



Nationales Zentrum für Infektionsprävention
Centre national de prévention des infections
Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni
National Center for Infection Control

Modul Erfassung von postoperativen Wundinfektionen

Teilnehmerhandbuch

Herausgegeben von Swissnoso, Version 1. Januar 2026
Aktualisiert am 26. Januar.2026

1 Inhaltsverzeichnis

1	INHALTSVERZEICHNIS	2
1.	EINFÜHRUNG ZUM TEILNEHMERHANDBUCH.....	3
1.1	HINTERGRUND	3
1.2	DEFINITION.....	3
1.3	REFERENZMETHODE	3
1.4	BEKANNTGABE DER ERGEBNISSE	3
1.5	VALIDIERUNG	4
1.6	HOTLINE	4
1.7	TEILNEHMERHANDBUCH.....	4
2	ÄNDERUNGEN.....	5
3	BESCHREIBUNG DER METHODE ZUR ERFASSUNG VON POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN.....	6
3.1	TEILNAHME UND VORAUSSETZUNGEN	6
3.2	BERÜCKSICHTIGTE CHIRURGISCHE EINGRIFFE	6
3.3	PATIENTENINFORMATION	7
3.4	SURVEILLANCE-PROZESS.....	8
3.4.1	<i>Falleinschluss.....</i>	8
3.4.2	<i>Aktive Surveillance (Follow-up) der Entwicklung der Patienten während der Hospitalisation.....</i>	9
3.4.3	<i>Aktive Surveillance (Follow-up) der Entwicklung der Patienten nach dem Austritt: post discharge surveillance (PDS).....</i>	9
3.4.4	<i>Feststellung der Infektionsfälle und Supervision</i>	12
3.5	DATENERFASSUNG	13
3.6	DATENKONTROLLE (DATA CLEANING)	14
3.7	LITERATUR.....	14
4	ANHANGDOKUMENTE:	15
	DOKUMENT 1 – ERFASSUNGSFORMULAR (CRF)	16
	DOKUMENT 2 – DEFINITIONEN DER VARIABLEN DES EINGABEFORMULARS (CRF)	19
	DOKUMENT 3 – LISTE UND CODES DER CHIRURGISCHEN EINGRIFFE, DIE IM PROGRAMM SWISSNOSO ERFASST WERDEN; ..	37
	DOKUMENT 4 – DEFINITION DER KONTAMINATIONSGRADE I BIS IV – V 01.01.2026	42
	DOKUMENT 5A – LISTE UND CODES DER ANTIBIOTIKA UND ANTIMYKOTIKA.....	44
	DOKUMENT 5B – LISTE UND CODES DER MEISTVERABREICHTEN ANTIBIOTIKA, KLASSIFIZIERT NACH ALPHABET UND HANDELSNAMEN	46
	DOKUMENT 6 – ART DER POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTION	47
	DOKUMENT 7 – KRITERIEN FÜR DIE DIAGNOSE VON POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN.....	48
	SPEZIFISCHE CDC-KRITERIEN B FÜR DIE DIAGNOSE EINER POSTOPERATIVEN ENDOMETRITIS NACH KAISERSCHNITT.....	50
	SPEZIFISCHE CDC-KRITERIEN B FÜR DIE DIAGNOSE EINER POSTOPERATIVEN ENDOKARDITIS NACH HERZKLAPPENCHIRURGIE	51
	SPEZIFISCHE CDC-KRITERIEN B FÜR PROTHESEN-ASSOZIIERTE INFEKTIONEN	52
	SPEZIFISCHE CDC-KRITERIEN B FÜR EINE VAGINALSTUMPFS INFEKTION NACH HYSTEREKTOMIE.....	53
	DOKUMENT 8 – LISTE UND CODES DER KEIME 01.01.2026	54
	DOCUMENT 9 – STANDARDISIERTEN TELEFONINTERVIEW.....	56
1.	ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUM STANDARDISIERTEN TELEFONINTERVIEW.....	56
2.	FORMULAR FÜR DAS STANDARDISIERTE TELEFONINTERVIEW	57
	FORMULAR FÜR DAS STANDARDISIERTE TELEFONINTERVIEW – V 01.01.2026.....	58

1. Einführung zum Teilnehmerhandbuch

1.1 Hintergrund

Mehr als ein Viertel aller Healthcare-assoziierten Infektionen entfallen auf postoperative Wundinfektionen (Surgical Site Infection – SSI). Schätzungen zufolge erleiden in der Schweiz – je nach Operationsart – rund 1 bis über 20% der Patienten nach operativen Eingriffen eine solche Wundinfektion. SSI verursachen längere Spitalaufenthalte, höhere Kosten und schlimmstenfalls Todesfälle. Patienten- und operationsabhängige Faktoren sind für das Auftreten von Wundinfektionen zwar mitentscheidend, doch lässt sich ein Teil davon verhindern. Unter den Präventionsmassnahmen spielt die Überwachung (Surveillance) eine wichtige Rolle.

Die epidemiologische Erfassung von postoperativen Wundinfektionen dient der Erkennung und Diagnose von Infektionen operierter Patienten. Dabei handelt es sich um eine validierte, prospektive, auf internationalen Kriterien beruhende Methode des Follow-ups, die ein dauerhaftes Erfassen, Auswerten und Interpretieren von Daten ermöglicht.

Swissnoso, das Nationale Zentrum für Infektionsprävention, ist seit dem 1. Juni 2009 vom ANQ mit der Durchführung der prospektiven SSI-Surveillance beauftragt. Dieses nationale Programm wird auch vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), von H+, von der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI) und der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) unterstützt. Es stellt das erste Modul des Projekts Swiss Clean Care dar, welches mittlerweile durch das Interventionsmodul zur Reduktion postoperativer Wundinfektionen, Swissnoso Clean Hands, die Nationale Punktprävalenz-Erhebung und das Pilotprogramm progress! Sicherheit bei Blasenkathetern ergänzt wird.

1.2 Definition

Als SSI gelten Infektionen der Haut Infektionen der Haut, des Gewebes (einschliesslich der Faszien und Muskelschichten an der Inzisionsstelle) oder von Organen beziehungsweise Hohlräumen, die während der Operation eröffnet oder manipuliert wurden, welche innert 30 Tagen nach der Operation (oder innert 1 Jahr bei Implantatchirurgie) auftreten.

1.3 Referenzmethode

Die Surveillance-Methode von Swissnoso basiert auf internationalen Empfehlungen und Erfahrungen, namentlich auf der Methode des National Healthcare Safety Network (NHSN) und auf einem ähnlichen multizentrischen Programm, das 1998 in der Westschweiz, im Tessin und einem Spital in Bern eingeführt wurde.

Die wesentlichen methodologischen Punkte werden im Kapitel «Beschreibung der Erfassungsmethode» erläutert.

1.4 Bekanntgabe der Ergebnisse

Die Kommunikation der Ergebnisse ist zentraler Bestandteil der Surveillance-Programme. Jedes Jahr werden auf der Online-Plattform von Swissnoso, auf die jedes teilnehmende Spital (unter

dem Begriff «Spital» im vorliegenden Teilnehmerhandbuch sind alle teilnehmenden Spitäler, Kliniken und Standorte zu verstehen) über ein geschütztes Login zugreifen kann, individuelle und spezifische Berichte aufgeschaltet.

Über diese ausführlichen Berichte können sich die Spitäler anonym untereinander vergleichen. Die darin enthaltenen Ergebnisse werden anhand eines Risikoindexes (NNIS/NHSN-Index) adjustiert, wobei die Unterschiede zwischen Patienten (Case-Mix) berücksichtigt werden. Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung wird den Spitätern nahegelegt, ihre Ergebnisse mit den für die Surveillance zuständigen Personen und insbesondere mit den Personen in den chirurgischen Abteilungen zu besprechen.

Seit 2014 werden die Zahlen zusätzlich durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken (ANQ) in Zusammenarbeit mit Swissnoso transparent auf dessen Website veröffentlicht: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/>

Darüber hinaus werden die nationalen Gesamtergebnisse und die Ergebnisse nach Art der Intervention jedes Jahr von Swissnoso in Zusammenarbeit mit dem ANQ erstellt und können auf der Website des ANQ heruntergeladen werden: <https://www.anq.ch/de/downloads/?category=3024>

1.5 Validierung

Die Gültigkeit der erfassten Daten beeinflusst die Surveillance-Qualität in jedem Spital und stellt ein wichtiger Punkt für die Auswertung der Ergebnisse dar. Swissnoso führt seit Oktober 2012 in den teilnehmenden Spitätern standardisierte Audits durch, um die Qualität der Surveillance-Prozesse und den Outcome zu evaluieren. Die Spitäler erhalten einen persönlichen Evaluationsbericht mit praktischen Empfehlungen. Damit will Swissnoso erreichen, dass die standardisierte Surveillance-Methode in allen teilnehmenden Spitätern homogen angewandt wird. Die Evaluationsmethode ist auf der Website von Swissnoso beschrieben:

<https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/validierung/>

1.6 Hotline

Swissnoso führt eine Hotline, über die allfällige Fragen in Bezug auf die Methodik und auf die Evaluation der Fälle mit Infektionsverdacht beantwortet werden. <https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/support/hotline/>.

1.7 Teilnehmerhandbuch

Im vorliegenden Teilnehmerhandbuch werden die Methodik und die nötige Dokumentation für die Umsetzung der Surveillance-Prozesse (vgl. Beschreibung der Erfassungsmethode) aufgezeigt.

Allgemeine Dokumentation

Das Teilnehmerhandbuch enthält ein Eingabeformular (Case Report Form – CRF) für die Erhebung der Daten auf Papier. Es sei angemerkt, dass es empfehlenswert ist, die Daten direkt in die Online-Datenbank einzugeben. Der Datenimport aus einem elektronischen Patientendossier-Verwaltungssystem ist über die Parametrierung eines von SwissRDL zur Verfügung gestellten Tools möglich (Webservice).

Das Teilnehmerhandbuch enthält neun Referenzdokumente, die der Codierung der Variablen des CRF, der Infektionsdiagnostik und dem Follow-up des Verlaufs nach dem Austritt dienen.

- Dokument 1 Eingabeformular (CRF)
- Dokument 2 Definitionen der Variablen des CRF mit konkreten Beispielen
- Dokument 3 Liste und Codes der Eingriffe und Normdauer von Operationen
- Dokument 4 Definition der Kontaminationsgrade I bis IV
- Dokument 5 Liste und Codes der Antibiotika und Antimykotika
- Dokument 6 Art der postoperativen Wundinfektion
- Dokument 7 CDC-Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen
- Dokument 8 Liste und Codes der Keime
- Dokument 9 Standardisiertes Telefoninterview

Zusätzliche Dokumente

Auf der Website von Swissnoso sind weitere spezifische Dokumente und verschiedene Definitionen (Key Terms und Dokumente 10 bis 17) verfügbar:

<https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/material/handbuch-formulare/> .

Auteurs : Eisenring M.C.¹, Perdrieu C.¹, Berthod D.¹, Troillet N.¹, pour Swissnoso

¹ *Hôpital du Valais (ICH-HVS), Sion*

2 Änderungen

Die wichtigsten Änderungen zwischen der Version vom 01.10.2024 und dieser Version des Handbuchs umfassen:

- Hinzufügen des Key Terms #21 im Abschnitt 3.4.1 Falleinschluss
- Die Änderung der Frist für den Versand der Erinnerung per SMS/E-Mail mit dem FFU-Fragebogen (Seite 10)
- Hinzufügen der Key Terms #28, 29, 31 und 42 im Abschnitt 3.4.4 Feststellung der Infektionsfälle und Supervision
- Implantattyp in der Herzchirurgie: dazu gehören Cerclagen aus Metall- oder synthetischen Drähten. Dokument 2 – Definitionen der Variablen des Eingabeformulars (CRF), Seite 28
- 2 neue Codes für die Herzchirurgie: Code 46 für den Klappenersatz und Code 47 für die Valvuloplastie (Dokument 3 – Liste und Codes der chirurgischen Eingriffe, die im Programm Swissnoso erfasst werden; , Seite 37)
- Aufhebung der Codes für TAVI-Operationen: 35.F1.24, 35.F1.25, 35.F1.34, 35.F1.35, 35.F1.44, 35.F1.45 (Dokument 3 – Liste und Codes der chirurgischen Eingriffe, die im Programm Swissnoso erfasst werden;
- Die Beendigung der Überwachung von oberflächlichen Wundinfektionen ab dem 1. Januar 2026 (Dokument 6 – Art der postoperativen Wundinfektion, Seite 47)
- Klarstellung des Kriteriums C in Dokument 7 – Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen, Seite 48
- Klarstellung des Kriteriums B2 für eine Protheseninfektion, Seite 52

- Die Aktualisierung der Liste der Mikroorganismen (Dokument 8 – Liste und Codes der Keime 01.01.2026, Seite 54)
- Aktualisierung des Datenerfassungsformulars (neues CRF und Pilotprojekt), Dokument 1 – Erfassungsformular (CRF), Seite 16.

3 Beschreibung der Methode zur Erfassung von postoperativen Wundinfektionen

3.1 Teilnahme und Voraussetzungen

Jedes Spital mit chirurgischer Tätigkeit muss am Erfassungsprogramm teilnehmen. Damit die Erfassung postoperativer Wundinfektionen durchgeführt werden kann, muss das Spital über kompetentes, wenn möglich in Infektionsprävention oder Spitalhygiene ausgebildetes Pflegefachpersonal verfügen. Den für die Surveillance zuständigen Personen müssen für diese Aufgaben genügend Stellenprozente gewährt werden: für rund 800 bis 1'000 pro Jahr eingeschlossene Fälle rund 0.50 VZS (Vollzeitstellen). Die für die Surveillance nötige Zeit hängt davon ab, ob es ein System zur elektronischen Verwaltung des Patientendossiers gibt, wie gut die medizinischen Unterlagen zugänglich sind und wie komplex die erfassten operativen Eingriffe sind. Die Surveillance der Colon-/Rektum-Chirurgie, der Herzchirurgie und der Wirbelsäulenchirurgie ist komplexer und zeitaufwändiger als die der anderen Eingriffsarten.

Das Spital muss ausserdem einen medizinischen Supervisor (für die Supervision zuständiger Arzt), im Idealfall einen Facharzt für Innere Medizin oder Infektiologie, benennen. Für die Supervision sind pro Monat rund ein bis zwei Stunden einzurechnen, was von der Zahl und Art der erfassten Eingriffe abhängt.

Damit die in die Surveillance involvierten Personen unabhängig sind, dürfen sie nicht der Chirurgie oder dem Operationstrakt angegliedert sein. Administratives Personal ist für die Durchführung der Surveillance nicht geeignet. Es kann einzig für die Eingabe der erhobenen Daten in der Swisssoso-Plattform eingesetzt werden. Alle involvierten Personen müssen den obligatorischen Swisssoso-Einführungskurs besucht haben: <https://www.swisssoso.ch/module/ssi-surveillance/workshops/>.

3.2 Berücksichtigte chirurgische Eingriffe

Seit dem 1. Oktober 2021 wurde der Katalog der chirurgischen Eingriffe, die im Rahmen des Erfassungsprojekts berücksichtigt werden, angepasst und umfasst: Appendektomie, Cholezystektomie, Colonchirurgie, Rektumchirurgie, Magenbypasschirurgie (bariatrische Chirurgie), Sectio caesarea (Kaiserschnitt), Hysterektomie¹ (abdominal und vaginal),

¹Die Erfassung von Hysterektomien umfasst den Einschluss von abdominalen Hysterektomien (Code 30) UND vaginal durchgeführten Hysterektomien (Code 31). Es ist nicht möglich, sie unabhängig voneinander einzuschliessen.

Wirbelsäulenchirurgie (Laminektomie), Herzchirurgie² (Coronarbypass, Herzklappen und andere Herzchirurgie), erste elektive Implantation einer Knie- oder Hüftprothese sowie gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten (VASCAMI) . Die eingeschlossenen Eingriffe werden gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP Version 2026) definiert. Siehe Dokument 3 – dieses Teilnehmerhandbuchs.

Den aktuellen Vertragsbestimmungen zwischen dem ANQ und Swissnoso zufolge muss jedes teilnehmende Spital im Rahmen des Erfassungsprogramms aus einem Katalog mit vorgegebenen Eingriffen mindestens drei chirurgische Eingriffsarten monitorisieren. Die Erfassung von Colonchirurgie ist für alle Spitäler, die diese Art von Eingriffen durchführen, obligatorisch. Es können nur Operationen, welche einen stationären Aufenthalt zur Folge haben, eingeschlossen werden. Ambulant durchgeführte Eingriffe können nicht in die Swissnoso-Surveillance eingeschlossen werden.

Zusätzlich zu den drei gewählten Eingriffsarten ist die Erfassung von Appendektomien (Blinddarmentfernung) bei Jugendlichen und Kindern unter 16 Jahren (<16 Jahren) vom ANQ vorgeschrieben – ungeachtet des Typs oder des Auftrags eines Spitals. Das berücksichtigte Alter ist das Alter zum Zeitpunkt des Eingriffs (Tag der Operation). Appendektomien, die bei Patienten ab 16 Jahren durchgeführt werden, werden als Appendektomien bei Erwachsenen eingestuft. Bei den anderen Eingriffsarten werden nur die Operationen von über 16-Jährigen (≥ 16 Jahren) in die Surveillance eingeschlossen. Für eine bessere Interpretation der im Jahresbericht vorgestellten Ergebnisse sollten idealerweise mindestens 30 Fälle pro Jahr berücksichtigt werden. Allerdings müssen alle Fälle, die die Einschlusskriterien der Swissnoso-Methode erfüllen, in die Datenbank eingegeben werden, auch wenn ihre Anzahl unter 30 liegt. Ist eine Einrichtung aus irgendeinem Grund nicht in der Lage, die Überwachung einer oder mehrerer Interventionen durchzuführen, muss [ein Antrag](#) auf Befreiung an das ANQ gestellt werden.

3.3 Patienteninformation

Alle von der Surveillance betroffenen Patienten müssen darüber informiert werden, dass sie in ein Surveillance-Programm eingeschlossen werden oder dass ihre Daten im Rahmen einer Qualitätskontrolle verwendet werden können. Diese Information kann den betroffenen Patienten direkt erteilt werden oder in der Willkommensbroschüre des Spitals im Kapitel über die Politik zur Surveillance der Versorgungsqualität aufgeführt werden. Wie auch immer diese Information übermittelt wird, sollten die Patienten die Möglichkeit haben, ihre Teilnahme an diesem Programm zu verweigern. Da es sich um ein Programm zur Verbesserung der Versorgungsqualität handelt, ist eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten nicht erforderlich. Die Patienteninformation liegt in der Verantwortung der teilnehmenden Institutionen. Swissnoso stellt Beispiele von Informationsschreiben zur Verfügung, welche die einzelnen Spitäler anderer Art

²Die Erfassung der Herzchirurgie umfasst den Einschluss von Coronarbypass (Code 44 und 45), Klappenoperationen (Code 46), Valvuloplastien (Code 47) UND anderer chirurgischer Eingriffe (Code 43). Es ist nicht möglich, sie unabhängig voneinander einzuschliessen.

von Surveillance und an den jeweiligen Kontext anpassen können sowie ein Informationsdokument zuhanden der Spitäler.

3.4 Surveillance-Prozess

Die von Swissnoso entwickelte Surveillance-Methodik basiert auf der Methodik des National Healthcare Safety Network (NHSN) des CDC^{2,3}. Diese wird am obligatorischen Einführungskurs (Workshop) von Swissnoso, der zweimal jährlich in deutscher und französischer Sprache stattfindet, ausführlich beschrieben. Ihr Grundsatz basiert auf der aktiven und systematischen Beobachtung der klinischen Entwicklung der Patienten **während der Hospitalisation sowie nach dem Austritt** 30 Tage beziehungsweise bei Implantation von Fremdmaterial (orthopädische Chirurgie, Herz-, Gefäss- oder Wirbelsäulenchirurgie) 90 Tage nach dem Eingriff. Dieses sogenannte Follow-up wird von qualifiziertem und entsprechend geschultem Personal durchgeführt (Swissnoso-Schulung obligatorisch) und setzt den Zugang zu sämtlichen medizinischen und pflegerischen Unterlagen, einschliesslich der Laboruntersuchungen, der Radiologieberichte und der histopathologischen Befunde voraus.

3.4.1 Falleinschluss

Der Falleinschluss basiert auf der Einsichtnahme in das Operationsprogramm (inkl. Notfalleingriffe) und allenfalls in die Liste der geplanten Eintritte, falls diese vollständig ist und keine ungeplanten Eintritte vorkommen. Je nach System zur elektronischen Verwaltung der Patientendossiers des Spitals kann der Falleinschluss automatisiert werden.

Unabhängig des gewählten Einschlusssystems muss dieses jährlich evaluiert werden, um sicherzustellen, dass es vollständig ist und dass kein Selektionsbias vorkommt.

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, dürfen nicht eingeschlossen werden.

Im Falle von multiplen Eingriffen anlässlich derselben Operation ist der **Haupteingriff** für die Entscheidung über den Ein- oder Ausschluss des Falls ausschlaggebend. Beispiele finden Sie in Dokument 2 unten (Art der Operation) und Dokument 16 Key Terms (KT#21).

Die Kontrolle des Falleinschlusses und der Kodierung muss mittels systematischer Einsichtnahme in die Operationsberichte erfolgen, unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien und der Besonderheiten, die im in diesem Handbuch sowie im Dokument 16 Key Terms beschrieben werden.

[Andere Dokumente \(Dokumente 10-15 und 17\)](https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/material/handbuch-formulare/), welche die einzuschliessenden Eingriffe beschreiben und die in der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP aufgeführt werden, bieten eine weitere Entscheidungshilfe. Sämtliche Dokumente finden sich auf der Website von Swissnoso: <https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/material/handbuch-formulare/>.

Die Patienten- und Eingriffsdaten werden für jeden Patienten erhoben. Für die Erfassung der operationsspezifischen Daten (Datum, Eingriffsdauer, Eingriffsart, zusätzliche Eingriffe

(kolorektalchirurgie), Implantate, Risikoscore der American Society of Anaesthesiologists (ASA), chirurgische Technik, Kontaminationsklasse, Antibiotikaphylaxe) ist der Zugriff auf folgende medizinische Unterlagen unverzichtbar: Operationsbericht, Anästhesieprotokoll, histopathologische Befunde, Notizen der Hebammen (Kaiserschnitt).

3.4.2 Aktive Surveillance (Follow-up) der Entwicklung der Patienten während der Hospitalisation

Die für die Surveillance zuständige Person beobachtet aktiv den klinischen Verlauf während der Hospitalisation und sucht gemäss der standardisierten Methode retrospektiv in den medizinischen Unterlagen nach allfälligen klinischen Infektionszeichen des Operationsfeldes. Die Methodik wird am obligatorischen Einführungskurs (Workshop) von Swissnoso vorgestellt und umfasst namentlich das Heraussuchen und die **systematische Evaluation** der folgenden medizinischen Informationen:

- Antibiotikaverordnungen
- Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Operationsfeld: radiologische und mikrobiologische Untersuchungen sowie andere Laboruntersuchungen (Inflammationsmarker)
- Ärztliche Verlaufsberichte: Verlauf, Behandlung, Untersuchungen, Reoperationen, Rehospitalisationen
- Pflegeberichte: Wunddokumentation, Beschwerden des Patienten, Drainagen, Temperaturkurve
- Austrittsbericht: Folgebehandlung und Nachkontrolle
- Bericht der ambulanten Kontrolluntersuchungen oder Sprechstunden, sofern durchgeführt

3.4.3 Aktive Surveillance (Follow-up) der Entwicklung der Patienten nach dem Austritt: post discharge surveillance (PDS)

Zusätzlich zur aktiven Surveillance (Follow-up) der Entwicklung der Patienten während der Hospitalisation gehört zur Methodik eine aktive Surveillance nach dem Austritt, die sogenannte «post discharge surveillance (PDS)». Bei Operationen ohne Implantat werden die Fälle bis zu 30 Tage nach der Operation nachverfolgt. Bei Vorhandensein von Fremdmaterial werden sie bis zu 90 Tage nachverfolgt. Diese aktive Überwachung erfolgt mithilfe eines standardisierten Telefoninterviews, das von geschultem Pflegepersonal durchgeführt wird, oder mithilfe des folgenden digitalen Tools.

Digitales Follow-up-Tool

Die Implementierung eines Tools zur elektronischen Datenerfassung im Rahmen der Nachbefragung wurde seit dem 1. Oktober 2021 bei allen Eingriffsarten umgesetzt. Die Verwendung des digitalen Tools ist optional. Swissnoso und der ANQ empfehlen die Nutzung dieser neuen Möglichkeit, da sie den Arbeitsaufwand reduziert.

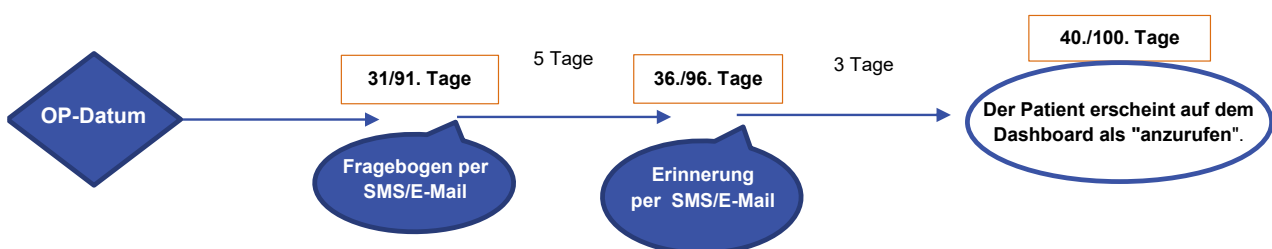
Ein digitaler Fragebogen (genannt FFU für Filter-Follow-up) mit sieben Fragen (vier für die orthopädische Chirurgie) wird von der Datenerfassungsplattform automatisch 30 Tage (für

Eingriffe ohne Implantat) respektive 90 Tage (für Eingriffe mit Implantat) nach der Operation per SMS oder E-Mail an die Patienten geschickt. Der automatische Versand ist technisch nur möglich, wenn die Eintrittsdaten und bestimmte Daten zum Eingriff (Operationsdatum, Art von Haupteingriff und Information zu einem allfälligen Implantat/Gefässersatz in situ) erfasst wurden und wenn die Telefonnummer oder E-Mail-Adresse des Patienten, die Kontaktart und die Benachrichtigungssprache eingegeben wurden. Beim Auftreten festgelegter Trigger-Antworten (vom System erkannte Hinweise für eine mögliche Infektion) oder bei Nichtbeantwortung ist ein ergänzendes standardisiertes Telefoninterview durchzuführen. In einem Online-Dashboard werden die Patienten aufgelistet, die telefonisch zu kontaktieren sind. Ausserdem werden auf dem Dashboard die durchgeführten Schritte ersichtlich. Liegt kein Infektionsverdacht vor, werden die Follow-up-Daten vom System automatisch ergänzt. Wichtig: Wurden die Austrittsdaten (Datum und Destination) nicht vorgängig eingegeben, kann das CRF nicht automatisch abgeschlossen werden.

Dashboard

Wird in 2 verschiedenen Teilen dargestellt:

- 1) Ein erster Teil, in dem die anzurufenden Patienten dargestellt werden. Das sind Patienten für:
 - die keine Kontaktangaben (Handynummer oder E-Mail) eingegeben wurden. Diese Fälle erscheinen am 31. Tag nach der Operation;
 - die nach 9 Tagen den digitalen FFU-Fragebogen nicht ausgefüllt haben (erste SMS/E-Mail + Erinnerung nach 4 Tagen). Diese Fälle erscheinen am 40. Tag nach der Operation:



- die den FFU-Fragebogen mit einer positiven Antwort, welche auf einen Infektionsverdacht hinweist, ausgefüllt haben;
- deren Handynummer oder E-Mail-Adresse fehlerhaft war, sodass der FFU-Fragebogen nicht geschickt werden konnte.

Patienten, die den Fragebogen innert 9 Tagen ausgefüllt und alle Fragen mit «Nein» beantwortet haben, erscheinen nicht auf dem Dashboard.

- 2) Ein zweiter Teil stellt die Patienten dar, die sich im Follow-up befinden. Dazu gehören Patienten, die sich in den oben aufgelisteten Situationen befinden, sowie Patienten, bei denen der FUP Prozess abgeschlossen/vollständig ist.

NB: Patienten, bei denen die zur Einleitung des FFU-Prozesses erforderlichen Daten (Operationsdatum, Art des Eingriffs, Vorhandensein eines Implantats) nicht ausgefüllt wurden, erscheinen nicht im Dashboard.

Eine Anleitung zur Verwendung dieses Dashboards ist online auf der [Swissnoso-Website](#) verfügbar. Darin sind Informationen über die möglichen Aktionen auf dem Dashboard sowie Erklärungen zu den verfügbaren Statistiken (beispielsweise Legende der Symbole) enthalten. Ein Dokument mit FAQ ist ebenfalls verfügbar.

Um den Versand des digitalen FFU-Fragebogen auszulösen, müssen im Patientendossier die Handynummer und/oder E-Mail-Adresse sowie die Kontaktart und die Benachrichtigungssprache angegeben sein und diese müssen auf der Plattform in den demographischen Daten, auf der entsprechende Felder hinzugefügt wurden, erfasst sein. Diese fakultativen Daten können nur vom betreffenden Spital sowie vom Administrator des SSI-Moduls abgerufen werden. **Nach Abschluss des Falls werden sie gelöscht und sie fliessen nie in die Online-Datenbank ein.** Der aktualisierte Musterbrief für die Patienteninformation sowie ein erläuterndes Dokument zuhanden der Spitäler über die Massnahmen, die zur Nutzung der Kontaktangaben der Patienten (Handynummer und E-Mail-Adresse) einzuführen sind, können auf der Swissnoso-Website heruntergeladen werden.

Der Versand des digitalen FFU-Fragebogens bedeutet nicht, dass Ereignisse oder Rehospitalisationen, die nach dem Austritt aufgetreten sind bzw. nötig waren, nicht mehr aktiv herausgesucht werden müssen, um eine SSI auszuschliessen. Bei Infektionsverdacht ist die telefonische Nachbefragung (standardisiertes Telefoninterview) durchzuführen – selbst wenn der Patient alle Fragen des FFU-Fragebogens mit «nein» beantwortet hat.

Telefonische Nachbefragung (standardisiertes Telefoninterview)

Um verlässliche Informationen zu erhalten, muss das Telefongespräch mit dem Patienten (standardisiertes Telefoninterview) innert einer vernünftigen Frist geführt werden, das heisst spätestens am 45. bis 50. Tag nach dem Eingriff für die Nachbefragung nach 1 Monat und am 120. Tag für die Nachbefragung nach 90 Tagen. Um die Chancen den Patienten zu erreichen, zu erhöhen, empfehlen wir die Telefonversuche an verschiedenen Tagen und zu verschiedenen Zeiten durchzuführen.

Während der Hospitalisation aufgetretene besondere oder verdächtige Elemente wie ein Hämatom, Ausfluss, Schmerzen oder postoperative radiologische Untersuchungen müssen zum Zeitpunkt der telefonischen Nachbefragung bekannt sein, damit eventuelle zusätzliche Fragen in die richtige Richtung gelenkt werden können. Ausserdem wird empfohlen, vor dem standardisierten Telefongespräch den digitalen FFU-Fragebogen einzusehen, um sich mit den Antworten vertraut zu machen, die auf einen Infektionsverdacht hinweisen.

Allen Ereignissen oder einer allfälligen Rehospitalisation welche im Zusammenhang mit dem Eingriff steht muss zwingend nachgegangen werden, um eine postoperative Wundinfektion

ausschliessen zu können. Bei Infektionsverdacht trägt die zuständige Person die zusätzlichen klinischen Informationen zusammen, mit denen der Fall evaluiert werden muss, indem der behandelnde Arzt und/oder der Operateur kontaktiert wird. Wird der Patient im Spital ambulant behandelt oder im Falle einer Rehospitalisation ist die diesbezügliche Dokumentation einzusehen. Wurde der Patient in einem anderen Spital rehospitalisiert, ist die dort für die Surveillance zuständige Person und/oder der dortige medizinische Supervisor zu kontaktieren.

Es wird akzeptiert, dass das Follow-up des Verlaufs nach dem Austritt einzig über die Lektüre der Berichte von Konsultationen beim Chirurgen erfolgt, sofern:

- 1) Die telefonische Nachbefragung beim Patienten nicht durchführbar ist (Patient aus den Augen verloren, mehr als 5 vergebliche Anrufversuche usw.)

UND

- 2) Die Berichte der Konsultationen nach dem Austritt die Ereignisse über die gesamte Follow-up-Periode des Falls beschreiben und sie vollständig sind, das heisst, dass sie ermöglichen, jede der Fragen des Telefonformulars zu beantworten (ausgehend von fehlenden Informationen in den Sprechstundenberichten können die Fragen des Telefonformulars nicht mit «nein» beantwortet werden). Die auf einen Infektionsverdacht hinweisenden klinisch relevanten Informationen werden auf dem Bericht der telefonischen Nachbefragung (Formular Telefoninterview) kurz wiedergegeben (zeitlicher Ablauf, Art von Ereignis, Schlussbeurteilung).

Das ordnungsgemäss ausgefüllte Formular für das Telefoninterview (Document 9 – standardisiertes Telefoninterview) wird mit dem Fall für 5 Jahre archiviert. Die Zahl der getätigten Anrufversuche beim Patienten (mindestens 5, auch wenn die Nachbefragung infolge des digitalen Fragebogens durchgeführt wird) wird auf dem Formular angegeben. Das Dokument Nr. 9 ist elektronisch verfügbar und kann auch elektronisch archiviert werden.

3.4.4 Feststellung der Infektionsfälle und Supervision

Eine Infektion des Operationsfeldes kann die Haut, das Gewebe (einschliesslich der Faszien und Muskelschichten an der Inzisionsstelle) oder Organe beziehungsweise Hohlräume, die während der Operation eröffnet oder manipuliert wurden, betreffen. Sie kann innerhalb von 30 Tagen / bei Implantation von Fremdmaterial 90 Tagen (1 Jahr bis zum 30. September 2021) (nach dem Eingriff auftreten. Gemäss den Definitionen des Center for Disease Control and Prevention (CDC) werden die postoperativen Wundinfektionen je nach Infektionstiefe als oberflächliche Infektionen der Inzision, tiefe Infektionen der Inzision oder Organ-/Hohlrauminfektionen klassifiziert. Seit dem 1. Januar 2026 sind nur noch tiefe und Organ-/Hohlraum Wundinfektionen in der Swisssoso-Datenbank zu erfassen. Siehe Dokument 6 – Art der postoperativen Wundinfektion und Dokument 7 – Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen dieses Teilnehmerhandbuchs.

Falls gleichzeitig mehrere anatomische Ebenen betroffen sind, bestimmt die tiefste vorhandene Infektion den Infektionstyp.

Tiefe Infektionen der Inzision, welche vor dem Ende der Nachverfolgungszeit diagnostiziert wurden, können sich im Verlauf aggravieren und es kann sich eine Organ-/Hohlrauminfektion entwickeln. **Diese Fälle müssen während 30 Tagen resp. 90 Tagen nachverfolgt** (Telefoninterview oder medizinische Dokumentation, sofern diese über den gesamten Zeitraum vollständig vorliegt), um sicher zu gehen, dass keine Aggravation stattgefunden hat.

In der orthopädischen Chirurgie sind seit dem 1. Oktober 2021 nur noch Organ-/Hohlrauminfektionen (Protheseninfektionen) zu erfassen. Spezifische Kriterien für deren Diagnose sind in Dokument 7 dieses Handbuchs aufgeführt.

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.

Die Verdachtsfälle sind dem medizinischen Supervisor, der nicht der Operateur selbst sein darf, zu besprechen. Vor der Fallbesprechung wird der Verdachtsfall mit allen klinisch relevanten Elementen, die handschriftlich, mit Fotokopien oder elektronischen Notizen dokumentiert werden, vorbereitet. In den medizinischen Unterlagen ist das allfällige Zutreffen jedes der CDC-Kriterien nachzuprüfen und mit Dokumenten zu belegen. Nach der Evaluation des Falles bestätigt oder verneint der medizinische Supervisor das Vorliegen einer Infektion und validiert gegebenenfalls den Infektionsgrad und die Diagnosekriterien. Das Datum der Infektion ist dasjenige Datum, an dem erstmals die diagnostischen Kriterien der Infektion erfüllt sind. Siehe Dokument 2 des Teilnehmerhandbuchs.

Der Rückverfolgbarkeit halber werden das Datum der Fallbesprechung sowie die Unterschrift des medizinischen Supervisors oder der verantwortlichen Person auf dem CRF angebracht oder elektronisch erfasst (Online-Datenbank, anderer lokaler Ordner).

Im Hinblick auf die Audits müssen alle CRF und die mit Dokumenten belegten Infektionsfälle während fünf Jahren archiviert werden (in Papierformat oder elektronisch).

3.5 Datenerfassung

Die Daten werden auf der [Swissnoso-Plattform](#) erfasst, die in Zusammenarbeit mit SwissRDL entwickelt wurde. Die für die SSI-Surveillance zuständige Person und die medizinischen Supervisors verfügen über einen passwortgeschützten Zugang. Dieser Zugang wird nach 6 Monaten Inaktivität (kein Einloggen) gesperrt.

Die Fälle müssen vor dem Ende der 30- oder 90-tägigen Nachbeobachtung in der Datenbank erstellt werden. Damit der digitale Fragebogen verschickt und die Patienten innerhalb des von der Methode vorgegebenen Zeitrahmens nachverfolgt werden können, müssen die Angaben zur Operation: Datum, Art des Eingriffs, Vorhandensein eines Implantats/Gefäßersatzes ebenfalls innerhalb von 30 Tagen (bzw. 90 Tagen) nach dem Datum der Operation ausgefüllt werden.

3.6 Datenkontrolle (data cleaning)

Mehrmals während der laufenden Surveillance-Periode wird ein Dateninventar online gestellt. In zwei Tabellen wird die Surveillance-Tätigkeit Ihres Spitals dargestellt. Darauf folgen mehrere Listen von Fällen, bei denen Daten fehlen, deren Daten hinsichtlich Plausibilität überprüft werden müssen oder die unbedingt abzuschliessen sind.

Das Spital ist dafür verantwortlich, die Fälle nach jeder Bereitstellung der Datenbankinventare und bei den letzten Kontrollen am Ende der Surveillance-Periode zu überprüfen, zu aktualisieren und abzuschliessen.

3.7 Literatur

vgl. auch ergänzende Literatur auf der Website: www.swissnoso.ch.

1. Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol* 1985; 121:182-205
2. Horan TC. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13:606-608.
3. Mangram A & al. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999 ; 20 : 247-278
4. Emori TG. National nosocomial infections surveillance system (NNIS): description of surveillance methods. *Am J Infect Control* 1991; 19:19-35.
5. Culver DH. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure and patient risk index. National nosocomial infections surveillance system. *Am J Med* 1991; 91 (suppl B); 152S-157S.
6. Troillet N, Aghayev E, Eisenring MC, Widmer AF, and Swissnoso. First Results of the Swiss National Surgical Site Infection Surveillance Program: Who Seeks Shall Find. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2017; 38:697-704.
7. Kuster SP, Eisenring MC, Sax H, Troillet N and Swissnoso. Structure, Process, and Outcome quality of Surgical Site Infection Surveillance in Switzerland. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2017; 38:1172-1181.

4 Anhangdokumente:

Dokument 1: Erfassungsformular (CRF)

Dokument 2: Definitionen der Variablen des CRFs

Dokument 3: Liste und Codes der Eingriffe und Normdauer von Operationen

Dokument 4: Definition der Kontaminationsgrade I bis IV

Dokument 5: Liste und Codes der Antibiotika und Antimykotika

Dokument 6: Art der postoperativen Wundinfektion

Dokument 7: CDC-Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen

Dokument 8: Liste und Codes der Keime

Dokument 9: Standardisierten Telefoninterview

Dokument 1 – Erfassungsformular (CRF)

Registrierung des Patienten und Angaben zur Aufnahme

Ab 01.01.2026

CRF-Nummer	<input type="text"/>	PID	<input type="text"/>
<i>Nur für die interne Verwendung innerhalb des Spitals:</i>			
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum (tt/mm/jjjj)	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
Aufnahmedatum (tt/mm/jjjj)	<input type="text"/>		

Operationsdaten

Datum der Operation	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	ASA-Score	<input type="text"/>
Haupteingriff	<input type="text"/>	Falls 6 oder 281 , Kolorektales Malignom?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Falls 6 oder 281 , Haupteingriff in Kombination mit einem anderen Eingriff?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Art von Sekundäreingriffen (mehrere Antworten möglich) :	<input type="checkbox"/> Leberchirurgie <input type="checkbox"/> Appendektomie (wenn nicht in der Kolektomie enthalten) <input type="checkbox"/> Cholezystektomie <input type="checkbox"/> anderes		
Falls 260 , Inzisionsart: (nur eine Antwort möglich)	<input type="checkbox"/> nur Scarpa <input type="checkbox"/> Scarpa + andere Inzision(en) <input type="checkbox"/> andere Inzision(en) ohne Scarpa		
Falls 46 oder 47 , Operierte Klappe(n)	<input type="checkbox"/> aorten- <input type="checkbox"/> mitral- <input type="checkbox"/> pulmonal- <input type="checkbox"/> trikuspidal-klappe		
Geplante Operation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kontaminationsgrad	<input type="text"/>
Implantat / Gefässersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja, Implantat-/Gefässersatz-Typ..	<input type="text"/>
Eingriff mittels Endoskopie oder minimal invasiver	<input type="checkbox"/> Ja (standard) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, NOTES/vNOTES <input type="checkbox"/> Beginn als -skopie, Forts. als -tomie		
Beginn des Eingriffes (Hautschnitt)	Std. <input type="text"/> Min <input type="text"/>	Ende des Eingriffes (Hautverschluss)	Std. <input type="text"/> Min <input type="text"/>
Grösse (cm)	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbekannt	Gewicht (kg)	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbekannt
I.V. Antibiotika-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bereits unter i.v. Antibiotikabehandlung und keine Veränderung der Substanz <input type="checkbox"/> bereits unter i.v. Antibiotikabehandlung, aber Verabreichung einer weiteren Substanz zu prophylaktischen Zwecken		

Antibiotikaprophylaxe

Anzahl der verabreichten Antibiotika (Prophylaxe oder Behandlung)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
Antibiotikum 1 (Code)	<input type="text"/>	Datum / Uhrzeit der Gabe 1	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Std. <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
→ Falls ATB1 = 30,36,51,81,102: verabreichte Dosis in mg <input type="text"/>			
Antibiotikum 2 (Code)	<input type="text"/>	Datum / Uhrzeit der Gabe 2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Std. <input type="text"/> Min. <input type="text"/>
→ Falls ATB2 = 30,36,51,81,102: verabreichte Dosis in mg <input type="text"/>			
Antibiotikum 3 (Code)	<input type="text"/>	Datum / Uhrzeit der Gabe 3	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Std. <input type="text"/> Std. <input type="text"/>
→ Falls ATB3 = 30,36,51,81,102: verabreichte Dosis in mg <input type="text"/>			
→ Falls ATB1, 2 oder 3 = 20,30,36,60,81,102,103 2.Dosis während OP verabreicht?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Letzter Kreatinin-Clearance vor der OP (in ml/min)	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbekannt	Datum	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Austritt und Follow-up-Daten

Datum der Entlassung (oder Todesdatum))	/ /		
Patient während des Spitalaufenthalts verstorben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Destination	<input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> anderes Akutspital <input type="checkbox"/> Reha-Klinik <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Andere :		
Follow-up Datum	/ /	Follow-up-Dauer	<input type="checkbox"/> 30 Tage <input type="checkbox"/> 90 Tage
Erneute OP wg. nicht infektiöser Komplikationen (z.B. Blutung, Second look)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		
Infektion	<input type="checkbox"/> nein , und vollständiges Follow-up /Interview durchgeführt <input type="checkbox"/> nein , unvollständiges Follow-up /Interview nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> nein , Patient vor Ende des Follow-up verstorben		<input type="checkbox"/> ja weiter

Daten zur Infektion (sofern vorhanden)

Art der Wundinfektion der HAUPT-OP-Stelle	<input type="checkbox"/> tiefe Infektion der Inzision <input type="checkbox"/> Infektion von Organen und/oder Hohlraum <input type="checkbox"/> keine			
Art der postoperativen Wundinfektion der SEKUNDÄREN OP-Stelle (Herzchirurgie und VASCAMI)	<input type="checkbox"/> tiefe Infektion der Inzision <input type="checkbox"/> Infektion von Organen und/oder Hohlraum <input type="checkbox"/> keine			
Datum der Diagnose (tt/mm/jjjj)	/ /			
Diagnosekriterien	B1 <input type="checkbox"/>	B2 <input type="checkbox"/>	B3 <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Mikrobiologische Kultur oder PCR	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, positive	<input type="checkbox"/> ja, negativ	<input type="checkbox"/> unbekannt
Keim 1		Keim 2		Keim 3
Resistenztyp 1		Resistenztyp 2		Resistenztyp 3
<i>(MRSA, VRE ; ESBL, oder EPC)</i>				
Erneute Hospitalisation wegen Infektion	<input type="checkbox"/> ja, gleiches Spital <input type="checkbox"/> ja, anderes Spital <input type="checkbox"/> nein			
Behandlung der SSI	<input type="checkbox"/> Konservativ (keine weitere Operation, keine perkutane Drainage, keine Öffnung der Wunde) <input type="checkbox"/> Perkutane Drainage oder Debridement der Wunde (nicht im OP) <input type="checkbox"/> Entfernen von Nähten oder Klammern <input type="checkbox"/> Erneuter Eingriff			
Anmerkungen:				

Addendum Pilotprojekt – Neue Variablen

Ab 01.01.2026

CRF-Nummer

PID

Präoperative Darmdekolonisation (*kolorektale Chirurgie*)

Präoperative Darmdekolonisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Behandlung	<input type="checkbox"/> rifaximin <input type="checkbox"/> neomycin+metronidazol <input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> ornidazol <input type="checkbox"/> polymyxin B + tobramycin <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> paromomycin+metronidazol
Behandlungsdauer vor dem Eingriff	<input type="checkbox"/> Einzeldosis	<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> >1 Tag <input type="checkbox"/> unbekannt
Mechanische Vorbereitung des Darms	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Präoperative *Staphylococcus aureus* Dekolonisation (*orthopädische Chirurgie, Herz- und Wirbelsäulen-Chirurgie mit Implantat*)

Präoperative <i>S. aureus</i> Dekolonisation (Körperwaschung mit Desinfektionsmittel und/oder nasale Dekontamination)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Dekontaminationsmethode			
Körperwaschung mit Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Verwendete Substanz	<input type="checkbox"/> chlohexidine <input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> iodine <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> polyhexanide <input type="checkbox"/> octenidin
Für wie viele Tage vor der Operation?	<input type="checkbox"/> nur am Tag der Operation <input type="checkbox"/> während mehr als 2 Tagen	<input type="checkbox"/> während 2 Tagen <input type="checkbox"/> unbekannt	
Nasale Dekontamination	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein, da Screening negativ <input type="checkbox"/> unbekannt
Verwendete Substanz	<input type="checkbox"/> mupirocine <input type="checkbox"/> anderes	<input type="checkbox"/> iodine <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> polyhexanide <input type="checkbox"/> octenidine
Dekontamination nach der Operation fortgesetzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mehr als einen Tag	<input type="checkbox"/> ja, für einen Tag <input type="checkbox"/> unbekannt	

Perioperative Blutzuckerwerte (*Herzchirurgie*)

Blutzucker gemessen innerhalb von 2 Std. vor dem Schnitt	<input type="text" value=""/>	mmol/L	<input type="checkbox"/> nicht verfügbar
Datum und Uhrzeit der Messung	/ /	Std. Min	<input type="checkbox"/> Datum und Uhrzeit der Messung unbekannt
→ wenn >8mmol/L , Massnahmen ergriffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Blutzucker gemessen zwischen 0 und 12 Std. nach der Operation	<input type="text" value=""/>	mmol/L	<input type="checkbox"/> nicht verfügbar
Datum und Uhrzeit der Messung	/ /	Std. Min	<input type="checkbox"/> Datum und Uhrzeit der Messung unbekannt
→ wenn >8mmol/L , Massnahmen ergriffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt

Dokument 2 – Definitionen der Variablen des Eingabeformulars (CRF)

REGISTRIERUNGSDATEN DES SPITAL / DER KLINIK

Spitaltyp	<p>Der Spitaltyp wird in 3 Kategorien eingeteilt. Für ein Universitätsspital notieren Sie bitte die 1; für ein nichtuniversitäres öffentliches Spital notieren Sie die 2 und für ein Privatspital notieren Sie die 3. Es gibt nur diese drei Kategorien! Diese Variable ist zwingend vorgeschrieben. Sie wird ein einziges Mal bei der Registrierung des Spitals in der gesicherten Datenbank erfasst.</p> <p>Beispiel: Inselspital = 1.</p>
Gesamtbettenzahl	<p>Notieren Sie die Anzahl Betten in Ihrem Spital. Anhand dieser Information ist eine Stratifizierung der Spitäler aufgrund ihrer Grösse möglich. Die Kategorien ergeben sich durch die Analyse. Es müssen alle Betten des Spitals gezählt werden, sowohl die für die Akutpflege als auch die für die chronisch Kranken.</p> <p>Beispiel: Für 125 Betten notieren Sie 125; für 862 Betten notieren Sie 862.</p>
Anzahl Betten in der Chirurgie	<p>Notieren Sie die Anzahl Betten für die gesamte Chirurgie (Kinder und Erwachsene) in Ihrem Spital.</p> <p>Beispiel: Anzahl Betten insgesamt = 150, Anzahl chirurgischer Betten = 40.</p>

REGISTRIERUNGSDATEN DES PATIENTEN / DEMOGRAFIE

Codenummer des Spitals	<p>Nummer, die jedem teilnehmenden Spital für eine anonyme Identifizierung zugeteilt wird.</p> <p>Beispiel: Waadtländer Universitätsspital = 008</p>
CRF-Nummer <i>(Case Report Form)</i>	<p>Automatisch vom EDV-System zugeteilte CRF-Nummer. Diese Nummer besteht aus dem Spitalcode und einer chronologischen Nummerierung.</p> <p>Beispiel: Patient X, Spitalcode 001; CRF-Nummer 40: 001-40.</p> <p><i>Zur Suche eines CRF muss nicht die ganze Nummer eingegeben werden. Geben Sie «*» sowie die CRF-Nummer ein. Beispiel: *40 (statt 001-40)</i></p>
Name und Vorname des Patienten	<p>Diese Informationen dienen zur Identifizierung des Patienten durch das Spital selbst. Deshalb ist diese Information nur auf dem Papier-CRF oder auf dem elektronischen CRF einzutragen.</p> <p>Achtung: Die Papier-CRF / elektronischen CRF müssen im Spital an einem Datenschutz-konformen Ort aufbewahrt werden. Sie benötigen die CRF für das Follow-up der Patienten.</p> <p>Beispiele: Dupont Pierre-André; Schmidt-Dupont Marie-Angèle; Gerber Widmer Marlies.</p>

Geburtsdatum	<p>Notieren Sie das vollständige Geburtsdatum des Patienten wie folgt: Tag, Monat, Jahr = TT.MM.JJJJ Beispiel: 24.04.1959.</p>
Alter des Patienten	<p>Das Alter des Patienten wird automatisch anhand des Geburts- und Spitaleintrittsdatums errechnet. Diese Variable wird für die Beschreibung der untersuchten Bevölkerung und für die Analyse der Risikofaktoren für eine Infektion benutzt.</p>
Geschlecht	<p>Jedem Patienten wird sein Geschlecht zugeordnet. Dies entspricht dem biologischen Geschlecht der Person. Wählen Sie bei der Online-Erfassung für das weibliche Geschlecht «Frau» und für das männliche Geschlecht «Mann».</p>
Telefon (Papier-CRF).	<p>Notieren Sie die Telefonnummer mit Vorwahl. Diese Angabe ermöglicht die standardisierte telefonische Nachbefragung nach 1 Monat oder nach 90 Tagen bei der Implantation von Fremdmaterial wie z.B. einer orthopädischen Prothese. Deshalb ist diese Information nur auf dem Papier-CRF einzutragen. Beispiel: 027 603 47 00 oder 079 111 11 11.</p>
Telefon/E-Mail (Online-Erfassung für den Versand des FFU-Fragebogens) <i>Optionales Feld</i>	<p>Erfassen Sie die Handynummer und/oder die E-Mail-Adresse des Patienten. Diese Angaben ermöglichen den automatischen Versand des digitalen Fragebogens an den Patienten via SMS/E-Mail 30 oder 90 Tagen nach dem Eingriff. Sie ermöglichen ausserdem, die telefonische Nachbefragung im Falle einer Antwort, die auf einen Infektionsverdacht hinweist (Trigger-Antworten, die ein standardisiertes Telefoninterview erforderlich machen), durchzuführen. Vgl. auf der Swissnoso-Website erläuterndes Dokument zu den Massnahmen, die zur Nutzung der Kontaktangaben des Patienten zu ergreifen sind.</p>
Telefonnummer und E-Mail nicht verfügbar <i>Optionales Feld</i>	<p>Kreuzen Sie dieses Kästchen an, wenn der Patient weder eine Handynummer noch eine E-Mail-Adresse hat oder wenn er diese Informationen bei einem Eintritt nicht bekannt geben wollte.</p>
Kontaktart <i>Optionales Feld</i>	<p>Kreuzen Sie je nach gewählter Art von Kontaktart an: SMS, E-Mail oder Anruf Durch diese Information wird der automatische Versand des digitalen Fragebogens ermöglicht.</p>
Benachrichtigungssprache <i>Optionales Feld</i>	<p>Kreuzen Sie an, in welcher Sprache und Kommunikationsart der digitale Fragebogen verschickt werden soll (E-Mail oder SMS). Diese Variable ist für das Versenden des digitalen Fragebogens obligatorisch.</p>

DATEN AUS DEM EINGABEFORMULAR (CRF) – GENERAL		
Variablen / Fragen		Definitionen / Erläuterungen / Beispiele
AUFNAHME	Aufnahmedatum	<p>Es handelt sich um das Eintrittsdatum des Patienten in das Spital. Nicht zu verwechseln mit dem Eintrittsdatum in die chirurgische Abteilung! Es kann vorkommen, dass das Eintrittsdatum in das Spital vom Eintrittsdatum in die chirurgische Abteilung abweicht. Anhand dieses Datums können die Zeiträume zwischen dem Spitaleintritt und der Operation, zwischen mit Spitaleintritt und dem Spitalaustritt bzw. dem Exitus und zwischen dem Spitaleintritt und dem Auftreten einer Infektion automatisch berechnet werden. Notieren Sie nur das Spitaleintrittsdatum wie folgt: Tag, Monat, Jahr = TT.MM.JJJJ.</p> <p>Beispiel: Für einen am 1. April 2025 hospitalisierten Patienten notieren Sie: 01.04.2025</p>
	Hauptintervention	<p>Es handelt sich um die Hauptintervention, die zur Aufnahme des Patienten in das Programm geführt hat. Wählen Sie die Kategorie aus, zu der diese Intervention gehört. Durch die Auswahl der Kategorie wird das für die entsprechende Intervention spezifische Formular erstellt.</p> <p>Beispiel: Die Patientin wurde einer Hysterektomie unterzogen, wählen Sie die Kategorie „Gynäkologie-Geburtshilfe“ aus»</p>
OPERATION	Operationsdatum	<p>Es handelt sich um das Operationsdatum, das in die Beobachtung miteinbezogen wird. Anhand dieses Datums können die Zeiträume zwischen dem Spitaleintritt und der Operation und zwischen der Operation und einer eventuellen Infektion automatisch berechnet werden. Notieren Sie: TT.MM.JJJJ.</p> <p>Beispiel: Für einen am 15. April 2025 operierten Patienten notieren Sie: 15.04.2025.</p>
	Geplante Operation	<p>Eine geplante Operation ist ein Wahleingriff, der programmiert wurde; d.h. der Grund für den Spitaleintritt ist ein vorgesehener chirurgischer Eingriff.</p> <p>Wenn ein Patient aus anderen Gründen, wie z.B. einer akuten Erkrankung (Myokardinfarkt, Cholezystitis, akute Sigmoiditis...), hospitalisiert wurde und im Laufe der Hospitalisation einem Eingriff unterzogen werden muss (Bypass-Operation, Herzklappenersatz, Cholezystektomie, Sigmoidektomie...), dann handelt es sich nicht um eine geplante Operation.</p> <p>Beispiel: Eintritt zu einer Cholezystektomie wegen Cholezystolithiasis ohne aktuelle Entzündung: Geplante Operation «ja».</p> <p>Beispiel: Eintritt zur Appendektomie: Geplante Operation «nein».</p> <p>Beispiel: Eintritt am 01.01.2025 wegen Abdominalschmerzen bei akuter Cholezystitis; Cholezystektomie im Verlauf am 04.01.2008: Geplante Operation «nein».</p> <p>Beispiel: Eintritt am 10.07.2025 wegen einer Angina pectoris sowie Verlegung in ein anderes Spital am 13.07.2021 für einen dreifachen Koronarbypass am 16.07.2025: Geplante Operation: «ja»</p>

DATEN AUS DEM EINGABEFORMULAR (CRF) – GENERAL

<p>Uhrzeit des Operationsbeginns (Hautschnitt)</p>	<p>Hier wird der Beginn des Eingriffs eingetragen, d.h. um wie viel Uhr der Hautschnitt erfolgte. Notieren Sie die Uhrzeit des Beginns des Vorgangs wie folgt: StundeMinute = StdMM</p> <p>Beispiel: Ein Eingriff beginnt um 8 Uhr 25, notieren Sie hier 0825.</p> <p>Erfassung der Operationszeit für bilateralen Eingriffe über zwei verschiedene chirurgische Zugänge, die nacheinander während derselben Operation ausgeführt werden und weshalb 2 CRF angelegt werden: falls die Operationszeiten nicht für jede Seite separat dokumentiert ist, soll die Gesamtdauer 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 (=70 Minuten =140/2) - CRF Nr. 2, linke Seite: Uhrzeit des Beginns des Eingriffes: 8:10 Uhr, Uhrzeit des Endes des Eingriffes: 9:20 Uhr (= 70 Minuten =140/2)
<p>Uhrzeit des Operationsendes (Hautverschluss)</p>	<p>Hier ist die Stunde anzugeben, wann der Eingriff zu Ende war, d.h. wann die Haut geschlossen war. Die Operationsdauer wird «Haut auf Haut» berechnet, d.h. vom Schnitt mit dem Skalpell bis zum letzten Stich beim Schliessen der Haut. Möglicherweise steht diese Information in den Anästhesieprotokollen. Suchen Sie nach den Zeichen ☉ und ☉, welche dem Schnitt mit dem Skalpell und dem letzten Stich in die Haut entsprechen.</p> <p>Beispiel: Ein Eingriff endet um 10 Uhr 45, notieren Sie hier 1045.</p>
<p>Operationsdauer</p>	<p>Diese Variable wird automatisch anhand der Variablen «Uhrzeit des Operationsbeginns und Uhrzeit des Operationsendes» berechnet. Die Dauer des Eingriffs wird anschliessend automatisch mit einem Referenzwert für die Operationsdauer (T) verglichen. Anhand dieses Vergleichs kann festgestellt werden, ob die Operation länger gedauert hat oder nicht als der Referenzwert. <i>Siehe hierzu Dokument Nr. 3 des Teilnehmerhandbuchs.</i></p> <p>Die Operationsdauer (T) ist einer der drei Parameter, anhand derer der NNIS-Risikoindex ermittelt wird. Dieser Index wird automatisch berechnet.</p>
<p>ASA-Score (ASA-Klasse)</p>	<p>Es handelt sich um den Score der American Society of Anaesthesiology. Dieser Score wird von den Anästhesisten bei der Narkosevorbereitung oder zum Zeitpunkt der Operation vergeben. Der Score (ASA-Klasse) wird in der Regel auf dem Anästhesieprotokoll notiert und ist verbindlich. Die Werte der ASA-Scores reichen von 1-5. Der ASA-Score stellt einen von drei Parametern dar, anhand derer der NNIS-Risikoindex ermittelt wird. Dieser Index wird automatisch berechnet. Falls der Anästhesist einen ASA-Score 2-3 angibt, ist die höhere Zahl einzugeben.</p> <p>Beispiel: ASA-Score (ASA-Klasse) 2, notieren Sie 2.</p>

DATEN AUS DEM EINGABEFORMULAR (CRF) – GENERAL

	Gewicht	<p>Diese Variable ist fakultativ, ausser in der Herzchirurgie, wo sie zwingend vorgeschrieben ist. Die Erfassung des Gewichts für das Monitoring der gewichtsadaptierten Antibiotikaphylaxe ist unerlässlich. Es wird empfohlen, es zu erfassen.</p> <p>Das Gewicht ist einer der Parameter zur Berechnung des Body Mass Index (BMI). Es wird nur die gerundete Kilozahl ohne Dezimalstellen eingetragen. D.h. bei einem Wert ≤ 0.4 wird abgerundet, bei einem Wert ≥ 0.5 wird aufgerundet.</p> <p>Beispiel: 65.4 Kilo, notieren Sie 65; 53.7 Kilo, notieren Sie 54.</p>
	Grösse	<p>Diese Variable ist fakultativ, ausser in der Herzchirurgie, wo sie zwingend vorgeschrieben ist. Die Grösse ist einer der Parameter zur Berechnung des Body Mass Index (BMI).</p> <p>Beispiel: Für 168 (cm) notieren Sie 168.</p>
	BMI	<p>Der Body Mass Index (BMI) wird automatisch in der Datenbank anhand der Formel $\text{Gewicht}/\text{Grösse}^2$ berechnet. Der BMI ist ein Risikofaktor für eine Infektion während der Analyse.</p>
SORTIE	Datum der Entlassung (oder Exitus)	<p>Es handelt sich um das Austrittsdatum, an dem der Patient die Einrichtung verlässt (oder von der chirurgischen Abteilung in eine Rehabilitationsabteilung derselben Einrichtung verlegt wird), oder um das Todesdatum. Anhand dieses Datums wird automatisch die Aufenthaltsdauer berechnet (Zeitraum zwischen dem Spitaleintritt und dem Spitalaustritt). Notieren Sie das Austrittsdatum aus dem Spital (oder das Todesdatum) wie folgt: Tag, Monat, Jahr = TT.MM.JJJJ. Beispiel: Für einen am 27. April 2025 aus dem Spital ausgetretenen Patienten notieren Sie: 27.04.2025.</p>
	Patient während des Spitalaufenthalts verstorben?	<p>Es ist anzugeben, ob der Patient vor seiner Entlassung aus dem Spital verstorben ist. Wenn „Ja“ angekreuzt ist, wird die Variable „Destination“ deaktiviert. Beispiel: Ein Patient, der am 1. April 2025 ins Spital eingeliefert und am 4. April operiert wurde und dann am 8. April 2025 während seines Spitalaufenthalts verstirbt, kreuzen Sie „Ja“ an.</p>
	Destination	<p>Präzisieren Sie bitte, ob der Patient nach Hause oder in ein Pflegeheim entlassen wurde, oder ob er in ein anderes Akutspital oder in eine Reha-Klinik verlegt wurde. Diese Variable ist deaktiviert, wenn die Antwort auf die vorherige Frage mit „Ja“ angekreuzt ist.</p>

DATEN AUS DEM EINGABEFORMULAR (CRF) – HAUPTINGRIFF

	<p>Art des Eingriffs</p>	<p>Es handelt sich um den ersten Eingriff, der die Aufnahme des Patienten in das Programm begründet. Dieser Eingriff wird gemäss Dokument 3, Listen der Eingriffe codiert. Wichtig: Bitte überprüfen, ob der chirurgische Eingriff in das Erfassungssystem aufgenommen wurde indem Sie den Operationsbericht lesen. Ausserdem muss überprüft werden, ob der CHOP-Code der betreffenden Operation in der Liste der Eingriffe enthalten ist (siehe Dokument 3 – Liste und Codes der chirurgischen Eingriffe, die im Programm Swissnoso erfasst werden;).</p> <p>Beispiel: Ein Patient wird cholezystektomiert, notieren Sie 5.</p> <p>Besondere Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgische Eingriffe am Verdauungstrakt: Wenn zwei (oder mehr) Teile separat reseziert werden, von denen einer als Colon Eingriff und der andere als Rektum Eingriff zu kodieren ist, muss der Fall als Rektumoperation (Haupteingriff: Code 281) erfasst werden da das Infektionsrisiko bei der Rektumchirurgie höher ist als bei einer Colonchirurgie. Erfassen Sie die Colonchirurgie (Code 6) als Sekundäreingriff. Wenn das Spital keine Rektumchirurgie erfasst, wird der Fall nicht erfasst. • Gynäkologie und Geburtshilfe: Hysterektomie: 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. <ul style="list-style-type: none"> - 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). - 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><i>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. Code 30</i></p> <p>b) <i>Ligatur oder Kauterisierung und Durchtrennung der uterinen Gefässe über den vaginalen Zugang. Code 31</i></p> - Herzchirurgie: Im Rahmen desselben Eingriffs kann ein Patient mehrere Arten von Operationen erhalten. Kreuzen Sie in der Datenbank alle zutreffenden Operationsarten an. Beispiel: Ein Patient erhält einen Koronarbypass mit einem aus dem Bein entnommenen Venentransplantat sowie einen Bypass mit einer Mammaria-Arterie. Kreuzen Sie in der Datenbank an: Code 45 und Code 46.
--	---------------------------------	---

	<p>Art des Eingriffs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopädische Eingriffe: es werden nur geplante Hüft- und Knie-Totalprothesen eingeschlossen, keine Eingriffe wegen Traumata. Falls zu irgendeinem Zeitpunkt vor Prothesenimplantation eine Varisations- oder Valgisationsosteotomie oder eine Osteosynthese wegen einer Fraktur durchgeführt wurde und falls das Osteosynthesematerial zum Zeitpunkt der Prothesenimplantation noch immer in situ ist, so darf 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, muss der Eingriff eingeschlossen werden • Operationen an der Wirbelsäule: 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. Wenn diese 2 Verfahren auf getrennten, nicht benachbarten Segmenten durchgeführt werden, schließen Sie das Verfahren, das sich auf das betroffene Segment bezieht, mit Code 50 ein. <ul style="list-style-type: none"> 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. 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-Stelle, selbst wenn der Zugang über zwei unterschiedliche Inzisionen erfolgt. In diesem Fall ist nur ein einziges CRF anzulegen. 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. 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. 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. • Bilaterale Eingriffe, die sequentiell während derselben Operation durchgeführt werden: es müssen zwei CRF ausgefüllt werden, d.h. je ein CRF für jede Seite, und die Entwicklung der rechten und linken Operationsstelle muss unabhängig voneinander verfolgt werden): siehe auch KT 7 und KT 18). • 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"> Beispiel: Hysterektomie mit Ovariectomie bei Ovarialkarzinom, bei der zusätzlich eine Colonresektion notwendig ist. Dies muss nicht als Colonchirurgie erfasst werden, jedoch als Hysterektomie, falls das Spital diesen Eingriff überwacht (zu kodieren als Haupteingriff = 30, Sekundäreingriff=6) Beispiel: Duodenopankreatektomie (Whipple-Operation: totale oder teilweise Entfernung der 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.
--	---------------------------------	--

	Kontaminationsgrad	<p>Hier wird der Grad der Kontamination nach der Klassifizierung von Altemeier angegeben. Die Gradeinteilung geht von I bis IV je nach Infektionsgrad des Operationsfelds: von sauber (I) bis infiziert (IV). Beachten Sie hierzu das Dokument 4 diese Teilnehmerhandbuchs (Seite 42).</p> <p>Beispiel: Für gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten = Klasse I, wählen Sie I.</p> <p>Beispiel: Für eine Appendektomie wegen perforierter Appendizitis = Klasse IV, wählen Sie IV.</p> <p>Der Kontaminationsgrad ist einer der drei Parameter, anhand derer der NNIS-Risikoindex ermittelt wird. Dieser Index wird automatisch berechnet.</p>
Eingriff mittels Endoskopie oder minimale invasiv		<p>Hier wird angegeben, ob der Eingriff laparoskopisch oder «minimal invasiv» oder über die NOTES-Technik durchgeführt würde. Diese Variable hilft zur Charakterisierung der chirurgischen Eingriffe zwecks besserem Adjustment für das Infektionsrisiko während der Analyse</p> <p>Beispiel: Für eine klassisch (offen mit Laparotomie) begonnene Cholezystektomie, wählen Sie «nein».</p> <p>Beispiel: Wird bei einem Patienten eine Appendektomie laparoskopisch durchgeführt, wählen Sie «ja (standard)».</p> <p>Beispiel: laparoskopische unterstützte vaginale Hysterektomie (LAVH Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy) wählen Sie «ja (standard)».</p> <p>Beispiel: Wird eine Sigmaresektion laparoskopisch begonnen und wegen Komplikationen konventionell fortgeführt, wählen Sie «Beginn als Endoskopie, Fortsetzung als -tomie».</p> <p>Chirurgische Methoden, welche natürliche Körperöffnungen als Zugangsweg benutzen, werden «natural orifice transluminal endoscopic surgeries» (NOTES) genannt. In diesem speziellen Fall wird der transvaginale oder transanale Zugang für die Einführung des Laparoskopes genutzt, z.B. bei der Cholezystektomie oder der Sigmoidektomie.</p> <div data-bbox="497 842 748 1002" data-label="Image"> </div> <p>Zusätzlich zum transvaginalen/transanal 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> <p>Beispiel: Wird eine Cholezystektomie transvaginal durchgeführt, wählen Sie «ja (NOTES)».</p> <p>Beispiel: 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. Wählen Sie «ja (vNOTES)».</p> <div data-bbox="1832 1018 2101 1216" data-label="Image"> </div> <p>Bild: Transvaginaler Zugang (vNOTES) bei vaginalen Hysterektomie (©Applied Medical)</p>

	<p>Eingriff mittels Endoskopie oder minimale invasiv</p>	<p>Zunehmend werden Eingriffe in der Viszeralchirurgie laparoskopisch durchgeführt, z.B. Kolon- und 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. Trotz dieser Inzision werden diese Eingriffe als laparoskopisch erfasst (Endoskopischer Eingriff = ja).</p> <p><u>Roboter-assistierte Eingriffe:</u> 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> <p>In der Herzchirurgie werden den anterolateralen Zugänge, Mini-Sternotomien und Mini-Thorakotomien mit oberer partieller Sternotomie, als ‚minimal-invasiv‘ betrachtet. Auswählen = „Ja“ in der Datenbank</p> <p><u>In der Hüftchirurgie</u> erfüllen der vordere Zugang nach Hueter-Laude (Operation in Rückenlage) und der anterolaterale Zugang nach Röttiger (Operation in Seitenlage) 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. Auswählen = „Ja“ in der Datenbank.</p> <p>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. Auswählen = „nein“ in der Datenbank</p>
<p>Kolorektale Chirurgie</p>	<p>Haupteingriff in Kombination mit einem anderen Eingriff durch denselben Schnitt?</p>	<p>Es handelt sich um einen zweiten chirurgischen Eingriff, der gleichzeitig mit dem Haupteingriff durchgeführt wird.</p> <p>Beispiel: Rektosigmoidektomie mit Cholezystektomie. Kreuzen Sie „Ja“ an.</p> <p>Beispiel: Ileozökalresektion mit Appendektomie. Kreuzen Sie „Nein“ an.</p>
	<p>Welche Art von Sekundäreingriffen?</p>	<p>Es sind mehrere Antworten möglich. Kreuzen Sie die sekundären Eingriffe an, die während desselben operativen Eingriffs wie der Haupteingriff durchgeführt wurden.</p> <p>Beispiel: Rektosigmoidektomie mit Cholezystektomie</p>
	<p>Kolorektales Malignom</p>	<p>Diese Variable erlaubt die Erfassung eines malignen Tumors im operierten Organ für Operationen am Colon (6) und am Rektum (281). Mit dieser Information kann das Case-Mix Adjustment verbessert werden.</p> <p>Beispiel: Rektumresektion wegen Malignom des mittleren Rektums. Erfassen Sie ‚JA‘ bei der Frage nach dem Vorhandensein eines kolorektalen Malignoms.</p> <p>Beispiel: Hemikolektomie rechts. Der histopathologische Befund beschreibt einen malignen Tumor. Erfassen Sie «ja».</p>

Herzchirurgie	Operierte Klappe(n)	Bei einer Valvuloplastie (Code 47) oder einem Herzklappenersatz (Code 46) geben Sie bitte die Art(en) der von der Operation betroffenen Herzklappe(n) an: Aorten-, Mitral-, Pulmonal- oder Trikuspidalklappe. Mehrere Antworten möglich.
VASCAMI	Inzisionsart	<p>Geben Sie bei gefässchirurgischen Eingriffen an Arterien der unteren Extremitäten den operativen Zugang oder die operativen Zugänge an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur im Scarpa-Dreieck: Inzision im Scarpa-Dreieck ohne andere distale Inzision(en) - Im Scarpa-Dreieck + andere Inzision(en): Inzision im Scarpa-Dreieck, ergänzt durch andere laterale Inzision(en) an der Innen- oder Aussenseite der unteren Extremität - Andere Inzision(en) ohne Scarpa: Inzision(en) in einer oder mehreren anatomischen Region/en des Beines, ohne Involvierung des Scarpa-Dreiecks <p>Beispiel: poplitealer Gefäss-Bypass über eine inguinale Inzision und eine Inzision unterhalb des Knies. Erfassen Sie «Im Scarpa-Dreieck + andere Inzision(en)»</p> <p>Im Falle einer Infektion werden die Felder «Art der Wundinfektion der haupt-OP-Stelle» und «Art der Wundinfektion der sekundären OP-Stelle» automatisch entsprechend der Antwort zur Art des Schnittes aktiviert.</p>
Chirurgie mit Implantat	Implantat/ vaskulärer Substitut	<p>Als Implantate in der orthopädischen Chirurgie gelten: Hüft- und Knieprothesen; in der Herzchirurgie: Herzklappen (und zwar mechanisch wie biologisch), Patches und Cerclagen (Verschluss der Sternotomie mit synthetischen oder metallischen Drähten), Herzunterstützungssysteme (VAD); in der Wirbelsäulenchirurgie: Diskusprothese, «Spreizer» oder andere Medizinprodukte; in der Gefässchirurgie: autologes Transplantat, allogenes Transplantat (oder Homotransplantat), Prothese auf synthetischer Basis, hybrides Gefässtransplantat</p> <p>Beispiel: femoralgefäss-Bypass mit autologem Transplantat, wählen Sie «ja».</p> <p>Beispiel: Koronar-Bypass mit Sternotomie, wählen Sie Implantat «ja» bei Verschluss des Sternums mit Cerclagen.</p> <p>Beispiel: Ersatz oder Implantation einer mechanischen oder biologischen Herzklappe, wählen Sie Implantat «ja».</p>
	Implantat-Typ	<p>Angabe des Implantattyps in der Herzchirurgie (Cerclagen, Klappen, Patches, Herzunterstützungssystem [VAD], andere), in der Wirbelsäulenchirurgie (Diskusprothese, «Spreizer», andere Medizinprodukte) und in der Gefässchirurgie (autologes Transplantat, allogenes Transplantat und Xenotransplantat, Prothese auf synthetischer Basis, hybrides Gefässtransplantat, siehe auch Dokument 17)</p> <p>Bei Herzoperationen ist es möglich, dass mehr als ein Implantattyp verwendet wird, beispielsweise Cerclagen für den Sternumverschluss und eine mechanische oder biologische Klappe. In der Datenbank können mehrere Antworten ausgewählt werden. Wählen Sie alle aus, die zutreffen.</p>

DATEN AUS DEM EINGABEFORMULAR (CRF) – ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE

	Variablen / Fragen	Definitionen / Erläuterungen / Beispiele
	I.V. Antibiotika-Prophylaxe	<p>Es ist anzugeben, ob der Patient innerhalb von 24 Stunden vor dem Schnitt und bis zum Ende der Operation eine intravenöse Antibiotikaprophylaxe erhalten hat. Es kann sein, dass der Patient eine Antibiotikabehandlung erhält, um eine bereits vor der Operation bestehende Infektion zu behandeln. In diesem Fall ist anzugeben, ob vor der Operation ein weiteres Antibiotikum prophylaktisch verabreicht wurde.</p> <p>Beispiel: Der Patient wurde nicht mit Antibiotika behandelt und erhält vor seiner kolorektalen Operation Cefuroxim + Metronidazol. Wählen Sie „Ja“.</p> <p>Beispiel: Ein Patient mit einer akuten lithiasischen Cholezystitis Grad II erhält bei seiner Einlieferung ins Krankenhaus eine Behandlung mit Ceftriaxon 2 g. Er wird am nächsten Tag operiert und erhält eine weitere Dosis Ceftriaxon 1 Stunde vor der Operation. Wählen Sie in der Datenbank „Bereits unter intravenöser Antibiotikabehandlung und keine Veränderung der Substanz“ aus.</p> <p>Beispiel: Ein Patient mit infektiöser Endokarditis wird mit 2 g Ceftriaxon pro Tag behandelt. Er wird vor Ende der Antibiotikabehandlung operiert und erhält eine weitere Dosis Ceftriaxon 1 Stunde vor der Operation sowie Vancomycin intravenös 2 Stunden vor der Operation. Wählen Sie „Bereits unter intravenöser Antibiotikabehandlung, aber Verabreichung einer weiteren Substanz zu prophylaktischen Zwecken“.</p> <p>Beispiel: Ein Patient, der sich einer Cholezystektomie unterzieht, erhält innerhalb von 24 Stunden vor dem Schnitt bis zum Ende der Operation keine Antibiotika. Wählen Sie „Nein“.</p>
	Anzahl der verabreichten Antibiotika (Prophylaxe oder Behandlung)	<p>Es handelt sich um die Anzahl der verschiedenen Antibiotiktypen, die innerhalb von 24 Stunden vor dem Schnitt und bis zum Ende der Operation intravenös verabreicht werden, ohne zu unterscheiden, ob es sich um eine Therapie oder eine Prophylaxe handelt.</p>
	Erstes Antibiotikum verwendet	<p>Diese Variable ermöglicht es, das Antibiotikum anzugeben, das dem operierten Patienten verabreicht wurde, sowie eine Korrelation zum Zeitpunkt seiner Verabreichung herzustellen. Nur die letzte Dosis, die innerhalb von 24 Stunden vor der Inzision bis zum Operationsende intravenös verabreicht wurde. Differenzieren Sie dabei nicht, ob es sich um eine Therapie oder eine Prophylaxe handelte. Notieren Sie hier den Code gemäss Dokument 5a – Liste und Codes der Antibiotika und Antimykotika..</p> <p>Beispiel: Verabreichung von Kefzol® (Cefazolin) in der OP-Vorbereitung, notieren Sie 30; Verabreichung von Augmentin® (Amoxicillin + Clavulanat), notieren Sie 20.</p> <p>Bei der Verabreichung mehrerer Substanzen notieren Sie diese sukzessiv unter «Antibiotikum 1», dann «Antibiotikum 2» und eventuell noch «Antibiotikum 3».</p> <p>Beispiel: Flagyl® (Metronidazole) und Rocephine® (Ceftriaxone), notieren Sie 103 (Monitoring) und 35.</p>

	Datum und Uhrzeit der letzten Verabreichung vor der Inzision	<p>Das Datum und die Uhrzeit des Beginns der Verabreichung sind im Format StdMM für die Dosis anzugeben, die der Hautinzision am nächsten liegt und innerhalb von 24 Stunden vor der Inzision bis zum Ende der Operation verabreicht wird, ohne zu unterscheiden, ob es sich um eine Therapie oder eine Prophylaxe handelt. Wenn mehrere Dosen desselben Antibiotikums innerhalb desselben Zeitraums verabreicht wurden und das verabreichte Antibiotikum mit 20, 30, 36, 60, 81, 102 oder 103 gekennzeichnet ist, geben Sie die Verabreichungszeit der letzten Dosis vor dem Schnitt in dieses Feld ein und beantworten Sie die Frage „Verabreichung einer zweiten Dosis während der Operation?“ mit „Ja“ (siehe unten).</p> <p>Nota bene: Bei bilateralen Eingriffen, die nacheinander während derselben Operation ausgeführt werden, 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.</p> <p>Nota bene: Im Falle einer Antibiotika-Infusion ist als Zeitpunkt der Verabreichung der Beginn der Infusion anzugeben.</p>
	Dosis des ersten Antibiotikums (mg)	<p>Falls das verabreichte Antibiotikum dem Code 30, 36, 51, 81 oder 102 entspricht, dann notieren Sie die applizierte Dosis in Milligramm (mg). Beispiel: Verabreichung von 2g Kefzol (Cefazolin=30): notieren Sie 2000 mg. Das System wird automatisch evaluieren, ob die Dosis gewichtsadaptiert ist.</p> <p>NB: Falls das Gewicht nicht erhältlich ist oder Sie nicht vom Monitoring profitieren möchten, können Sie 'unbekannt' auswählen</p>
	Zweites und drittes Antibiotikum verwendet	<p>Gehen Sie gleich vor wie beim ersten Antibiotikum.</p>
	Letzte vor der OP verfügbare Kreatinin-Clearance in ml/min	<p>Nur auszufüllen für Antibiotika mit den Codes 20, 30, 36, 60, 81, 102 oder 103 und wenn die Operationsdauer mehr als 2 Stunden beträgt. Es handelt sich hierbei um die gemäss MDRD oder CKD-EPI geschätzte Kreatininclearance (glomeruläre Filtrationsrate [GFR]). Für die Berechnung der 2. Dosis wird sie wie kategorisiert in >50 ml/min, 20-50 ml/min und <20 ml/min.</p> <p>Kriterien für die Auswahl nach Priorität</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letzter präoperativ während der aktuellen Hospitalisation bestimmter Wert oder während des prästationären Besuchs innerhalb von zwei Wochen vor dem Spitalaufenthalt, der dem chirurgischen Eingriff am nächsten liegt. 2. Wenn während des aktuellen Spitalaufenthalts oder während der präanästhetischen Untersuchung innerhalb von zwei Wochen vor dem Spitalaufenthalt kein präoperativer Wert berechnet wurde, ist der höchste postoperative Wert zu berücksichtigen. 3. Falls während der Hospitalisation keine Kreatininbestimmung erfolgte: bester Wert während des vergangenen Jahres, falls erhältlich. Falls nicht erhältlich, kann unter 'Kreatinin-Clearance' 'unbekannt' erfasst werden. Für das Monitoring wird in diesem Fall automatisch der Wert >50ml/min eingesetzt.
	Datum der letzten Kreatinin-Clearance	<p>Es handelt sich um das Datum der letzten Kreatinin-Clearance-Messung vor der Operation gemäss den oben genannten Auswahlkriterien. Geben Sie das Datum im Format TT.MM.JJJJ ein.</p>

	Zweitdosis während Operation verabreicht?	<p>Nur auszufüllen für Antibiotika mit den Codes 20, 30, 36, 60, 81, 102 oder 103. Hier ist anzugeben, ob während der Operation eine zweite Dosis des Antibiotikums prophylaktisch verabreicht wurde. Wenn mehrere Antibiotika verabreicht wurden, beantworten Sie diese Frage unabhängig davon, ob es sich um das erste, zweite oder dritte Antibiotikum handelt. Das System bewertet automatisch, ob eine zweite Dosis eines der verabreichten Antibiotika erforderlich war.</p>
DATEN AUS DEM EINGABEFORMULAR (CRF) – FOLLOW-UP		
	Variablen / Fragen	Definitionen / Erläuterungen / Beispiele
	Follow-up Datum	<p>Anhand dieser Information wird festgelegt, innerhalb welcher Frist das Interview oder die klinische Nachuntersuchung und Nachkontrolle (aus KG) durchgeführt wurde. Das ist nützlich für die Person, welche die Erfassung durchführt. Dieses Follow-up kann mithilfe des automatischen Versands des digitalen FFU-Fragebogens durchgeführt werden. In diesem Fall wird das Datum automatisch mit dem Datum vervollständigt, an dem der Patient auf das FFU reagiert.</p> <p>Wichtig: Bei einem chirurgischen Eingriff ohne Implantat ist es immer nach 30 Tagen und bei einem chirurgischen Eingriff mit Implantat und VASCAMI nach 90 Tagen durchzuführen.</p> <p>Diese Follow-up sind innert vernünftiger Fristen durchzuführen, das heisst spätestens am 45. bis 50. Tag für das Follow-up nach 30 Tagen und spätestens am 120. Tag für das Follow-up nach 90 Tagen.</p>
Follow-up	Erneute OP wg. <u>nicht</u> infektiöser Komplikationen	<p>Es handelt sich hierbei um Reoperationen (erneute Eingriffe) innerhalb eines Monats (oder 3 Monaten) wegen nicht infektiöser Komplikationen. Sie können unvorhergesehen oder im Rahmen eines geplanten Second looks durchgeführt werden. <u>Achtung: Hierbei handelt es sich nicht um erneute Operationen aufgrund einer Infektion.</u></p> <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>Reoperationen müssen eine Inzision beinhalten. Eine Gelenkmobilisation in Narkose wird nicht als Reoperation (erneute Operation) erfasst.</p> <p>Beispiel: Ein Patient unterzog sich am 01.04.2025 einer Cholezystektomie, er wurde wegen einer Hämorrhagie nachoperiert, kreuzen Sie an: « ja »</p> <p>Beispiel: Second look zwei Tage nach einer notfallmässigen Sigmoidektomie wegen perforierter Divertikulitis (Kontaminationsgrad IV), Kreuzen Sie an: « ja »</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Follow-up</p>	<p>Erneute OP wg. <u>nicht</u> infektiöser Komplikationen</p>	<p>Wenn Sie diese Information nicht überprüft haben, kreuzen Sie an: «unbekannt».</p> <p>Infektion anschliessend an eine Reoperation wegen nicht infektiöser Komplikation:</p> <p>Es kommt vor, dass bei einem durch das Spital initial eingeschlossenen Fall eine postoperative Wundinfektion - innerhalb der Überwachungsperiode (30 Tage resp. 90 Tage) - 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>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Infektion</p>	<p>Wundinfektion</p>	<p>Ist beim Patienten nach einem kompletten Follow-up von 30 Tagen (oder von 90 Tagen bei orthopädischer Prothese, bei Herz- und Wirbelsäulenchirurgie mit Implantat und in der Gefässchirurgie) keine Infektion aufgetreten, kreuzen Sie «Nein, und vollständiges Follow-up/Interview durchgeführt».</p> <p>Ist beim Patienten keine Infektion aufgetreten, wurde jedoch kein Follow-up von 30 Tagen durchgeführt (bzw. 90 Tagen bei einem Implantat oder in der Gefässchirurgie), kreuzen Sie «Nein, und unvollständiges Follow-up/Interview nicht durchgeführt».</p> <p>Wurde keine Infektion diagnostiziert, so ist die Datenerfassung zu diesem Fall hier abgeschlossen.</p> <p>Wichtig: Seit dem 1. Januar 2026 müssen oberflächliche Infektion der Hautinzision nicht mehr bei Swissnoso erfasst werden.</p> <p>In der orthopädischen Chirurgie: Seit dem 1. Oktober 2021 sind nur Infektionen von Organ/Hohlraum (Prothesen-assoziierte Infektionen) einzugeben.</p> <p>Beispiel: 15 Tage nach einem Kaiserschnitt wurde eine oberflächliche Infektion der Hautinzision diagnostiziert, und das vollständige Follow-up bis zu 30 Tagen ergab keine Verschlechterung dieser Infektion: kreuzen Sie „Nein, und vollständiges Follow-up/Interview durchgeführt“ an</p> <p>Kam es bei diesem Patienten innerhalb von 30 Tagen (bzw. 90 Tagen bei einem Implantat oder in der Gefässchirurgie) zu einer Infektion, kreuzen Sie «ja» an. Die Datenerfassung muss fortgeführt werden und die Fragen zu den «Infektionsdaten» müssen bis zum Ende des Fragebogens beantwortet werden.</p> <p>Beispiel: 15 Tage nach der Appendektomie wurde eine tiefe Infektion der Hautinzision diagnostiziert, kreuzen Sie «ja» an.</p>

	<p>Wundinfektion</p>	<p>Nota bene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiefe Infektionen der Inzision, welche vor dem Ende der Nachverfolgungszeit diagnostiziert wurden, können sich im Verlauf verschlimmern und es kann sich eine Organ-/Hohlrauminfektion entwickeln. Diese Fälle müssen dennoch während 30 Tagen resp. 90 Tagen nachverfolgt (Telefoninterview oder medizinische Dokumentation, sofern diese über den gesamten Zeitraum vollständig vorliegt), um sicher zu gehen, dass keine Aggravation stattgefunden hat. - Wenn ein abdominaler chirurgischer Ersteingriff bei bestehender Infektion (Kontaminationsklasse IV) durchgeführt wird und später eine tiefe Infektion im Bereich des Schnitts auftritt, muss diese Infektion nach den CDC-Kriterien eingeteilt werden, unabhängig davon, wie lange sie nach dem ersten Eingriff auftritt. - Dem gegenüber werden Organ-/Hohlrauminfektionen nach abdominalen Ersteingriffen 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. - 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 und selbst, wenn das Anastomosenleck innerhalb der ersten 5 Tage postoperativ auftritt. <p>Siehe auch Dokument 7 – Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen</p>
	<p>Art der Wundinfektion der HAUPT-OP-Stelle</p>	<p>Anhand dieser Variablen können die Infektionen gemäss den Dokumenten 6 und 7 (Seite 47 und 48) in zwei Kategorien eingeteilt werden: 1.) tiefe Infektion der Hautinzision und 2.) Infektion von Organ oder Hohlraum</p> <p>Falls gleichzeitig mehrere anatomische Ebenen betroffen sind, bestimmt die tiefste vorhandene Infektion den Infektionstyp.</p> <p>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. Siehe auch.</p> <p>Endometritiden und Endokarditiden nach chirurgischen Eingriffen am betreffenden Organ werden als postoperative Wundinfektionen vom Typ Organ/Hohlraum betrachtet, wenn sie die entsprechenden Kriterien erfüllen.</p> <p>Siehe Dokument 7 – und die spezifischen Kriterien B für eine Infektion von Organ/Hohlraum</p> <p>Infektion des Sternums = Sternitis nach Herzchirurgie ist eine tiefe Infektion der Inzision. Eine Mediastinitis nach Herzchirurgie ist eine Infektion von Organ/Hohlraum.</p>

Art der Wundinfektion der SEKUNDAEREN OP-Stelle	<p>Diese Variable wird nur aktiviert, wenn der Hauptgrund für den Eingriff eine Herzoperation oder VASCAMI ist.</p> <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> <p>Die Infektionen der sekundären OP-Stelle werden gemäss den Dokumenten 6 und 7 (Seite 47 und 48) in zwei Kategorien eingeteilt: 1.) tiefe Infektion der Hautinzision und 2.) Infektion von Organ oder Hohlraum</p> <p>Beispiel: tiefe Infektion der Inzision der Entnahmestelle der peripheren Vene bei einem koronaren Bypass mit Entnahme des Venentransplantats, innerhalb von 30 Tagen nach dem Eingriff diagnostiziert.</p> <p>Beispiel:, Organ/Hohlraum Infektion unterhalb des Knies (= sekundäre OP-Stelle), innerhalb von 90 Tagen nach einem gefässchirurgischen Eingriff an den unteren Extremitäten, wenn auch eine Inzision im Scarpa-Dreieck (Haupt-OP-Stelle) erfolgte</p>
Datum der Diagnose	<p>Es handelt sich hierbei um das Datum der Diagnose der Wundinfektion nach den Kriterien der CDC (Dokument 7 – Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen). Das Infektionsdatum Datum entspricht dem Datum, an dem eines der CDC-Kriterien für die Diagnose einer Infektion der Operationsstelle komplett erfüllt ist, nicht zwingend das Datum des Arztbesuchs, der erst nach den Symptomen stattgefunden haben kann.</p> <p>Beispiel: Ein Patient, der am 1. April 2025 einer Appendektomie unterzogen wurde, kehrt 5 Tage nach seiner Entlassung ins Spital zurück. Er klagt über Schmerzen und weist seit 2 Tagen eine Wunddehiszenz sowie Fieber auf. Das Diagnosedatum entspricht dem Datum des Auftretens der Symptome = 04.04.2025.</p> <p>Beispiel: Ein Patient, der sich einer Appendektomie unterzogen hat, kehrt zwei Tage nach seiner Entlassung ins Krankenhaus zurück. Er klagt über Bauchschmerzen und Fieber. Ein CT-Scan wird durchgeführt und zeigt einen intraabdominalen Abszess, der noch am selben Tag operativ entfernt wird. Das Diagnosedatum entspricht dem Datum des Abdomens-CT-Scans, wodurch bereits das Kriterium B3 für eine Organ-/Rauminfektion erfüllt ist.</p>
CDC-Kriterien	<p>Anhand dieser Variablen wird festgelegt, auf welchen klinischen Kriterien die Infektionsdiagnose basiert. Referenz ist das Dokument 7 und spezifische CDC-Kriterien für die Diagnose einer postoperativen Endometritis nach Kaiserschnitt, Endokarditis nach Herzklappenchirurgie, Prothesen-assoziierte Infektionen (Hüfte oder Knie), und Infektionen des Vaginalstumpfs nach Hysterektomie.</p> <p>Beispiel: Nach einer Sigmaresektion wegen Divertikulose klagt ein Patient über starke Bauchschmerzen. Ein CT-Scan zeigt einen Erguss im Bauchraum und der Patient muss wieder operiert werden. Kreuzen Sie «B3» an (für eine Infektion von Organ/Hohlraum).</p> <p>Beispiel: Nach einer Appendektomie wegen akuter Appendizitis kommt eine Patientin wegen Schmerzen an der Wunde und einer Schwellung in die Notaufnahme des Spitals. Der behandelnde Arzt diagnostiziert eine tiefe Infektion der Hautinzision. Er öffnet die Wunde, legt eine Drainage und legt eine Kultur des eitrigen Ausflusses an. Kreuzen Sie «B1 + B2» an (für eine tiefe Infektion der Hautinzision).</p> <p>Beispiel: Im Austrittsbericht präzisiert der Chirurg «Wundabszess», kreuzen Sie «C» an.</p> <p>Siehe auch Dokument 7 – Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen.</p>

Mikrobiologische Kultur oder PCR	<p>Anhand dieser Variablen wird festgestellt, ob eine Kultur der Wunde bei einem Patienten angelegt wurde, bei dem eine Infektion diagnostiziert wurde, sowie welches Ergebnis die Kultur erbrachte. Eine positive Kultur nach aseptischer Entnahme ist eine Kultur, die unter Vorkehrungen entnommen wurde, 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 abgenommen wurde, kann also berücksichtigt werden. Eine Methode zur Identifizierung von Mikroorganismen mithilfe einer anderen Methode oder eines anderen Tests als dem Anlegen einer Kultur ist zulässig.</p> <p>Beispiel: Es wurde eine Kultur einer tiefen Inzisionswunde angelegt; ihr Ergebnis ist «steril», kreuzen Sie «Ja, negativ» an.</p>
Keim 1	<p>Diese Information dient dazu, den Typ der infektiösen Erreger festzustellen, welche die postoperative Wundinfektion verursacht haben. Referenz ist das Dokument 8 – Liste und Codes der Keime 01.01.2026.</p> <p>Beispiel: Kultur positiv auf <i>Staphylococcus aureus</i>, notieren Sie die 1.</p> <p>Beispiel: Kultur positiv auf <i>Escherichia coli</i>, notieren Sie die 20.</p>
Resistenztyp des MO1	<p>Wählen Sie gegebenenfalls die Resistenzart des Mikroorganismus 1 aus. Die Auswahl der Resistenzarten passt sich entsprechend dem im vorherigen Feld ausgewählten Mikroorganismus an.</p> <p>Bestimmte Enterobakterien (<i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i>, <i>Proteus</i>, <i>Serratia</i>, <i>Enterobacter</i> und andere <i>Enterobacteriaceae</i>) produzieren Enzyme (Carbapenemasen), die Carbapeneme (Imipenem, Meropenem, Ertapenem) inaktivieren. Es gibt weitere Mechanismen, die eine Resistenz gegen Carbapeneme hervorrufen. Unter diesen Codes (CPE) sind jedoch nur die Carbapenemase-bildenden Bakterien zu erfassen.</p> <p>ESBL: Bakterien, die Extended-Spectrum-Beta-Lactamasen produzieren, sind i.d.R. resistent auf alle Penicilline, Cephalosporine der 1-3. Generation (z.B. Ceftazidim) und Aztreonam.</p> <p>VRE : Vancomycin-resistente Enterokokken.</p> <p>Bei Bildung von ESBL in Kombination mit Carbapenemase-Bildung (CPE) ist nur die Carbapenemase-Bildung zu erfassen.</p> <p>Beispiel: positive Kultur mit <i>Escherichia coli</i> ESBL, wählen Sie «ESBL-produzierend» aus.</p>
Keim 2 et 3	<p>Gehen Sie gleich vor wie bei Keim 1. Bei > 3 Mikroorganismen, bitte die wichtigsten für die Infektion wählen.</p>
Resistenztyp des MO2 und MO3	<p>Gehen Sie gleich vor wie beim Resistenztyp des MO1</p>
Erneute Hospitalisation (wegen Infektion)	<p>Es handelt sich um eine Rehospitalisation aufgrund einer postoperativen Wundinfektion. Eine ambulante Konsultation darf nicht als Rehospitalisation eingestuft werden.</p> <p>Bitte geben Sie an, ob die Rehospitalisation im selben Spital wie die Operation oder in einem anderen Spital erfolgt ist.</p> <p>Beispiel: Ein Patient kommt 10 Tage nach der Operation in demselben Spital wegen Bauchschmerzen in die Notaufnahme. Der Chirurg beschliesst, ihn zu hospitalisieren, um ihn radiologisch zu untersuchen, kreuzen Sie «ja, selbes Spital/selbe Klinik» an.</p> <p>Beispiel: Ein Patient kommt wegen einer spontanen Dehiscenz seiner Wunde mit leichtem Ausfluss nach einer Appendektomie erneut in die Notaufnahme. Der Arzt spült die Wunde und verabreicht ihm Antibiotika. Nach dieser Behandlung kehrt der Patient mit einem Rezept für die ambulante Wundversorgung nach Hause zurück. Kreuzen Sie «Nein» an.</p>

	<p>Infektions- behandlung</p>	<p>Mit dieser Variablen kann die Art der Behandlung der Infektion angegeben werden. Es kann sich um eine konservative Behandlung handeln, d. h. es gab keinen erneuten Eingriff, keine Drainage und keine Öffnung der Wunde. Wenn aufgrund der Infektion eine Reoperation erforderlich war, kann diese aus einer perkutanen Drainage, der vorzeitigen Entfernung von Nähten oder Klammern oder einer erneuten Operation bestehen.</p> <p>Beispiel: Ein Patient kommt 10 Tage nach der Operation wegen Bauchschmerzen in die Notaufnahme. Radiologische Untersuchungen ergeben, dass sich im Bauchraum sehr viel Flüssigkeit angesammelt hat. Der Patient zeigt ausserdem Anzeichen einer allgemeinen Infektion. Er wird für einen erneuten Eingriff in den OP gebracht, wählen Sie «Erneuter Eingriff».</p> <p>Beispiel: Ein Patient kommt nach einem sonstigen Gefäss-Bypass wegen Schmerzen und einer Schwellung im Bereich seiner Wunde in die Notaufnahme. Der Arzt entscheidet, die Wunde wieder zu öffnen, indem er mehrere Stiche löst. Wählen Sie «Entfernen von Nähten oder Klammern».</p>
--	--	---

Dokument 3 – Liste und Codes der chirurgischen Eingriffe, die im Programm Swissnoso erfasst werden;

V 01.01.2026

Die Aufnahme von Fällen muss anhand des Operationsberichts und gegebenenfalls anhand der CHOP-Codes geprüft werden. Eine Operation, deren CHOP-Code nicht in dieser Tabelle aufgeführt ist, darf nicht aufgenommen werden

Die Herzchirurgie umfasst die Eingriffe mit den Codes **43, 44, 45, 46 und 47**, die nicht trennbar sind und müssen **alle** verfolgt werden.

Hysterektomien umfassen die Codes **30 und 31**, die nicht trennbar sind und müssen **alle** verfolgt werden.

Code Hauptintervention	Beschreibung der Operation	CHOP Code <i>Die Zahlen entsprechen chirurgischen Verfahren, die in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Version 2026, beschrieben sind.</i>	Normdauer der Operation (T)
2 – APP	Appendektomie (inklusive Zäkumpolresektion). Inzidente Appendektomien sind nicht inbegriffen	47.00, 47.01, 47.02, 47.09, 47.2, 47.9	1Std.(60 Min.)
4 – CES	Kaiserschnitt	74.0X.00, 74.0X.10, 74.0X.20, 74.0X.99, 74.1X.00, 74.1X.10, 74.1X.20, 74.1X.99, 74.2X.00, 74.2X.10, 74.2X.20, 74.2X.99, 74.4, 74.4X.00, 74.4X.10, 74.4X.20, 74.4X.99, 74.91, 74.99, 74.99.00, 74.99.10, 74.99.20, 74.99.99	1Std.(60 Min.)
5 – CHOL	Cholezystektomie	51.03, 51.04, 51.13, 51.21, 51.22.00, 51.22.10, 51.22.11, 51.22.12, 51.22.99, 51.23, 51.24	2Std.(Min.)
6 - COLON	Colonchirurgie (inklusive coloduodenale Anastomose und Sigmoidektomie)		3Std.(180 Min.)
	45.03, 45.26, 45.41.00, 45.41.09, 45.41.21, 45.41.31, 45.49, 45.52, 45.7, 45.70, 45.72, 45.72.11, 45.72.12, 45.73, 45.73.11, 45.73.12, 45.74, 45.74.11, 45.74.12, 45.75, 45.75.1, 45.75.11, 45.75.12, 45.75.2, 45.75.21, 45.75.22, 45.76, 45.76.00, 45.76.09, 45.76.11, 45.76.21, 45.77.1, 45.77.11, 45.77.12, 45.77.2,	45.77.21, 45.77.22, 45.78, 45.78.1, 45.78.11, 45.78.12, 45.78.2, 45.78.21, 45.78.22, 45.79, 45.81, 45.81.11, 45.81.12, 45.93, 45.94, 45.98.12, 46.04, 46.1, 46.10, 46.12.11, 46.12.12, 46.15.11, 46.15.12, 46.19, 46.43, 46.43.00, 46.43.10, 46.43.11, 46.43.12, 46.43.20, 46.43.99, 46.52, 46.52.00, 46.52.10, 46.52.20, 46.52.99, 46.75, 46.76, 46.76.00, 46.76.11, 46.76.12, 46.76.99 ; 46.79.41; 46.79.51	
281 – RECTO	Operationen an Rektum, Rektosigmoid und Perirektalgewebe		3Std.(180 Min.)
	45.80, 45.82, 45.82.11, 45.82.12, 45.89, 45.92, 45.92.11, 45.92.12, 45.95.11, 45.95.12, 45.95.21, 45.96, 45.98.13, 48.25, 48.4, 48.41, 48.49, 48.5, 48.50, 48.51, 48.53,	48.59, 48.6, 48.65, 48.66.00, 48.66.09, 48.66.1, 48.66.11, 48.66.12, 48.66.13, 48.66.14, 48.66.15, 48.66.2, 48.66.21, 48.66.22, 48.66.23, 48.66.24, 48.66.25, 48.66.3, 48.66.31, 48.66.32, 48.66.33, 48.66.34, 48.66.35, 48.69, 48.74	
81 – BYPASS	Bariatrische Chirurgie: Sleeve Resection, Duodenal-Switch, proximaler Gastric Bypass, Distaler Magenbypass, Roux-en-Y Magenbypass, Omega-Loop, Biliopankreatische Diversion des Magens nach Scopinaro, sonstige Gastroenterostomie, inklusive Revisionen	43.89.20, 43.89.21, 43.89.30, 43.89.31, 43.89.4, 43.89.40, 43.89.41, 43.89.44, 43.89.45, 43.89.50, 43.89.51, 43.89.61, 43.99.10, 43.99.11, 44.31.00, 44.31.09, 44.31.11, 44.31.12, 44.31.13, 44.31.14, 44.31.21, 44.31.22, 44.31.31, 44.31.32, 44.31.41, 44.31.42, 44.38, 44.39, 44.5X.00, 44.5X.10, 44.5X.21, 44.5X.22, 44.5X.33, 44.5X.34, 44.5X.35, 44.5X.36, 44.5X.41, 44.5X.42, 44.5X.43, 44.5X.44, 44.5X.51, 44.5X.52, 44.5X.99	3 Std. (180 Min.)

Code Hauptintervention	Beschreibung der Operation	CHOP Code <i>Die Zahlen entsprechen chirurgischen Verfahren, die in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Version 2026, beschrieben sind.</i>	Normdauer der Operation (T)
30 – HYST	Abdominale Hysterektomie einschliesslich laparoskopische Hysterektomie	68.3, 68.30, 68.31, 68.32, 68.39, 68.4, 68.40, 68.41, 68.42, 68.49, 68.6, 68.60, 68.61, 68.62, 68.6A	2 Std. (120 Min.)
31 – VHYST	Vaginale Hysterektomie einschliesslich laparoskopische unterstützte vaginale Hysterektomie [LAVH], [LARVH]	68.43, 68.44, 68.63, 68.64	2 Std. (120 Min.)
43 – CARD	Andere Herzchirurgie (mit Ausnahme von Coronarbybässen, Herzklappenerstanz, Valvuloplastiken, Gefässchirurgie, Transplantationen und Schrittmacherimplantationen)	35.A3.14, 35.A4.00-35.A4.12, 35.A4.14, 35.B9, 35.C1.00-35.C1.12, 35.C2.00-35.C2.12, 35.C2.14, 35.C3.00-35.C3.12, 35.C3.14, 35.C4.00-35.C4.12, 35.C4.14, 35.D1.00-35.D1.12, 35.D1.14, 35.D2.00-35.D2.14, 35.D3.00-35.D3.12, 35.D3.14, 35.D4.00-35.D4.14, 35.I1.11, 35.I3.11, 35.I3.12, 35.I9, 36.2, 36.32, 36.39, 36.39.11, 36.39.13, 36.39.99, 36.91, 36.99, 36.99.00, 36.99.20, 36.99.30, 36.99.40, 36.99.99, 37.10, 37.11, 37.12.00-37.12.12, 37.31.00, 37.31.10, 37.31.20, 37.31.30, 37.31.99, 37.32, 37.33.00, 37.33.10, 37.33.11, 37.33.19, 37.33.20, 37.33.30, 37.33.99, 37.35, 37.40, 37.41, 37.42.11, 37.42.21, 37.49	5 Std. (300 Min.)
	35.31, 35.32, 35.34, 35.35.00, 35.35.09, 35.35.10, 35.36.00, 35.36.09, 35.36.11, 35.36.21, 35.39, 35.41.00, 35.41.10, 35.41.99, 35.42.00, 35.42.09, 35.42.10, 35.43.00, 35.43.10, 35.43.99, 35.50, 35.51, 35.53, 35.54, 35.60, 35.61, 35.62, 35.63, 35.70, 35.71, 35.72.00, 35.72.10, 35.72.99, 35.73, 35.81, 35.82, 35.83, 35.84, 35.85, 35.91, 35.92, 35.93, 35.94, 35.95, 35.98.00, 35.98.99, 35.99, 35.A1.00-35.A1.12, 35.A1.14, 35.A2.00-35.A2.12, 35.A2.14, 35.A3.00-35.A3.12,		
44 – PCA	Coronarbybass/-bypässe mit A. mammaria interna oder A. thoracica	36.13.38, 36.13.3A, 36.13.99, 36.18.12-36.18.15, 36.18.18, 36.18.1A, 36.18.22-36.18.25, 36.18.28, 36.18.2A, 36.18.99, 36.19, 36.1A.12-36.1A.15, 36.1A.18, 36.1A.1A, 36.1A.22-36.1A.25, 36.1A.28, 36.1A.2A, 36.1A.99, 36.1B.12-36.1B.15, 36.1B.18, 36.1B.1A, 36.1B.22-36.1B.25, 36.1B.28, 36.1B.2A, 36.1B.99	4 Std. (240 Min.)
	36.11.22-36.11.25, 36.11.28, 36.11.2A, 36.11.32-36.11.35, 36.11.38, 36.11.3A, 36.11.99, 36.12.22-36.12.25, 36.12.28, 36.12.2A, 36.12.32-36.12.35, 36.12.38, 36.12.3A, 36.12.99, 36.13.22-36.13.25, 36.13.28, 36.13.2A, 36.13.32-36.13.35,		
45 – PAV	Coronarbybass/-bypässe mit Venentransplantat oder Extremitätenarterie (A. radialis)	36.13.31, 36.13.36, 36.13.37, 36.18.11, 36.18.16, 36.18.17, 36.18.21, 36.18.26, 36.18.27, 36.1A.11, 36.1A.16, 36.1A.17, 36.1A.21, 36.1A.26, 36.1A.27, 36.1B.11, 36.1B.16, 36.1B.17, 36.1B.21, 36.1B.26, 36.1B.27	5 Std. (300 Min.)
	36.11.21, 36.11.26, 36.11.27, 36.11.31, 36.11.36, 36.11.37, 36.12.21, 36.12.26, 36.12.27, 36.12.31, 36.12.36, 36.12.37, 36.13.21, 36.13.26, 36.13.27,		

Code Hauptintervention	Beschreibung der Operation	CHOP Code <i>Die Zahlen entsprechen chirurgischen Verfahren, die in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Version 2026, beschrieben sind.</i>	Normdauer der Operation (T)
46 – VALVE	Herzklappenersatz (nicht TAVI) 35.F1.00-35.F1.12, 35.F1.21-35.F1.22, 35.F1.31-35.F1.32, 35.F1.41-35.F1.42, 35.F1.51-35.F1.52, 35.F1.61-35.F1.62, 35.F1.71-35.F1.72, 35.F1.81-35.F1.82, 35.F1.A2, 35.F1.B2, 35.F2.00-35.F2.09, 35.F2.11-35.F2.12, 35.F2.1.2-35.F2.22, 35.F2.24, 35.F2.25, 35.F2.26, 35.F2.1.3-35.F2.32, 35.F2.34, 35.F2.51-35.F2.52, 35.F3.00-35.F3.09, 35.F3.11-35.F3.12, 35.F3.21-35.F3.22, 35.F3.24, 35.F3.25, 35.F3.31-35.F3.32, 35.F3.34, 35.F3.35, 35.F3.51-35.F3.52, 35.F3.61-35.F3.62, 35.F3.71-35.F3.72, 35.F3.81-35.F3.82, 35.F4.00-35.F4.09, 35.F4.11-35.F4.12, 35.F4.21-35.F4.22, 35.F4.24,	35.F4.31-35.F4.32, 35.F4.34, 35.F4.51-35.F4.52, 35.G1.11-35.G1.12, 35.G1.14, 35.G2.11-35.G2.12, 35.G2.14, 35.G3.11-35.G3.12, 35.G3.14, 35.G4.11-35.G4.12, 35.G4.14, 35.G9, 35.H1.00-35.H1.09, 35.H11.1-35.H1.12, 35.H1.21-35.H1.22, 35.H1.31-35.H1.32, 35.H1.41-35.H1.42, 35.H1.51-35.H1.52, 35.H1.61-35.H1.62, 35.H1.71-35.H1.72, 35.H1.81-35.H1.82, 35.H1.A2, 35.H1.B2, 35.H2.00-35.H2.09, 35.H2.11-35.H2.12, 35.H2.21-35.H2.22, 35.H2.24, 35.H2.25, 35.H2.26, 35.H2.31-35.H2.32, 35.H2.34, 35.H2.51-35.H2.52, 35.H3.00-35.H3.09, 35.H3.11-35.H3.12, 35.H3.21-35.H3.22, 35.H3.31-35.H3.32, 35.H3.51-35.H3.52, 35.H3.61-35.H3.62, 35.H3.71-35.H3.72, 35.H3.81-35.H3.82, 35.H4.00-35.H4.09, 35.H4.11-35.H4.12, 35.H4.21-35.H4.22, 35.H4.31-35.H4.32, 35.H4.51-35.H4.52, 35.I2.11	5 Std. (300 Min.)
47 – PLASTIE	Valvuloplastie	35.E1.00-35.E1.12, 35.E1.14, 35.E2.00-35.E2.12, 35.E2.15, 35.E3.00-35.E3.12, 35.E3.14, 35.E4.00-35.E4.14	In Bearbeitung
211 – PROTH	Totale Hüftgelenksprothese (erste elektive Operation)	81.51.00 (<i>Erstimplantation</i>), 81.51.11, 81.51.12, 81.51.13, 81.51.19	2 Std. (120 Min.)
212 – PROTH	Partielle und totale Kniegelenksprothesen (erste elektive Operation)	81.54.00 (<i>Erstimplantation</i>), 81.54.21, 81.54.22, 81.54.23, 81.54.24, 81.54.25, 81.54.26, 81.54.27, 81.54.28, 81.54.29	2 Std. (120 Min.)
50 – LAM	<p><u>Ersteingriffe</u> von Laminotomie, Laminektomie/Laminoplastik, die im <u>Operationssaal</u> durchgeführt wurden, Exzisionen oder Destruktionen von Zwischenwirbelscheiben, Bandscheibenprothese, Interspinöses Implantat, Exploration und Dekompression an Strukturen des Spinalkanals und Dynamische Stabilisierung der Wirbelsäule.</p> <p>☒ Minimal-invasive Interventionen zur Exzision oder Destruktion von Diskushernien, die in der interventionellen Radiologie mithilfe verschiedener Techniken (z.B. Laser, Chemonukleolyse) durchgeführt werden, müssen nicht eingeschlossen werden.</p> <p>☒ Revisionsoperationen oder Ersatz von künstlichen Zwischenwirbelscheiben oder interspinalen Systemen werden nicht eingeschlossen</p> <p><i>Diese Kategorie umfasst Eingriffe mit und ohne Implantat. Sie müssen alle in die Überwachung eingeschlossen werden</i></p> <p>03.01, 03.03, 03.03.00, 03.03.09, 03.03.1, 03.03.11-03.03.18, 03.03.1A, 03.03.1B, 03.03.21-03.03.28, 03.03.2A, 03.03.2B, 03.03.31-03.03.38, 03.03.3A, 03.03.3B, 03.03.41-03.03.48, 03.03.4A, 03.03.4B, 03.09, 03.4, 03.4X.00, 03.4X.10, 03.4X.11, 03.4X.12, 03.4X.19, 03.4X.20, 03.4X.21, 03.4X.22, 03.4X.29, 03.4X.99, 7A.22, 7A.30, 7A.32, 7A.32.11, 7A.32.12, 7A.32.13, 7A.39, 7A.61, 7A.61.11, 7A.62.11, 7A.66.11, 7A.67.11, 7A.69.11, 7A.72.11-7A.72.18, 7A.72.1A-7A.72.1F, 7A.72.21-7A.72.28, 7A.72.2A-7A.72.2F</p>		2 Std. (120 Min.)

Code Hauptintervention	Beschreibung der Operation	CHOP Code <i>Die Zahlen entsprechen chirurgischen Verfahren, die in der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Version 2026, beschrieben sind.</i>	Normdauer der Operation (T)
260 – VASCAMI	Erste elektive und notfallmässige gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten: <ul style="list-style-type: none"> - Femoraler, poplitealer, cruraler, peronealer oder pedaler Gefäss-Shunt oder -Bypass an Arterien des Unterschenkels und des Fusses. Endarteriektomie, Inzision, Resektion, Exzision, Verschluss oder Rekonstruktion von arteriellen Gefässen der unteren Extremität.	39.29.00, 39.29.09, 39.29.10, 39.29.11, 39.29.12, 39.29.13, 39.29.14, 39.29.15, 39.29.16, 39.29.19, 39.29.30, 39.29.33, 39.29.39, 38.08.00, 38.08.10, 38.08.11, 38.08.12, 38.08.99, 38.18.10, 38.18.11, 38.18.12, 38.38.00, 38.38.10, 38.38.11, 38.38.12, 38.38.99, 38.48.00, 38.48.10, 38.48.11, 38.48.12, 38.48.13, 38.48.99, 38.68.00, 38.68.10, 38.68.20, 38.68.99, 38.88, 39.52.00, 39.52.99, 39.56.60, 39.56.61, 39.56.69, 39.56.99, 39.57.60, 39.57.61, 39.57.69, 39.57.99, 39.58, 39.59.21, 39.59.29, 39.59.80, 39.59.81, 39.59.89	4Std. (240 Min.)

Referenz: Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) – Version 2026

Nota bene:

- Eine Koloskopie (mit oder ohne Biopsien) ist eine endoskopische Untersuchung, die sich auf das Darmlumen beschränkt. Sie stellt kein Ausschlusskriterium für die Erfassung eines viszeralen oder gynäkologischen Eingriffs, der in den darauffolgenden 30 Tagen durchgeführt wird, dar.
- Das Vorhandensein eines Pigtail-Katheters (bzw. eines anderen Drainagekatheters) über einen transabdominalen, -rektalen oder -vaginalen Zugang 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
- 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.
- Ist zum Zeitpunkt der Operation an einem Bauchhöhlenorgan (viszeral oder gynäkologisch) eine PEG-Sonde (durch perkutane endoskopische Gastrostomie eingelegte Ernährungssonde) in situ oder war das in den 30 Tagen vor dem Eingriff der Fall, so bildet dies bei viszeralen oder gynäkologischen Eingriffen ein Ausschlusskriterium
- Eine Aszitespunktion und/oder das Einlegen einer Intraperitonealdrainage in den vorangegangenen 30 Tagen ist ein Ausschlusskriterium.
- Eine Gelenkpunktion oder eine intraartikuläre Infiltration innerhalb von 30 Tagen vor einer Prothesenimplantation stellt ein Ausschlusskriterium dar (gleiches Gelenk).
- Eine intraartikuläre Infiltration innert 30 Tagen vor einer Laminektomie/Diskushernie (50 LAM) stellt ein Ausschlusskriterium dar, wenn sie im selben operierten Wirbelsegment oder in einem benachbarten Segment erfolgt.
- Bei Herzchirurgie-Eingriffen:
 - Das endovaskuläre Einsetzen eines Stents (perkutane Intervention) in den vorangegangenen 30 Tagen ist **kein Ausschlusskriterium**, auch wenn der Stent zum Zeitpunkt der Intervention noch vorhanden ist.
 - Das Vorhandensein von hämodynamischen Hilfsmitteln wie Ballons oder Pumpen: Impella, Intra-Aortic Balloon Pump (IABP), Intra-aortic balloon counterpulsion (IABP), Herzunterstützungsgerät (TandemHeart), Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) oder andere zum Zeitpunkt des Eingriffs und in den 30 Tagen davor **stellt ein Ausschlusskriterium dar**.
 - Die Einlage einer Perikarddrainage und/oder die Durchführung einer Perikardpunktion in den vorangegangenen 30 Tagen **ist ein Ausschlusskriterium**.
 - Die Einlage einer Pleuradrainage oder die Durchführung einer Pleurapunktion in den vorangegangenen 30 Tagen **ist kein Ausschlusskriterium**.
- Eine Ballonangioplastie innerhalb von 30 Tagen vor einer VASCAMI-Operation ist kein Ausschlusskriterium, es sei denn, es treten Komplikationen nach der Angioplastie auf, die einen Leistenschnitt zur Gefäßreparatur erforderlich machen.

Dokument 4 – Definition der Kontaminationsgrade I bis IV – V 01.01.2026

Dem chirurgischen Eingriff wird ein Kontaminationsgrad der Wunde zugeordnet. Diese Nummer wird für die Beantwortung der Frage des Eingabeformulars (CRF) «Kontaminationsgrad» benötigt. Die Grade sind in Abhängigkeit von der Kontamination des Operationsfeldes von I bis IV abgestuft: vom saubersten (I) bis zum schmutzigsten (zum am stärksten kontaminierten) (IV) Grad.

Für die Unterscheidung zwischen den Kontaminationsgraden II und III sind der pathologisch-anatomische Bericht (Histologiebericht) und der Operationsbericht heranzuziehen, um die notwendigen Informationen über den Entzündungsstatus und den Ablauf des Verfahrens zu erhalten.

Grad I = Saubere	→ Die Inzision verläuft nicht durch entzündliches Gewebe und Atemwege, Verdauungstrakt oder Urogenitaltrakt wurden nicht eröffnet	
	→ Die sauberen Inzisionen werden geschlossen und es erfolgt eine primäre Wundheilung, eine Drainage erfolgt, wenn nötig, durch ein geschlossenes System	
	→ Inzisionen zur Behandlung eines geschlossenen Traumas gehören diesem Grad an, wenn sie den obenstehenden Kriterien entsprechen	
	Beispiele	Gefässchirurgie
Hüft- oder Knieprothese		
Herzchirurgie		
Eingriff bei Endokarditis - nach vorangehender mehrwöchiger antibiotischer Behandlung oder nach abgeschlossener antibiotischer Therapie für die Endokarditis - UND intraoperativ und histologisch keine Hinweise für Entzündung oder Abszess - Mit oder ohne Vegetationen UND negativ Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen.		
Grad II = Saubere-kontaminiert	→ Bei der Inzision werden Respirations-, Verdauungs- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet.	
	→ Die Operationen von Gallengang, Appendix, Vagina und Oropharynx gehören diesem Grad an, sofern nicht eine offensichtliche Infektion oder ein grösseres technisches Problem vorliegt.	
Beispiele	Cholezystektomie wegen Lithiasis	
	Colonchirurgie ohne Hinweise auf eine Infektion und ohne ungewöhnliche Verschmutzung durch den Darminhalt, z.B. Divertikulose ohne akute Divertikulitis, Adenokarzinom des Colons	
	Appendektomie ohne akute Appendizitis	
	Kaiserschnitt ohne Blasensprung vor der Inzision	

Grad III = Kontaminiert	→ Diese Kategorie umfasst Inzisionen, die durch Gewebe mit akuter nicht eitriger Entzündung führen
	→ Operationen mit grösserem Asepsisproblem (z. B. offene Herzmassage) oder grobe Verschmutzung durch Darminhalt
	→ Frische traumatische (nicht chirurgische) offene Wunde
Beispiele	Colonchirurgie mit Auslaufen des Darminhalts ins Operationsfeld
	Sigmoidektomie wegen akuter Divertikulitis ohne Perforationen und ohne Abszess
	Cholezystektomie wegen akuter Cholezystitis ohne Abszess, mit oder ohne Perforation
	Appendektomie wegen akuter Appendizitis ohne Perforationen und ohne Abszess
	Amnioninfektionssyndroms ohne trübes und/oder übelriechendes Fruchtwasser UND keine positive Kultur,
	Kaiserschnitt mit Blasensprung vor der Inzision ohne mütterliche Infektionszeichen
	Offen gelassenes Sternum anlässlich des herzchirurgischen Eingriffes (=open chest treatment)
	Colonchirurgie mit Auslaufen des Darminhalts ins Operationsfeld
	Herzeingriff bei Endokarditis: <ul style="list-style-type: none"> - Unter laufender antibiotischer Therapie, negativ Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen, unabhängig vom Resultat der PCR - nach abgeschlossener antibiotischer Therapie für die Endokarditis, UND während der Operation visuell Hinweise auf eine Entzündung, und/oder die PCR positiv ausfällt, auch wenn die Kultur negativ ist.
Grad IV = Infiziert	→ Bei dieser Definition wird davon ausgegangen, dass die Keime, die für die postoperative Infektion verantwortlich sind, bereits vor der Intervention vorlagen.
	→ Inzisionen in eine bestehende Infektion oder in perforierte Eingeweide
	→ Alte traumatische Wunde, die devitalisiertes Gewebe enthält
Beispiele	Colonchirurgie bei Perforation oder Abszess des Colons (Divertikulitis/Sigmoiditis mit Perforationen oder Abszess)
	Iatrogenen Colonperforation während der Koloskopie, die eine viszerale Resektion erforderlich macht
	Appendektomie wegen Appendizitis mit Perforationen oder Abszess
	Cholezystektomie wegen abszedierter Gallenblase (Gallenblasenempyem)
	Kaiserschnitt bei einer Gebärenden (mit oder ohne Blasensprung vor der Inzision) mit: <ul style="list-style-type: none"> - mindestens einem der folgenden mütterlichen Infektionszeichen ohne nachgewiesene anderweitige Ursache: Fieber >38°C, Leukozytose, CRP-Erhöhung - UND trübem und/oder übel riechendem Fruchtwasser ODER Keimnachweis in einer intraoperativen Fruchtwasserprobe
	Eingriff bei Endokarditis unter laufender oder nach abgeschlossener antibiotischer Therapie mit positiver Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen unabhängig vom Resultat der PCR, oder wenn bei der Operation Abszesse vorhanden sind, auch wenn die Kultur negativ ist

Literatur: Mangram A & al. Guideline for prevention of surgical site infection. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999 ; 20 : 247-278

Dokument 5a – Liste und Codes der Antibiotika und Antimykotika.

V.01.10.2018

Les Die Antibiotika und Antimykotika sind nach Familien aufgeführt: β -Lactame, Aminoglykoside, Chinolone, Makrolide, Glykopeptide, Sulfonamide, Sonstige, Antimykotika; und nach Gruppe Den verabreichten Substanzen wird ein Code zugeordnet. Diese Nummer wird für die Beantwortung der 3 Fragen des Eingabeformulars «Art des Antibiotikums 1, 2, 3» benötigt.

Code	Generischer Name	Beispiele für Handelsnamen
B-Lactame		
Penicilline		
10	Amoxicillin	CLAMOXYL, AMOXICILLIN-, AMOXI-MEPHA, AZILLIN, SUPRAMOX
11	Flucloxacillin	FLOXAPEN
12	Penicillin	PENICILLIN, OSPEN, STABICILLIN
13	Piperacillin	PIPRIL (<i>in der Schweiz nicht im Handel</i>)
Penicilline mit β-Lactamasehemmern		
20	Amoxicillin + Clavulanat	AUGMENTIN, CO-AMOXI-MEPHA, CO-AMOXICILLIN-, AZICLAV, CLAVAMOX
21	Piperacillin + Tazobactam	TAZOBAC, PIPERAZILLIN / TAZOBACTAM-TEVA
22	Ticarcillin + Clavulanat	TIMENTEN (<i>in der Schweiz nicht im Handel</i>)
Cephalosporine		
30	Cefazolin	KEFZOL, CEFAZOLIN-SANDOZ
31	Cefepim	CEFEPIM-ORPHA
32	Cefetamet	GLOBOCEF (<i>in der Schweiz nicht im Handel</i>)
33	Cefoxitin	MEFOXITIN (<i>in der Schweiz nicht im Handel</i>)
34	Ceftazidim	FORTAM
35	Ceftriaxon	ROCEPHIN, CEFTRIAxon-SANDOZ
36	Cefuroxim	ZINACEF / ZINAT, CEFURIM ECO, CEFUROXIM-
37	Cefpodoxim	PODOMEXEF, ORELOX, CEFPODOXIM-SANDOZ
38	Cefaclor	CECLOR/CECLOR RETARD
39	Cefixim	CEPHORAL
390	Ceftobiprole	ZEVTERA
3901	Cefamandole	MANDOKEF
Monobactame		
391	Aztreonam	AZACTAM
Carbapenem		
40	Imipenem	TIENAM
41	Meropenem	MERONEM
42	Ertapenem	INVANZ
Aminoglykoside		
50	Amikacin	AMIKIN
51	Gentamicin	GARAMYCIN
52	Netilmicin	NETROMYCIN (<i>in der Schweiz nicht im Handel</i>)
53	Tobramycin	OBRACIN

Code	Generischer Name	Beispiele für Handelsnamen
Chinolone		
60	Ciprofloxacin	CIPROXIN, CIP ECO, CIPROFLOX, CIPROFLOXACIN
61	Norfloxacin	NOROXIN, NORFLOCIN-MEPHA, NORSOL, NORFLOXACIN
62	Ofloxacin	TARIVID
63	Levofloxacin	TAVANIC
64	Moxifloxacin	AVALOX
65	Lomefloxacin	MAXAQUIN
Makrolide		
70	Clarithromycin	KLACID/KLACIPED, CLAMYCIN, CLARITHROCIN, CLARITHROMYCIN
71	Erythromycin	ERYTHROCIN, ERIOS
72	Azithromycin	ZITHROMAX
Glykopeptide		
80	Teicoplanin	TARGOCID
81	Vancomycin	VANCOGIN, VANCOMYCIN SANDOZ
Sulfonamide		
90	Cotrimoxazol	BACTRIM, COTRIM, CO-TRIMOXAZOL HELVEPHARM, GROPRIM, ESCOPRIM, LAGATRIM, NOPIL
Andere		
100	Doxycyclin	VIBRAMYCIN / VIBRAVENÖS, DOXYCLIN, DOXYCYCLIN CIMEX, DOXYLAG, DOXYSOL, GRODOXIN, RUDOCYCLIN, SUPRACYCLIN, TASMACYCLIN AKNE, ZADORIN
101	Chloramphenicol	Zur systemischen Anwendung in der Schweiz nicht im Handel
102	Clindamycin	DALACIN C, CLINDAMYCIN SPIRIG
103	Metronidazol	FLAGYL, ARILIN, METROLAG, METRONIDAZOL
104	Rifampicin	RIMACTAN, RIFAMPICIN <i>RIFATER, RIFINAH, RIMACTAZID, RIMSTAR (= Kombinationspräparate mit Rifampicin)</i>
105	Thiamphenicol	URFAMYCIN (<i>in der Schweiz nicht im Handel</i>)
106	Fusidinsäure	FUCIDIN, FUCITHALMIC, FUCICORT
107	Minocyclin	AKNORAL, MINAC, MINOCIN ACNE, MINOCYCLIN
108	Nitrofurantoin	UVAMIN, FURADANTIN
109	Linezolid	ZYVOXID
1091	Tigecyclin	TYGACIL
1092	Daptomycin	CUBICIN
1093	Ornidazol	TIBERAL
Antimykotika		
110	Fluconazol	DIFLUCAN, FLUCAZOL, FLUCONAX, FLUCONAZOL, FLUNIZOL
1101	Itraconazol	SPORANOX, ITRACONAZOL
1102	Voriconazol	VFEND
111	Amphotericin B	FUNGIZONE / AMBISOME
112	Echinocandin	CANCIDAS, ECALTA, MYCAMINE
Sonstige zuvor nicht definierte Substanzen		
120		

**Dokument 5b – Liste und Codes der meistverabreichten Antibiotika,
klassifiziert nach Alphabet und Handelsnamen**

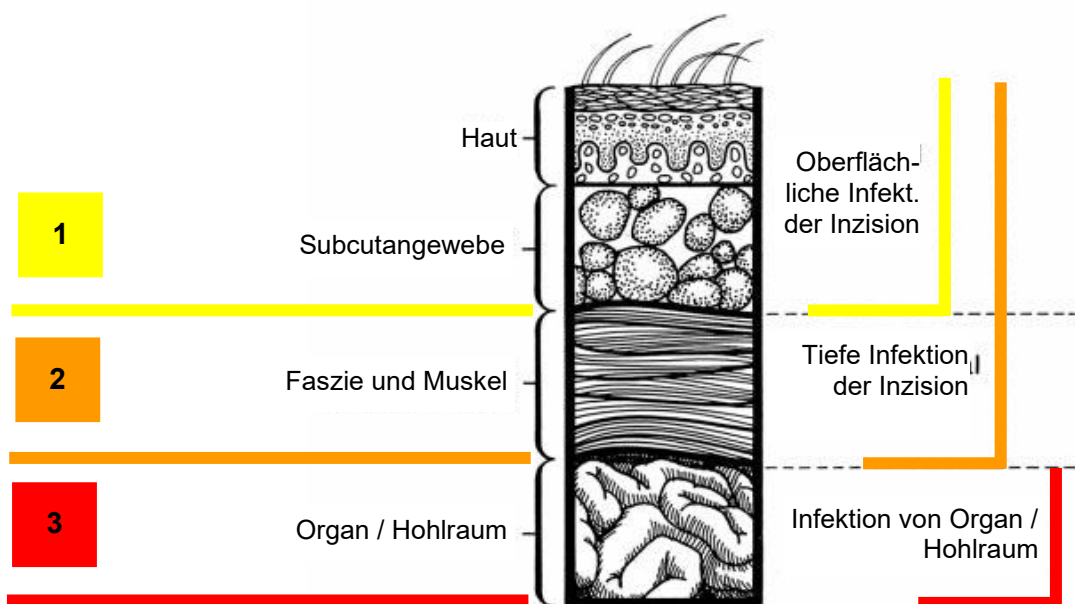
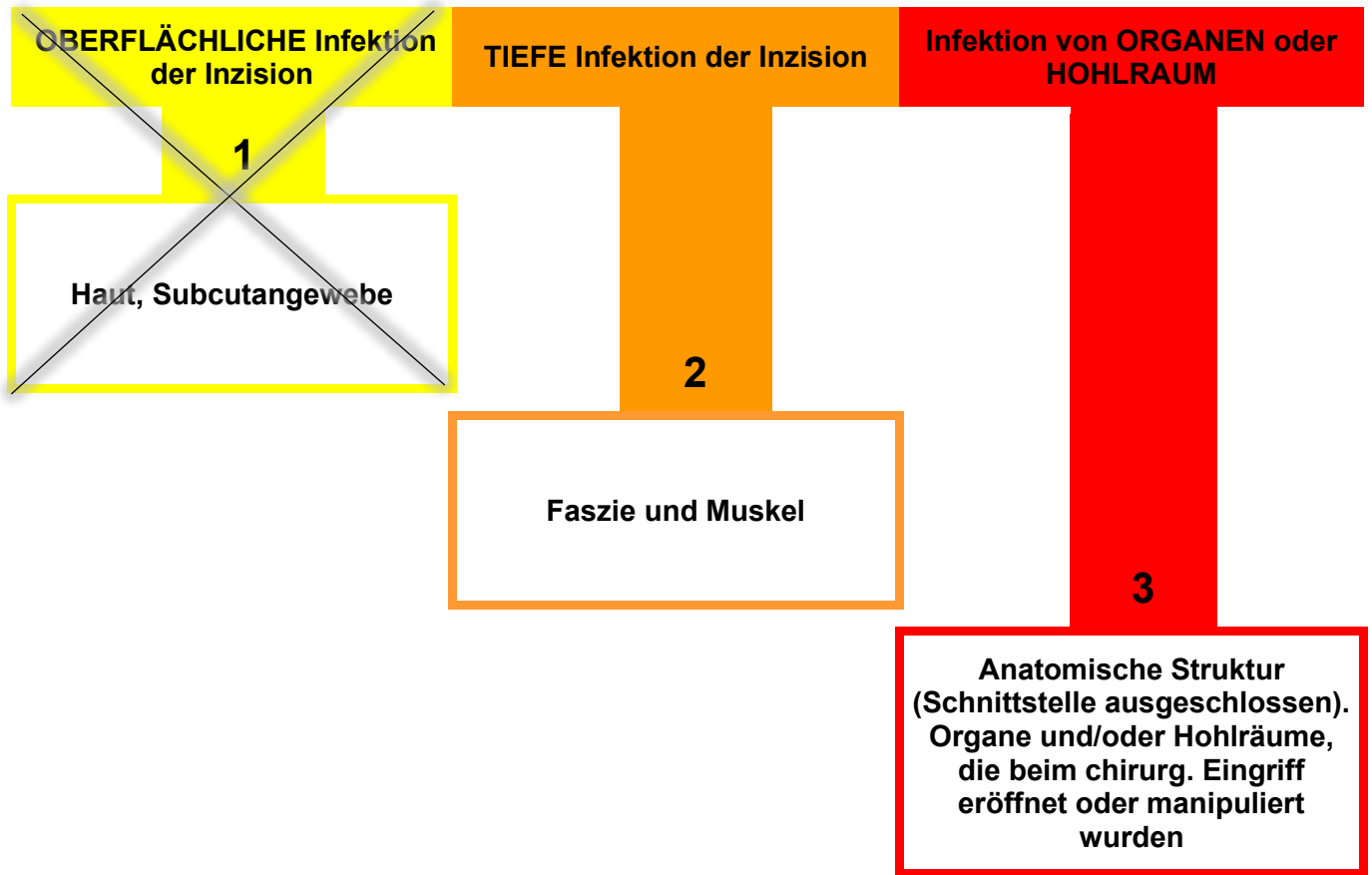
Code	A – I	Code	K - Z
107	AKNORAL	30	KEFZOL
111	AMBISOME	70	KLACID
50	AMIKIN	70	KLACIPED
10	AMOXICILLIN-,	3901	MANDOKEF
10	AMOXI-MEPHA	65	MAXAQUIN
20	AUGMENTIN	41	MERONEM
64	AVALOX	103	METRONIDAZOL
391	AZACTAM	107	MINAC
20	AZICLAV	107	MINOCYCLIN
90	BACTRIM	112	MYCAMINE
112	CANCIDAS	52	NETROMYCINE
38	CECLOR	61	NORFLOXIN-MEPHA
38	CECLOR RETARD	61	NORFLOXACIN
30	CEFAZOLIN-SANDOZ	61	NOROXINE
31	CEFEPIM-ORPHA	53	OBRACIN
37	CEFPODOXIM-SANDOZ	37	ORELOX
35	CEFTRIAZONE-SANDOZ	12	OSPEN
36	CEFURIM ECO	12	PENICILLINE
36	CEFUROXIM-	21	PIPERAZILIN
39	CEPHORAL	13	PIPRIL
60	CIP ECO	37	PODOMEXEF
60	CIPROFLOXACIN	104	RIFAMPICIN
60	CIPROXINE	104	RIMACTAN
10	CLAMOXYL	35	ROCEPHINE
70	CLARITHROCIN	1101	SPORANOX
20	CLAVAMOX	100	SUPRACYCLIN
102	CLINDAMYCIN SPIRIG	10	SUPRAMOX
20	CO-AMOXI-MEPHA	80	TARGOCID
90	COTRIM	62	TARIVID
90	CO-TRIMOXAZOLE HELVEPHARM	63	TAVANIC
1092	CUBICINE	21	TAZOBAC
102	DALACIN C	21	TAZOBACTAM-TEVA
110	DIFLUCAN	1093	TIBERAL
100	DOXYCLIN	40	TIENAM
112	ECALTA	1091	TYGACIL
71	ERYTHROCIN	108	UVAMIN
103	FLAGYL	81	VANCOXIN
11	FLOXAPEN	81	VANCOMYCIN SANDOZ
110	FLUCONAX	1102	VFEND
110	FLUCONAZOL	100	VIBRAMYCIN
34	FORTAM	100	VIBRAVENEUSE
106	FUCIDINE	390	ZEVTERA
111	FUNGIZONE	36	ZINACEF
108	FURADANTINE	36	ZINAT
51	GARAMYCINE	72	ZITHROMAX
42	INVANZ	109	ZYVOXID
1101	ITRACONAZOL		

Dokument 6 – Art der postoperativen Wundinfektion

V 01.01.2026

Postoperative Wundinfektionen werden nach der anatomischen Ebene, in der sie sich befinden, in 3 Kategorien unterteilt.

Wichtig: Seit dem 1. Januar 2026 werden oberflächliche Infektionen der Inzision nicht mehr in der Swissnoso-Überwachung erfasst.



Literatur : Horan TC et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 606-8

Dokument 7 – Kriterien für die Diagnose von postoperativen Wundinfektionen

gemäss dem Centers for Disease Control.

V 01.01.2026

A	B	C	Eine Infektion wird diagnostiziert, wenn die Kriterien A+B oder A+C oder A+B+C vorliegen	
KRITERIUM A			Die Infektion tritt innerhalb von 30 Tagen postoperativ (oder bis zu 90 Tagen bei Chirurgie mit Implantat [orthopädische Chirurgie, Herz- oder Wirbelsäulenchirurgie] und bei der gesamten Gefässchirurgie) auf.	
KRITERIEN B			MINDESTENS 1 DER 3 NACHSTEHENDEN KRITERIEN für jeden der 2 Infektionstypen:	
			TIEFE Infektion der Inzision	Infektion von ORGANEN / HOHLRAUM* <i>siehe Fussnote!</i>
B1			Eitriger Ausfluss aus der tiefen Inzision aber nicht aus Kompartiment, Organ/Hohlraum	Eitriger Ausfluss aus Drainage, eingelegt in einem Kompartiment, Organ/Hohlraum
B2			Spontane Dehiszenz der Inzision ODER Wiedereröffnung durch den Chirurgen	Positive Kultur [#] (aseptische Entnahme) von Flüssigkeit oder Gewebe von einem Kompartiment, Organ oder Hohlraum
			UND Temperatur >38°C	
			ODER Lokale Schmerzen oder Druckdolenz	
			AUSSER wenn Kultur negativ	Abszess oder offensichtliche Infektion eines Kompartiments, Organs oder Hohlräume , dokumentiert bei erneutem Eingriff oder durch Histologie oder Radiologie oder anlässlich einer klinischen Untersuchung oder einer invasiven Prozedur
B3			Abszess oder offensichtliche tiefe Infektion der Inzision, dokumentiert bei erneutem Eingriff oder durch Histologie oder Radiologie oder anlässlich einer klinischen Untersuchung oder einer invasiven Prozedur	
KRITERIUM C			Diagnose einer Infektion durch einen Arzt (schriftliche Diagnoseliste) oder wenn die vom Arzt nach den Untersuchungen verschriebene Behandlung keinen Zweifel daran lässt, dass es sich um eine Infektion der Operationsstelle handelte	

Eine Methode zur Identifizierung von Mikroorganismen mithilfe einer anderen Methode oder eines anderen Tests als dem Anlegen einer Kultur ist zulässig.

*Nachstehend finden Sie die spezifischen CDC-Kriterien B für Endometritis nach Kaiserschnitt, Endokarditis nach Herzklappenchirurgie, Prothesen-assoziierte Infektionen und Infektionen des Vaginalstumpfs nach Hysterektomie

Référence : **Horan TC et al. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol 1992; 13: 606-8**

Nota bene :

- ❖ Ab dem 1. Januar 2026 muss eine diagnostizierte oberflächliche Inzisionsinfektion nicht mehr in der Datenbank erfasst werden (im CRF erfassen: Infektion = **nein**).
- ❖ **Positive Kultur nach aseptischer Entnahme:** Die Kultur wurde unter Vorkehrungen entnommen, die eine Verunreinigung der Probe mit Mikroorganismen vom Wundrand oder der Wundumgebung verhindern.
- ❖ Eiteraustritt lediglich im Bereich von Faden-Ein- oder Austrittsstellen («stitch abcess»), d.h. minimale Entzündung und eitriges Sekretion an der Stelle der Fadenpenetration, wird im NNIS-System und im Programm von Swissnoso **nicht** als postoperative Wundinfektion betrachtet.
- ❖ Ein **Anastomosenleck an einem abdominalen Hohlorgan**, das radiologisch oder anlässlich einer chirurgischen Revision dokumentiert wird, muss als **Infektion von Organ/Hohlraum** erfasst werden, selbst wenn die übrigen Kriterien einer Infektion noch nicht erfüllt sind.
- ❖ **Endometritiden, Endokarditiden, Prothesen-Assoziierte Infektionen und Vaginalstumpfsinfektion** nach chirurgischen Eingriffen werden als postoperative Wundinfektionen vom Typ **Organ/Hohlraum** betrachtet, wenn sie die entsprechenden Kriterien B erfüllen. Vergleiche Kriterienlisten auf den folgenden Seiten.
- ❖ Falls gleichzeitig mehrere anatomische Ebenen betroffen sind, bestimmt die tiefste vorhandene Infektion den Infektionstyp.
- ❖ 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:
- ❖ Das Datum der Infektion ist dasjenige Datum, an dem erstmals die diagnostischen Kriterien der Infektion erfüllt sind. (Siehe Dokument 2 Definition des Diagnosedatums).
- ❖ 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.
- ❖ Es gibt keine Standarddefinition und/oder klinische Kriterien der Begriffe Eiterung oder eitriges Ausfluss. Im Allgemeinen gilt ein Ausfluss von Flüssigkeit, der vom Pflegepersonal (Notizen oder direkte Beobachtung) als zähflüssig, rahmig, trüb, übelriechend oder ohne Blut beschrieben wird, als eitriges Ausfluss.
- ❖ **Anwendung des Kriteriums B1 bei einer Infektion von Organen/Hohlraum:** Das Kriterium B1 kann **auch** angewendet werden, wenn eine radiologisch gesteuerte Drainage in das Kompartiment Organ/Hohlraum eingelegt wird, um eine Eiterkolektion zu drainieren. *Radiologiebericht beachten. Oder wenn eine Drainage, die radiologisch assistiert oder anlässlich einer (Re-)Operation eingelegt wurde, im Verlauf purulentes Sekret fördert. Gesamtkontext berücksichtigen*
- ❖ **Anwendung des Kriteriums B1 bei einer tiefen Infektion der Inzision:** Das Kriterium B1 kann **auch** angewendet werden, wenn die absichtliche Wiedereröffnung der Wunde (Kriterium B2 bei der tiefen Infektion der Inzision) dazu führt, dass sich eine Eiterkolektion entleeren kann.

ENDOMETRITIS (=ORGAN/HOHLRAUM)

Für die Diagnose einer Endometritis muss mindestens 1 der folgenden 2 Kriterien erfüllt sein:

KRITERIUM B1	<p>Positive Kultur einer Flüssigkeit (inklusive Amnionflüssigkeit) oder von Gewebe aus dem Endometrium, die im Rahmen eines invasiven Eingriffs oder einer Biopsie gewonnen wurden.</p>
---------------------	--

KRITERIUM B2	<p>Die Patientin weist MINDESTENS 2 der folgenden Symptome auf:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> → Fieber (> 38 °C) → Abdominalschmerzen (ohne andere erkennbare Ursache) → Druckdolenter Uterus (ohne andere erkennbare Ursache) → Putrider Ausfluss aus dem Uterus (ohne andere erkennbare Ursache)

NB	<p><i>Die Endometritis wird nicht als postoperative Wundinfektion klassiert, wenn die Amnionflüssigkeit bereits zum Zeitpunkt des Eingriffs infiziert war oder wenn der Blasensprung mehr als 48 Stunden vor dem Eingriff stattgehabt hatte.</i></p>
-----------	--

Bei einer Endometritis bei Vorhandensein von KRITERIUM B1 wird in der Datenbank das Kriterium **B1=ja** gesetzt, und bei Vorhandensein von KRITERIUM B2 wird in der Datenbank das Kriterium **B2=ja** gesetzt. **B3 = nein**.

ENDOKARDITIS (=ORGAN/HOHLRAUM)

Für die Diagnose einer Endokarditis muss MINDESTENS 1 der 2 folgenden Kriterien erfüllt sein:

KRITERIUM B1	Mikroorganismen kultiviert von einer Klappe oder einer Vegetation
KRITERIUM B2	<p>2A Der Patient weist MINDESTENS 2 der folgenden Zeichen oder Symptome auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Fieber (> 38 °C) → Neuauftreten oder Änderung eines Herzgeräuschs (ohne andere erkennbare Ursache) → Embolische Phänomene (ohne andere erkennbare Ursache), inkl. hämorrhagische palmoplantare Läsionen (Janeway-Läsionen) → Typische Hautphänomene (ohne andere erkennbare Ursache): Petechien, Splinter-Hämorrhagien, schmerzhafte subkutane Knötchen an den Finger- oder Zehenendgliedern (Osler-Knötchen) → Herzinsuffizienz (ohne andere erkennbare Ursache) → Atrioventrikuläre Überleitungsstörungen (ohne andere erkennbare Ursache)
	<p>2B <u>ET AU MOINS</u> 1 des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Mikroorganismen kultiviert aus 2 oder mehr Paaren von Blutkulturen* → Mikroorganismen mittels Gram-Färbung einer Herzklappe nachgewiesen, wenn die Kultur der Klappe negativ ist oder keine Kultur durchgeführt wurde → Klappenvegetationen während eines invasiven Eingriffs oder bei der Autopsie nachgewiesen → Positiver Antigentest aus Blut oder Urin (z.B. Antigentest für H. influenzae, S. pneumoniae oder Gruppe B-Streptokokken) → Nachweis einer neuen Vegetation mittels Echokardiographie
	<p>2C <u>UND</u> der Arzt beginnt eine entsprechende Antibiotikatherapie (wenn die Diagnose ante mortem gestellt wurde)</p>
<p>NB: Kriterium B2 ist erfüllt mit mindestens 2 Punkten unter 2A und mindestens 1 Punkt unter 2B sowie dem Punkt 2C.</p>	

* Ein Blutkultur-Paar gilt als positiv, sobald aus mindestens einer der beiden Flaschen ein Mikroorganismus kultiviert werden konnte; 2 kulturpositive Flaschen aus derselben Entnahme gelten als 1 positives Paar.

Bei einer Endokarditis, bei Vorhandensein von KRITERIUM B1 wird in der Datenbank das Kriterium **B1=ja** gesetzt, und bei Vorhandensein von KRITERIUM B2 wird in der Datenbank das Kriterium **B2=ja** gesetzt. **B3 = nein**.

PROTHESEN-ASSOZIIERTE INFEKTIONEN (Hüfte oder Knie) (=ORGAN/HOHLRAUM)

Zur Diagnose einer Gelenkinfektion oder Bursitis muss **MINDESTENS 1 der 3 untenstehenden Kriterien erfüllt sein:**

KRITERIUM B1

Mindestens **zwei positive Kulturen** aus dem periprothetischen Gebiet* (Gewebe oder Flüssigkeit) mit identischen Mikroorganismen#

KRITERIUM B2

Eine **Fistel**§, die mit dem Gelenk in Verbindung steht, Eiterung oder andere offensichtliche anatomische Anzeichen einer Infektion.

KRITERIUM B3

Vorliegen von MINDESTENS 3 der folgenden Minor-Kriterien:

- **CRP-Erhöhung** (CRP >100 mg/L) ODER* **Erhöhung der Blutsenkungsgeschwindigkeit** (BSR >30 mm/h)
- Synovialflüssigkeit mit >10'000 **Leukozyten/µL** ODER mit **positivem Streifentest**& (Leukozyten-Esterase) mit 2 (++) oder mehr Kreuzen
- >90% **neutrophile Granulozyten**** in der Synovialflüssigkeit
- **Histologischer Nachweis von >5 neutrophilen Granulozyten** pro Gesichtsfeld (400-fache Vergrößerung) im periprothetischen Gewebe
- **Einzelne positive Kultur** aus dem periprothetischen Gebiet (Gewebe oder Flüssigkeit)£

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).

Identisch bedeutet Übereinstimmung auf Genus- und Speziesebene; die Antibiogramme müssen nicht zwingend übereinstimmen.

§ Eine Fistel ist definiert als schmale Öffnung oder Verbindung unterhalb der Haut, die sich vom Gelenk in jede Richtung durch die Weichteile ausbreiten kann, wodurch Toträume entstehen, in denen sich Abszessformationen bilden können.

β Der Begriff «Eiterung» wird im weiteren Sinne verstanden und umfasst beispielsweise das Vorhandensein eines tiefen Abszesses in Kontakt mit dem Gelenk oder einen eitrigen Ausfluss aus dem Gelenk.

* Im Sinne einer besseren Anpassung an die klinische Praxis in der Schweiz wurde das 'und' der amerikanischen Kriterien der CDC durch ein 'oder' ersetzt.

& Urinteststreifen; reagiert auf die Leukozyten-Esterase, ein Enzym, welches von Leukozyten gebildet wird.

** Wenn die Art der Granulozyten nicht angegeben ist, ist die Gesamtzahl der Granulozyten zu berücksichtigen (Neutrophile überwiegen in der Verteilung der Granulozyten deutlich).

£ Das Minor-Kriterium «eine einzelne positive Kultur» ist auch erfüllt, wenn das Kriterium B1 (mindestens 2 positive Kulturen) bereits zutrifft. Es sei angemerkt, dass die Diagnose einer Prothesen-assoziierten Infektion in der Orthopädie bei Zutreffen von Kriterium B1 bereits gestellt ist.

Spezifische CDC-Kriterien B für eine Vaginalstumpfs infektion nach Hysterektomie

Ab 01.11.2018

VAGINALSTUMPFS INFEKTION (=ORGAN/HOHLRAUM)

Zur Diagnose einer Vaginalstumpfs infektion muss MINDESTENS 1 der untenstehenden Kriterien erfüllt sein

KRITERIUM B1

Bei der **klinischen Untersuchung** der Patientin festgestellter **eitriger Ausfluss aus dem Vaginalstumpf**

KRITERIUM B2

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 B3

Abszess am Vaginalstumpf oder **anderes Anzeichen einer Infektion*** des Vaginalstumpfs, dokumentiert bei einer klinischen Untersuchung der Patientin, durch Radiologie oder bei einer invasiven Untersuchung.

**Bei der klinischen Untersuchung der Patientin hervorgerufene Abdominalschmerzen sind ein ausreichender Beweis für eine Infektion, die ohne anderen invasiven Eingriff festgestellt wird.*

Beschreibung der Situation wie unter KRITERIUM B1 oder KRITERIUM B3 oder Diagnose einer Vaginalstumpfinfektion durch den Gynäkologen / die Gynäkologin, Kriterium C ist ebenfalls erfüllt.

NB *Eine Vaginitis nach einer Hysterektomie gilt nicht als Infektion der Operationsstelle.*

Dokument 8 – Liste und Codes der Keime 01.01.2026

Den für die postoperative Wundinfektion verantwortlichen Keimen wird ein Code zugeordnet. Diese Zahl wird für die Beantwortung der 3 Fragen des Eingabeformulars «Keim 1, 2, 3» der Daten zur Infektion benötigt

Code	Keime
GRAM-POSITIVE BAKTERIEN (aerobe und fakultative)	
1	<i>Staphylococcus aureus</i>
2	<i>Staphylococcus coag neg</i> (Beispiel: <i>Staphylococcus epidermidis</i>)
3	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (Pneumokokken)
4	Alpha-hämolytischer <i>Streptococcus</i> (<i>mitis</i> , <i>milleri</i> , <i>oralis</i> , <i>constellatus</i> , <i>anginosus</i> , <i>sanguis</i> , <i>millieri</i> , <i>equinus</i> , <i>gordonii</i> , <i>parasanguis</i> , <i>salivarius</i>)
5	<i>Streptococcus pyogenes</i> (Streptocoque bêta hémolytique du groupe A)
6	<i>Streptococcus agalactiae</i> (Streptocoque bêta hémolytique du groupe B)
7	Andere Streptokokken der Gruppe C, Gruppe D, <i>gemella</i> (<i>bovis</i>), etc
8	<i>Enterococcus faecium</i>
9	<i>Enterococcus faecalis</i>
10	<i>Enterococcus spp.</i> , nicht spezifiziert
11	<i>Bacillus spp.</i>
12	<i>Corynebacterium spp.</i>
13	<i>Listeria monocytogenes</i>
14	Andere (Beispiele: <i>Brevibacterium</i> , <i>Mikrokokken</i> , <i>Abiotrophia</i> , <i>Granulicatella adjacens</i>)
GRAM-NEGATIVE Bakterien	
20	<i>Escherichia coli</i>
21	<i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>oxytoca</i> , <i>variicola</i>
22	<i>Klebsiella spp.</i>
23	<i>Proteus mirabilis</i> , <i>vulgaris</i>
24	<i>Proteus spp.</i>
25	<i>Serratia marcescens</i>
26	<i>Serratia spp.</i>
27	<i>Enterobacter aerogenes / cloacae</i>
28	<i>Enterobacter spp.</i>
29	Andere Enterobacteriaceae (<i>Citrobacter sp</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Morganella</i> , <i>Hafnia alvei</i>)
30	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
31	<i>Pseudomonas non aeruginosa</i>
32	<i>Acinetobacter sp</i>
33	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
34	<i>Neisseria meningitidis</i>
35	<i>Haemophilus influenzae</i> und andere <i>Haemophilus</i>
36	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> (<i>Xanthomonas</i>)
37	<i>Salmonella spp.</i>
38	Andere (Beispiele: <i>Moraxella</i> , <i>Pasteurella</i> , <i>Burkholderia</i> , <i>Agrobacterium</i> , etc.)

Code	Keime
ANAEROBE Bakterien	
40	<i>Propionibacterium acnes</i> (<i>Cutibacterium acnes</i>)
41	<i>Clostridium perfringens</i>
42	<i>Clostridium</i> spp.
43	<i>Peptostreptococcus</i> spp.
44	<i>Prevotella</i> spp.
45	<i>Bacteroides fragilis</i> oder andere Bakterioide
46	<i>Fusobacterium</i>
47	<i>Actinomyces</i> spp.
48	<i>Veillonellae</i>
49	Andere Anaerobier (z.B. <i>Eubacterium</i> sp, <i>Gemella morbillorum</i> , <i>Eggerthella lenta</i> , <i>Peptoniphilus harei</i>)
ANDERE Bakterien	
991	Verdauungsflora ohne weitere Präzision
992	Hautflora ohne weitere Präzision
PILZE	
50	<i>Candida albicans</i>
51	<i>Candida glabrata</i> (<i>Torulopsis glabrata</i>)
52	Andere <i>Candida</i> -spezies
53	<i>Cryptococcus neoformans</i>
54	Andere
60	Schwer klassifizierbare Bakterien / Pilze

Document 9 – standardisierten Telefoninterview

1. Allgemeine Informationen zum standardisierten Telefoninterview

Seit dem 1. Oktober 2021 werden in der orthopädischen Chirurgie (211, 212) nur noch die Infektionen von Organ/Hohlraum (Prothesen-assoziierte Infektionen) erfasst. Um den Prozess zu vereinfachen, werden für die Fälle der orthopädischen Chirurgie nur noch die Fragen Nr. 1, 2, 6 und 7 gestellt. Bei allen anderen Arten von chirurgischen Eingriffen hingegen müssen beim standardisierten Telefoninterview alle Fragen des Dokuments 9 gestellt werden

Wie stelle ich mich beim Patienten vor?

Bei Kontaktaufnahme mit dem Patienten ist es wichtig, ihm zu erklären, dass es sich um eine Erhebung handelt, die in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung durchgeführt wird, in welcher der Patient operiert wurde, und die der Kontrolle der Versorgungsqualität diene. Falls der Patient Ihrer Sprache nicht mächtig ist und Sie sich nicht ausreichend in einer anderen Sprache (z.B. Englisch) verständigen können, versuchen Sie sich mit einem Familienmitglied zu unterhalten. Wenn es nicht möglich ist, direkt mit dem Patienten oder dessen Familie zu kommunizieren – aber nur in diesen Situationen – wird ein Anruf beim nachbehandelnden Arzt oder beim Chirurgen als Follow-up akzeptiert.

Standard-Vorstellung

Nachfolgend ein Beispiel mit Standard-Text, das Sie verwenden können:

- Ich heisse (Name und Vorname) und bin die/der verantwortliche Hygienepflegefachfrau/mann des Spitals X (oder die für diese Untersuchung beauftragte Person).
- Sie sollten während Ihres Spitalaufenthaltes im (Monat) dieses Jahres eine schriftliche Information zu diesem Telefonanruf erhalten haben.
- Im Rahmen der Qualitätssicherung unseres Spitals und mit Einverständnis des Chirurgen, der Sie operiert hat, Dr. X, bin ich beauftragt, mich nach Ihrem Gesundheitszustand nach der Operation zu erkundigen.
- Oder: Sie haben vor Kurzem den digitalen Fragebogen beantwortet, der Ihnen per SMS/E-Mail zugestellt wurde, und wir möchten uns gerne zu Ihrer Genesung nach Ihrer Operation erkundigen.
- Sind sie damit einverstanden, einige Fragen zu beantworten? Es wird nur einige Minuten dauern.

Mit dem Formular für das Telefoninterview fortfahren.

Voraussetzungen

Während der Hospitalisation aufgetretene besondere oder verdächtige Elemente oder eine allfällige Rehospitalisation müssen zum Zeitpunkt der standardisierten telefonischen Nachbefragung bekannt sein, damit eventuelle zusätzliche Fragen in die richtige Richtung gelenkt werden können. Ausserdem wird empfohlen, Fragen aus dem digitalen FFU-Fragebogen, die mit «Ja» beantwortet wurden, zur Kenntnis zu nehmen, bevor das standardisierte Telefongespräch geführt wird. Die Formulare sind vollständig auszufüllen. Die Zahl der getätigten Anrufversuche beim Patienten (**mindestens 5**, einschliesslich wenn es sich um einen Anruf nach dem Erhalt

eines digitalen FFU-Fragebogens handelt, bei dem irgendwo «Ja» angekreuzt wurde) wird auf dem Formular angegeben.

Zeitfenster

Um verlässliche Informationen zu erhalten, muss das Telefongespräch mit dem Patienten innert einer vernünftigen Frist geführt werden, das heisst spätestens am 45. bis 50. Tag nach dem Eingriff für die Nachbefragung nach 1 Monat und spätestens am 120. Tag für die Nachbefragung nach 90 Tagen.

Wenn Sie die Option für ein automatisches digitales Follow-up gewählt haben und einem FFU-Fragebogen genauer nachgegangen werden muss (Antworten, die auf einen Infektionsverdacht hinweisen), muss das standardisierte Telefongespräch geführt werden – wenn möglich innert den oben beschriebenen Fristen. Um die Chancen, den Patienten zu erreichen, zu erhöhen, sollten die Telefonversuche an verschiedenen Tagen und zu verschiedenen Uhrzeiten stattfinden.

Verhalten bei Infektionsverdacht

Siehe die detaillierte Methodik im Falle eines Infektionsverdachts im Kapitel über die Erfassungsmethode bei den Abschnitten «Aktive Surveillance (Follow-up) der Entwicklung der Patienten nach dem Austritt (PDS)» und «Feststellung der Infektionsfälle und Supervision». Der Rückverfolgbarkeit halber werden das Datum der Fallbesprechung sowie die Unterschrift des medizinischen Supervisors oder der verantwortlichen Person auf dem CRF angebracht oder elektronisch erfasst (Online-Datenbank, anderer lokaler Ordner).

Archivierung

Das ordnungsgemäss ausgefüllte Formular für das Telefoninterview (unten) wird mit dem Fall für maximal fünf Jahre archiviert. Dieses Dokument ist elektronisch verfügbar und kann auch elektronisch archiviert werden.

2. Formular für das standardisierte Telefoninterview

Siehe nachstehendes Dokument.

Formular für das standardisierte Telefoninterview – V 01.01.2026

1 Monat 90 Tage

Minimum 5 Anrufversuche	1 / /	4 / /	7 / /	10 / /	Interview-Datum:/...../.....
	2 / /	5 / /	8 / /	11 / /	
	3 / /	6 / /	9 / /	12 / /	
Name, Vorname des Patienten:				Geburtsdatum:/...../.....	
CRF-Nummer :			Code des Haupteingriffs:		
Für die operierten Fälle in der orthopädischen Chirurgie (211, 212), sind nur die blauen Fragen (1, 2, 6 und 7) zu stellen. Für alle anderen Arten von Eingriffen, sind alle Fragen (1 bis 7) zu stellen.					
Auskunft erhalten von:		<input type="checkbox"/> Patientin/Patient		<input type="checkbox"/> Angehöriger oder Pfleger	
Status des Interviews		<input type="checkbox"/> Interview durchgeführt			
		<input type="checkbox"/> Interview verweigert oder nicht durchführbar		<input type="checkbox"/> aus den Augen verloren	
		<input type="checkbox"/> Patient verstorben		<input type="checkbox"/> Andere:	
1.	Ihre Erholung nach der Operation vom im Spital/in der Klinik ist wie verlaufen?				
	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> mässig gut	<input type="checkbox"/> nicht sehr gut oder schlecht		
	Kommentare:				
2.	Wurden Sie inzwischen erneut hospitalisiert / erneut operiert?				
	<input type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 3. Für die orthopädische Chirurgie, weiter mit Frage 6)				
	<input type="checkbox"/> ja, nämlich :				
	Wo? :				
	Wann? :				
	Wegen einem Problem im Zusammenhang mit Ihrer Operation?				
3.	Haben Sie seit Ihrem Spitalaustritt Ihren Hausarzt, den Chirurgen oder den Notfall eines Spitals aufgesucht?				
	<input type="checkbox"/> ja, nämlich :		<input type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 4)		
	Wen, wo und wann?				
	Aus welchem Grund?				
	<input type="checkbox"/> nur um die Fäden zum vorgesehenen Zeitpunkt zu entfernen				
	<input type="checkbox"/> zur üblichen Nachkontrolle				
	<input type="checkbox"/> wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der Operation oder der Wundheilung				
	<input type="checkbox"/> wegen Beschwerden ohne Zusammenhang mit der Operation oder der Wundheilung				
				
				

4.	Hatten Sie seit Ihrem Spitalaustritt Fieber?		
	<input type="checkbox"/> ja, nämlich :°C		<input type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 5)
	<input type="checkbox"/> ohne den Arzt aufzusuchen und wahrscheinlich ohne Zusammenhang mit meiner Operation <input type="checkbox"/> wahrscheinlich im Zusammenhang mit meiner Operation (Schmerzen, Rötung, lokaler Ausfluss), aber ich habe meinen Arzt (noch) nicht aufgesucht <input type="checkbox"/> laut meinem Arzt ohne Zusammenhang mit meiner Operation <input type="checkbox"/> laut meinem Arzt im Zusammenhang mit meiner Operation		
	Kommentare :		
5.	Haben Sie eine Sekretion oder Eiter im Bereich der Operationsnarbe festgestellt oder haben Sie eine Rötung, Überwärmung, Schwellung oder Schmerzen bemerkt, die Ihnen abnormal vorgekommen sind?		
	Rötung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Überwärmung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwellung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schmerz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Sekretion oder Eiter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, präzisieren Sie die Art von Ausfluss:		
	Beschreibung der klinischen Zeichen:		
6.	Haben Sie seit Ihrem Spitalaustritt Antibiotika erhalten?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht	
	<input type="checkbox"/> ja , aber wegen Beschwerden ohne Zusammenhang mit meiner Operation		
	<input type="checkbox"/> ja , wegen Beschwerden, die sicher oder vielleicht in Zusammenhang mit meiner Operation stehen		
	Wenn ja, nämlich:		
	Kommentare :		
7.	Sind Sie einverstanden, wenn wir Ihren Arzt kontaktieren?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dieses Formular mindestens 5 Jahre lang aufbewahren (auf Papier oder elektronisch)