden können.

2. **Falls mein Spital zu einem Indikator, der in den Formularen Spital/Station verlangt wird, keine Angaben besitzt: Kann ich das betreffende Feld leer lassen?**

Nein, leere Felder sind nicht zulässig, da Sie das Formular sonst in der Datenbank nicht validieren können. Falls zum betreffenden Thema keine Angaben vorliegen, muss in das betreffende Feld die Ziffer 0 eingetragen werden.

3. Schliesse ich als Krankenhausverbund alle Standorte ein, auch Rehabilitation und Psychiatrie?

Psychiatrie wird immer ausgeschlossen, Rehabilitation wenn diese an einem eigenen Standort angesiedelt ist. Wenn möglich, sollen die Angaben auf Krankenhausverbundsebene solche Standorte ausschliessen.

4. Auf dem Formular H1 soll die Anzahl der Händehygienebeobachtungen angegeben werden – schliesse ich die Beobachtungen im ambulanten Bereich und auf dem Notfall ein?

Schliessen sie alle Händehygienebeobachtungen ein, auch solche, die nicht im stationären Bereich gemacht wurden, ausser diese Bereiche machen die Mehrzahl der Beobachtungen aus.

5. Auf dem Formular H1 soll ich angeben, wie viele Pflegefachkräfte im Spital und in der Intensivpflege arbeiten. Muss ich die Anzahl der Pflegefachkräfte, welche auf der Intensivpflegestation arbeiten vom Spitaltotal abziehen?

Nein; geben sie einfach das Total auf Spitalebene und auf Intensivpflegestations-Ebene an.

6. Wie sind Pflegehilfen definiert?

Pflegehilfen sind Mitarbeiter, die in der Regel direkten Patientenkontakt haben, jedoch weder diplomierte Pflegefachkräfte noch FAGE sind. Lernende und Praktikanten werden jedoch nicht erfasst.

7. Wo finde ich die Informationen zum Händedesinfektionsmittelverbrauch?

Die Apotheke Ihres Spitals/Ihrer Klinik/Ihres KHV kann Angaben über die Mengen von Händedesinfektionsmittel machen, die sie in die einzelnen Standorte und/oder Stationen geliefert hat (da die Jahresmenge gefragt wird entspricht die gelieferte Menge des Jahresverbrauchs).

8. Wo finde ich meine Krankenhaus-ID und/oder die ID des Krankenhausverbunds?

Die Krankenhaus-IDs und KHV-IDs werden Ihnen vom Datenmanagementzentrum der Prävalenzerhebung zugeteilt.

Die Stations-IDs können ihrerseits aus Buchstaben und/oder Zahlen bestehen. Sie sollen jedoch keinesfalls Rückschlüsse auf die betreffende Station zulassen (indem sie z.B. das Kürzel der Station enthalten).

Wenn mehrere Standorte eines Krankenhausverbunds mitmachen, bitte in der Stations-ID die ID des Standorts hinzufügen, damit das Datenmanagementzentrum die Stationen dem jeweiligen Standort zuordnen kann.

9. Wie wird die Anzahl Patiententage des Spitals gezählt? Muss man sie auf die Stunde genau erfassen?

Es gibt drei Methoden, wie die Patiententage erfasst werden: 1) alle Kalendertage, welche der Patient ganz oder teilweise verbringt; 2) alle Kalendertage, welche der Patient ganz oder teilweise verbringt MINUS Eintritts- oder Austrittstag (als Kompensation zur Überbewertung der Aufenthaltsdauer); 3) reale Tag gemessen in Stunden und ausgewiesen in Tagen. Als Patiententage zählen alle Kalendertage, an denen ein Patient im Spital anwesend ist. Bitte in Tagen (und nicht in Stunden) rechnen. Falls sie eine andere Methode anwenden, bitten wir Sie, uns per E-Mail zu informieren (pps@swissnoso.ch).

10. Werden alle Einzelzimmer gezählt, oder nur diejenigen, die zur Isolierung zur Verfügung stehen?

Es müssen alle Einzelzimmer gezählt werden; falls Mehrbettzimmer (in der Regel Zweierzimmer) FORMAL vorgesehen sind, als Einzelzimmer genutzt zu werden, falls dies im Rahmen einer Epidemie erforderlich sein sollte, können mitgezählt werden (aber bitte nur, falls in der Planung so vorgesehen und nicht im Katastrophenfall).

Formular H2

11. Was ist mit „Screeningtests“ gemeint, z.B. ist ein Influenzatest ein Screeningtest oder ein klinischer Test?

Screeningtests sind Untersuchungen, die zur Infektionsüberwachung, Epidemiologie oder Hygiene dienen; d.h. ein Influenzatest kann beides sein, ein klinischer Test, um über eine Therapie zu entscheiden oder ein Screeningtest zur Organisation von Isolationsmassnahmen während der Grippe-Epidemie. Dasselbe gilt für andere Tests.

12. Ich verstehe die Definition der evidenzbasierten Präventionsmassnahmen nicht ganz.

Grundsätzlich handelt es sich bei den evidenzbasierten Präventionsmassnahmen um eine Präventionsstrategie mit mehreren (meist drei bis fünf) Massnahmen, die, wenn sie zusammen angewendet werden, die Pflege des Patienten verbessern. Evidenzbasierte Präventionsmassnahmen müssen im Rahmen des IPK-Programms angewendet werden. Klassisches Beispiel: die fünf evidenzbasierten Verfahren beim Legen eines zentralen Gefässkatheters wie von Pronovost et al. publiziert (New Engl J Med 2006; 355: 2725).

13. Wie definiert sich ein IPK-Plan?

Im Plan sind IPK-Ziele aufgeführt, z.B Aktivitäten (Surveillance, Prävention) oder zu erreichende Indikatoren (z.B. Händehygiene Compliance >70%). Dieser Plan muss in schriftlicher Form vorliegen.

Stationsdaten

14. Auf dem Stationsformular ist die Anzahl Betten mit Händedesinfektionsmittelspendern im unmittelbaren Patientenpflegebereich einzutragen. Werden die Spender am Zimmereingang mitgezählt?

Nein, Desinfektionsmittelspender, die ausserhalb des unmittelbaren Pflegebereichs angebracht sind, beispielsweise am Zimmereingang, dürfen nicht mitgezählt werden. Als "Pflegebereich" gilt der Ort, an dem drei Komponenten zusammentreffen: der Patient, das Gesundheitspersonal und die pflegerischen oder therapeutischen Handlungen, die einen Kontakt mit dem Patienten oder seinem Umfeld (innerhalb des Pflegebereichs) mit sich bringen. Gemäss diesem Konzept muss die Händehygiene zu den empfohlenen Zeitpunkten und genau an dem Ort durchgeführt werden, an dem die Pflegehandlungen stattfinden. Dies setzt voraus, dass Händehygieneprodukte, beispielsweise ein alkoholisches Händedesinfektionsmittel, leicht zugänglich sind und möglichst in Patientennähe angebracht werden.

15. An Tagen, an denen grosser Andrang besteht, erhöht die Bettenverwaltung die Anzahl Betten in den Zimmern. Falls die Erhebung an einem dieser Tage stattfindet: Muss ich im Formular über Stationsdaten die übliche oder die tatsächliche Anzahl Betten auf Station vermerken?

Bitte die Anzahl Betten eintragen, die am Erhebungstag verfügbar sind.

16. Wie ist die Stations-Fachrichtung einer pädiatrischen Intensivpflegestation?

Um zweifelsfrei Kinder von Erwachsenen differenzieren zu können (gilt für Kinderkliniken, welche Teil eines Krankenhauses sind) soll die Fachrichtung „PED“ angegeben werden.

Patientendaten

1. Es gibt Patienten, die auch ausserhalb der Intensivstation (HNO-Station, Innere Medizin) ein Tracheostoma tragen. Gelten sie als intubiert? Muss ich auf dem Patienten-Formular bei der Frage "Beatmung (intubiert)" ein "Ja" eintragen?

Ja. Unabhängig davon, ob eine mechanische Beatmung (Intratracheal-Tubus oder Tracheostomie) vorliegt und unabhängig von der Station, auf welcher der Patient betreut wird. Ein Tracheostoma umgeht die Schutzmechanismen des Oropharyngealtraktes und des Larynx und stellt deshalb ein Risiko für Infektionen der unteren Atemwege dar.

2. Meine Patientin hatte zwei NHSN-Eingriffe. Muss ich mich für einen davon entscheiden? Wenn ja, für welchen?

Bitte bei Patienten, an denen seit dem Spitaleintritt mehrere NHSN-Operationen vorgenommen wurden, den Eingriff mit dem höchsten Risikoindex wählen (Ref.: Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. National Nosocomial Infections Surveillance System., Am J Med. 1991 Sep 16;91(3B):152S-157S.)

3. Welche "Fachrichtung des Patienten" muss ich für Mütter und Neugeborene wählen, die zusammen auf der Geburtsabteilung betreut werden?

Mütter auf Geburtshilfe-Stationen und ihre gesunden Neugeborenen, die ebenfalls dort untergebracht sind, müssen in verschiedenen Fachrichtungen erfasst werden: GOOBS für die Mutter, GOBAB für das Neugeborene. Die Fachrichtung der Station ist für beide dieselbe (G/O)!

4. Bei Kindern unter zwei Jahren kann das Alter nur in Monaten (und nicht in Tagen) angegeben werden. Welches Alter muss ich für Neugeborene unter 28 Tagen eintragen?

Bitte für Neugeborene (weniger als 28 Lebenstage) 0 Monate angeben.

5. Wie ist die Fachrichtung eines Säuglings, der (ungeachtet des postnatalen Alters) in einer neonatologischen Abteilung hospitalisiert ist?

Für Neugeborene und Säuglinge, die auf einer neonatologischen Station betreut werden, müssen immer die Codes für Neonatologie verwendet werden (ICUNEO oder PEDNEO, je nachdem ob es sich um eine intensivmedizinische neonatologische Einrichtung handelt oder nicht).

6. Die genaue Pathologie, die ich brauche, um die Überlebensprognose nach McCabe Score zu definieren, finde ich in der Liste der Erkrankungen nicht.

Die Liste der Erkrankungen zur Beurteilung des McCabe Scores ist nicht vollständig und eher als Orientierung gedacht. Die Einschätzung der Überlebensprognose des Patienten muss sich an den zugrundeliegenden Erkrankungen orientieren. Bitte dabei auch den Einfluss des akuten Problems berücksichtigen, weswegen der Patient ins Spital eingewiesen wurde. Der Einfluss einer allfälligen HAI ist hingegen nicht zu berücksichtigen: 12 Monate/5 Jahre.

7. Das Formular über die Patientendaten verlangt die Angabe des Geburtsgewichts von Neugeborenen. Braucht es diese Angabe auch für Säuglinge (Alter > 28 Tage), die in der Neonatologie bzw. auf einer neonatologischen oder gynäkologisch-geburtshilflichen Intensivstation behandelt werden?

Ja, diese Angabe ist unabhängig des Alters für alle Neugeborenen sowie für alle Säuglinge erforderlich, die auf einer neonatologischen oder gynäkologisch-obstetrischen Station betreut werden.

8. Die NHSN-Eingriffe am Bauch (z.B. Appendektomie) werden bei uns hauptsächlich laparoskopisch durchgeführt. Ist dies ein NHSN-Eingriff?

Ja. Der Zugang (Laparoskopie, Laparatomie) ist kein Kriterium zur Festlegung eines NHSN-Eingriffes.

9. Gilt ein nicht-gebrauchter (nicht angestochener) Port-à-Cath als Risikofaktor?

Nein. Ein Port-à-Cath ohne Nadel soll nicht als relevantes Device angegeben werden.

Anwendung von Antibiotika

1. Unser Patient wurde mit Lungenentzündung aus einem Pflegeheim eingewiesen. Muss diese Infektion dem Pflegeheim zugeordnet werden?

Ja, diese Infektion erfüllt zwar die Kriterien einer Healthcare-assoziierten Infektion (HAI), jedoch wird sie nicht Ihres Krankenhauses zugeordnet. Bitte im Patienten-Formular im Feld betreffend die Anwendung von Antibiotika die Option "LI" vermerken.

2. Unser Patient erhält ein Antibiotikum für zwei verschiedene Indikationen (zwei verschiedene Infektionen). Muss ich ihn im Patienten-Formular ein oder zwei Mal angeben?

Etwas vereinfacht formuliert gilt, dass der Teil "Einsatz von Antibiotika" des Formulars entwickelt wurde, um zu erfassen, welche Antibiotika aus welchen Gründen verschrieben werden. Wenn nun ein Antibiotikum aus zwei verschiedenen Gründen eingesetzt wird (z.B. Clindamycin für eine Zahninfektion und gleichzeitig für eine Zellulitis), braucht es zwei Einträge, damit beide Indikationen erfasst werden.

3. Ein Antibiotikum wird für eine Infektion verschrieben, aber es liegen zwei Diagnosen vor (z.B. Bakteriämie und Harnwegsinfektion im Zusammenhang mit einer Urosepsis). Ich darf im Patienten-Formular aber nur einen Code eintragen. Welcher Code hat Vorrang?

Dazu gibt es keine klaren Anweisungen. Man sollte jedoch versuchen, stets die Diagnose anzugeben, die in der absteigenden Reihenfolge des Schweregrads zuerst genannt würde (z.B. Bakteriämie > Harnwegsinfektion).

4. Eine Patientin erhält ein Antibiotikum X. Laut Patientendossier wird sie wegen einer ambulant ("community") erworbenen Infektion behandelt, aber diese Infektion erfüllt gemäss den Definitionen des PPS-Protokolls die Kriterien einer Healthcare-assoziierten Infektion. Wie soll ich sie im Teil "Einsatz von Antibiotika" des Patienten-Formulars erfassen?

Für die Erfassung der Verabreichung von Antibiotika sind ausschliesslich die Angaben im Patientendossier zu berücksichtigen. Dies im Wissen, dass die Einschätzung durch das medizinische Personal nicht immer objektiv ist (und Aussenstehende die Verabreichung möglicherweise anders beurteilen würden). Im vorliegenden Fall halten Sie sich an die vom medizinischen Personal gewählte Indikation, also "ambulant

erworbene Infektion". Wenn die Infektion die HAI-Definition der CH-PPS erfüllt, muss sie zudem im Teil "HAI" des Patienten-Formulars angegeben werden.

5. Ein Antibiotikum wird zusätzlich zu einem als erstes verwendeten Antibiotikum verordnet: Gilt dies als therapeutische Eskalation?

Das hängt von der Indikation ab. Wird für dieselbe Indikation ein zweites Antibiotikum verordnet, liegt (in der Regel) eine Eskalation bezüglich beider Antibiotika vor. Wird das zweite Antibiotikum für eine andere Indikation verordnet, liegt keine therapeutische Eskalation vor.

6. Ein Patient erhält über einen Bauchfelldialyse-Katheter alle zwei Tage Vancomycin wegen einer Infektion im Zusammenhang mit der Dialyse. Was gilt hier als Verabreichungsmodus, und wie muss ich die Tagesdosis definieren?

Erfolgt die Gabe des Antibiotikums jeden zweiten Tag, wird die Tagesdosis ermittelt, indem man die betreffende Gabe durch zwei teilt. Der Verabreichungsweg gilt als parenteral.

7. Wie soll ich die tägliche Dosierung von Antibiotika-Kombinationen angeben (z.B. Amoxicillin + Clavulansäure [Augentin]; Trimethoprim + Sulfamethoxazol [Bactrim])?

Bei Betalactam-Antibiotika soll die Menge der aktiven Substanz angegeben werden (z.B. Amoxicillin bei Co-Amoxiclav oder Piperacillin bei Piperacillin-Tazobactam). Bei anderen (Nicht-betalactam Antibiotika) Kombinationspräparaten sollen die aktiven Substanzen zusammengezählt werden (z.B. Bactrim forte: eine Tablette enthält 800 mg Sulfamethoxazol und 160 Trimethoprim; bei einer Einmaldosis geben sie an: 1 x 960 mg; bei zweimaliger Dosis geben sie an: 2 x 960 mg).

Healthcare-assoziierte Infektionen

1. Angenommen, die mikrobiologischen Befunde zu einer HAI liegen am Erhebungstag noch nicht vor: Soll ich einige Tage später den Fall nochmals aufgreifen und den Teil über das (Nicht-)Vorhandensein eines Mikroorganismus ergänzen?

Ja. Nachträgliche Korrekturen/Ergänzungen welche über die Angabe eines mikrobiologischen Befundes hinausgehen sind jedoch nicht zulässig.

2. Muss ich das Feld "Infektionsbeginn" ausfüllen, wenn die Healthcare-assoziierte Infektion bei der Aufnahme ins Spital bereits bestand?

Nein, dieses Feld müssen Sie nicht ausfüllen, da das Datum des Infektionsbeginns per Definition vor dem Datum der Aufnahme liegt.

3. **Muss ich bei einer HAI mit Mehrfachlokalisierung nur die primäre Lokalisation eintragen (z.B. Bakteriämie und septische Arthritis)?**

Wenn alle Lokalisationen die HAI-Kriterien erfüllen (BSI und BJ-JNT), müssen alle Definitionen erfasst werden.

4. **Ein Patient leidet an einer Healthcare-assoziierten Lungenentzündung. In der Atemprobe werden mehrere Erreger gefunden. Muss ich alles angeben?**

Ja, ausser, das Mikrobiologielabor stuft den Befund als Ganzes als Kontamination oder als orale Flora ein (in der Regel ≥ 3 Keime). Wenn mehrere Proben vorliegen, müssen die Mikroorganismen derjenigen Probe erfasst werden, die als Erklärung für die HAI am ehesten in Frage kommt. Meistens ist das die Probe, die bei Beginn der HAI und vor Einleitung der Antibiotikabehandlung entnommen worden ist.

5. **Gemäss Kodiertabelle reicht ein Thorax-Röntgenbild oder ein CT-Scan der betreffenden Episode aus, um bei ausgewiesenen Herz- und/oder Lungenpatienten eine Healthcare-assoziierte Lungenentzündung festzustellen, sofern ein Vergleich mit einer früheren Röntgenuntersuchung möglich ist. Wie lange darf die Röntgenaufnahme und/oder der CT-Scan zurückliegen, um gültig zu sein?**

Das Thorax-Röntgenbild oder ein Thorax CT-Scan, die zum Vergleich herangezogen werden, dürfen höchstens ein Jahr alt sein.

6. **Welcher Station ist eine Infektion zuzuordnen, wenn eine Patientin, die sich auf der Station A einem chirurgischen Eingriff unterzogen hat, auf die Station B verlegt wird und mehr als 72 Stunden nach dem Transfer eine HAI vom Typus einer postoperativen Wundinfektion entwickelt?**

In diesem Fall fehlt eine allgemeingültige Regel. Ausserdem: eine oberflächliche postoperative Wundinfektion ist (mit Ausnahmen) der Station B zuzuordnen; eine postoperative Wundinfektion Organ/Hohlraum wird stets der Station A zugeordnet; die postoperativen Wundinfektionen (D) können unterschiedlich zugeordnet werden: beispielsweise wird eine derartige Infektion bei intakter Narbe eher der Station A zugeordnet, während eine postoperative Wundinfektion mit Narbe mit Dehiszenz gleich welchen Schweregrads (oder mit äusserer Drainage) eher der Station B zugeordnet wird.

7. **Gilt die Ventrikeldrainage als relevantes Device?**

Nein.

8. **Für Neugeborene gibt es einige spezifische Definitionen, aber sie liegen nicht für alle HAI-Typen vor. Wie verfare ich, wenn ein Neugeborenes eine HAI aufweist, die durch die anderen Definitionen bestimmt wird?**

Die spezifischen Neugeborenen-Definitionen decken weitaus die meisten zu erwartenden HAI bei Neugeborenen (gleich welchen Alters) ab. Für alle anderen Fälle gelten die allgemeinen Definitionen.

9. Muss ich in der Diagnose einer Harnwegsinfektion beim Kind andere Kriterien anwenden?

Ja. Die Diagnose einer Harnwegsinfektion beim Kind hängt von der Probenentnahme ab: $\geq 10^4$ Keime/ml bei (Einmal-) Katheterisierung, $\geq 10^5$ bei Mittelstrahlurin.

10. Die Erfassung healthcare- assoziierter COVID-19 Fälle basiert auf den folgenden ECDC-Kriterien für COVID-19 Fälle:

1. Community-assoziertes COVID-19:

- Symptome bei der Aufnahme oder Beginn am Tag 1 oder 2 nach der Aufnahme
- Symptombeginn an den Tagen 3-7 und starker Verdacht auf eine community-erworbene Übertragung.

2. COVID-19 - unbestimmte Assoziation:

- Symptombeginn am Tag 3-7 nach der Aufnahme, mit unzureichenden Informationen über die Infektionsquelle, um einer anderen Kategorie zugeordnet zu werden.

3. Wahrscheinliches healthcare-assoziertes COVID-19:

- Beginn der Symptome am Tag 8-14 nach der Aufnahme
- Symptombeginn am Tag 3-7 und starker Verdacht auf eine Übertragung im Gesundheitswesen.

4. Definitives healthcare-assoziertes COVID-19:

- Symptombeginn am Tag >14 nach der Aufnahme

COVID-19 ist healthcare-assoziert bei wahrscheinlichem und definitivem COVID-19 gemäss den oben genannten Definitionen. Bei der Erfassung sind zwei Codes zu verwenden:

- entweder PN3, wenn es eine Bildgebung gibt (Thorax-Rx oder CT-Scan)
- ODER LRI-PNEU, wenn es keine Bildgebung gibt.

In jedem Fall muss SARS-CoV-2 in der Mikrobiologie erwähnt werden (VIRSAR).