

Document 16 KEY TERMS

Version vom 01.01.2026

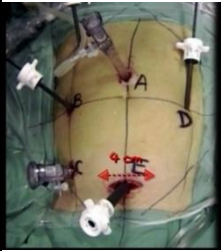
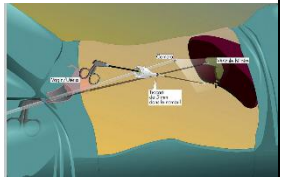
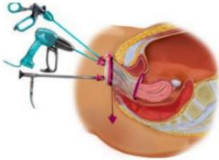
NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
INKL01	22	Alle	Ausschluss von Operationen innerhalb von 30 Tagen (1 Jahr im Falle von Implantaten) nach einer ersten Intervention	10.06.2014	Chirurgische Interventionen, die innerhalb von 30 Tagen (oder innert 1 Jahr im Falle von Implantaten) nach einer ersten Operation entweder am gleichen Organ oder im gleichen Kompartiment (z.B. Bauchhöhle) durchgeführt werden, werden nicht eingeschlossen. Beispiel: Dünndarmeingriff am 01.04.2023 gefolgt von einer Hemikolektomie rechts am 20.04.2023. In diesem Fall wird der Koloneingriff nicht eingeschlossen. Beispiel: Cholezystektomie am 07.04.2024 gefolgt von einer Sigmoidektomie wegen Divertikulitis am 25.04.2024. In diesem Fall wird der Koloneingriff nicht eingeschlossen. Beispiel: Coronarbypass-Operationen (Code 44 oder 45) mit Drahtcerclagen am 01.01.2023 und eine Klappenersatzoperation (Code 43) 6 Monate später. Die Klappenersatzoperation wird nicht eingeschlossen.
INKL02	21	Alle	Kriterien für den Ein- oder Ausschluss im Falle von multiplen Operationen	10.06.2014	Im Falle von multiplen Eingriffen anlässlich derselben Operation ist der Haupteingriff für die Entscheidung über den Ein- oder Ausschluss des Falls ausschlaggebend. Beispiele: - Hysterektomie mit Ovariectomie bei Ovarialkarzinom, bei der zusätzlich eine Kolonresektion notwendig ist. Dies wird nicht als Kolonchirurgie erfasst, jedoch als Hysterektomie, falls das Spital diesen Eingriff überwacht (zu kodieren als Haupteingriff = 30, Sekundäreingriff=6) - Duodenopankreatektomie (Whipple-Operation: totale oder teilweise Entfernung des Pankreas, eines Teils des Magens, des Duodenums, eines Teils des Jejunums und der <i>Gallenblase</i>, des Ductus choledochus und benachbartem Lymphgewebe. Dieser Fall wird nicht als Cholezystektomie erfasst.
INKL03	35	Abdominal	Koloskopie innerhalb von 30 Tagen vor der Operation an einem Organ der Bauchhöhle	01.11.2018	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. Kommt es während der Koloskopie zu einer iatrogenen Kolonperforation, die eine viszerale Resektion erforderlich macht, so wird diese mit einem Kontaminationsgrad IV eingeschlossen.
INKL04	54	Abdominal	Aszitespunktion und Bauchchirurgie	15.07.2024	Eine Aszitespunktion und/oder das Einlegen einer Intrapertoneal Drainage in den 30 Tagen vor einem Intraabdominalen Eingriff ist ein Ausschlusskriterium.

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
INKL05	36	Abdominal	Perkutane Abszessdrainage unter Einsatz eines Pigtail-Katheters über einen transabdominalen, -rektalen oder -vaginalen Zugang	01.11.2018	Das Vorhandensein eines Pigtail-Katheters (bzw. eines anderen Drainagekatheters) oder einer temporären Abszessdrainage in der Bauchhöhle oder im kleinen Becken, einschliesslich einer CT-gesteuerten Abszessdrainage innerhalb von 30 Tagen vor der Operation, stellt im Falle einer viszeralen Resektion oder einer anderen viszeralen oder gynäkologischen Operation ein Ausschlusskriterium dar.
INKL06	37	Abdominal	PEG-Sonde <i>in situ</i>	01.11.2018	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 .
INKL07	33	Hysterektomie	Gynäkologische Untersuchungen und Eingriffe in den 30 Tagen vor Hysterektomie	01.10.2016	Eine in den 30 vorangehenden Tagen durchgeführte gynäkologische Untersuchung wie z.B. eine Hysteroskopie oder ein auf das Cavum uteri beschränkter Eingriff wie z.B. eine Curettage stellen kein Ausschlusskriterium für die Erfassung einer Hysterektomie dar, da die Bauchhöhle nicht eröffnet wird und keine eigentliche Inzision stattfindet.
INKL08	52	Herz	Herzchirurgie und das Vorhandensein von Fremdmaterial oder hämodynamischer Unterstützung	15.07.2024	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 .
INKL09	53	Herz	Herzoperation und das Vorhandensein einer Perikard-/Pleuradrainage oder Perikard-/Pleurapunktion in den vorangegangenen 30 Tagen	15.07.2024	Die Einlage einer Perikarddrainage und/oder die Durchführung einer Perikardpunktion in den 30 Tagen vor dem Eingriff ist ein Ausschlusskriterium . Die Einlage einer Pleuradrainage oder die Durchführung einer Pleurapunktion in den 30 Tagen vor dem Eingriff ist kein Ausschlusskriterium .
INKL10	20	Ortho	Erste elektive Prothesenimplantation bei Knie- oder Hüftendoprothese	10.06.2014	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 wird die Operation nicht eingeschlossen. Dies gilt auch für eine initiale Prothesenimplantation zur Versorgung einer Spontanfraktur oder einer Fraktur infolge eines Traumas (weniger als 30 Tage vor dem Eingriff).

Nr	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
				Addendum 05.06.2023	Wenn das Osteosynthesematerial mehr als ein Jahr vor dem Einsetzen der Prothese entfernt wurde, muss der Eingriff eingeschlossen werden.
INKL11	38	Ortho	Gelenkpunktion oder intraartikuläre Infiltration innerhalb von 30 Tagen vor einer Prothesenimplantation	01.11.2018 Update 15.07.2024	Eine Gelenkpunktion oder eine intraartikuläre Infiltration innerhalb von 30 Tagen vor einer Prothesenimplantation stellt ein Ausschlusskriterium dar (gleiches Gelenk).
INKL12	21	Wirbel	Ausschlusskriterien im Falle von multiplen Operationen an der Wirbelsäule	01.10.2021	Wenn bei mehreren Operationen an benachbarten Stellen 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.
INKL13	49	Wirbel	Intraartikuläre Infiltration innert 30 Tagen vor einem Wirbelsäuleneingriff (50)	16.04.2021 Update 15.07.2024	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.
INKL14	55	VASCAMI	Ballon-Angioplastie und VASCAMI-Chirurgie	15.07.2024	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.
CRF1	7	Ortho + VASCAMI	Bilaterale Eingriffe	15.10.2013	Bei bilateralen chirurgischen Eingriffen , die sequenziell während derselben Operation durchgeführt werden, z.B. bilaterale Hüft- oder Knie-Totalprothesen oder bilaterale Gefässchirurgische Eingriffe an Arterien der unteren Extremitäten sollen zwei CRF ausgefüllt werden, d.h. je ein CRF für jede Seite. Sofern eine postoperative Wundinfektion festgestellt wird, muss diese in der Online-Datenbank für die jeweilige Seite erfasst werden. Ausserdem muss auch die Operationszeit von Hautinzision bis zum Hautverschluss für jede Seite getrennt angegeben werden. Siehe auch KTCRF2 (18)
CRF2	18	Ortho + Wirbel + VASCAMI	Bilaterale Eingriffe über zwei verschiedene chirurgische Zugänge und Erfassung der Operationszeit	10.06.2014	Falls die Operationszeiten nicht für jede Seite separat dokumentiert ist, muss die Gesamtoperationszeit halbiert werden. Beispiele: - Hautinzision rechts um 7:00 Uhr, Wundverschluss links um 9:20 Uhr. Die totale Operationsdauer ist 140 Minuten.

Nr	ALTE Nr.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
					- CRF Nr. 1, rechte Seite: Uhrzeit des Beginns des Eingriffes: 7:00 Uhr, Uhrzeit des Endes des Eingriffes: 8:10 Uhr (= 7:00 Uhr + 70 (=140/2) Minuten) - CRF Nr. 2, linke Seite: Uhrzeit des Beginns des Eingriffes: 8:10 Uhr, Uhrzeit des Endes des Eingriffes: 9:20 Uhr (= 8:10 Uhr + 70 (=140/2) Minuten) Nota bene: Wenn nur eine einzige Dosis des Antibiotikums verabreicht wurde, entspricht der Zeitpunkt der Antibiotikagabe dem realen Zeitpunkt der Applikation. Das bedeutet, dass für beide CRF derselbe Zeitpunkt erfasst wird.
CRF3	39	Wirbel	Multiple Eingriffe bei einer Wirbelsäulenoperation	01.11.2018	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. Siehe auch KTCRF2 (18) 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, muss nur ein CRF angelegt werden und unabhängig der Inzisionsstelle eine einzige Infektion (falls vorliegend) berücksichtigt werden. 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 müssen beide Eingriffe eingeschlossen werden. 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.
CRF4	19	Abdominal	«Second look» nach Abdominalchirurgie	10.06.2014	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

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
					Anastomose(n) und/oder sekundärem Wundverschluss. Bei der CRF-Frage "Erneute OP wg. NICHT INFEKTIÖSER Komplikationen" muss „Ja“ angekreuzt werden.
CRF5	51	Kolorektale	Mehrere Resektate bei viszeralchirurgischen Eingriffen	05.06.2023 Update 15.07.2024	Wenn bei einer Colon- oder Rektumoperation zwei (oder mehr) Resektate 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. Wenn das Spital keine Rektumchirurgie erfasst, wird der Fall nicht erfasst. In der Datenbank die Frage „Haupteingriff in Kombination mit einem anderen Eingriff?“ mit „Ja“ beantworten.
CRF6	26	Hysterektomie	Kodierung der abdominalen (30) und vaginalen (31) Hysterektomien	01.10.2016	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. 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. <i>Der Zugangsweg für die Ligatur (oder die Kauterisierung) und die Durchtrennung der uterinen Gefässe stellen den entscheidenden Schritt zur Unterscheidung zwischen abdominaler (a) und laparoskopisch-assistierter vaginaler (b) Hysterektomie dar.</i> <i>a) Ligatur oder Kauterisierung und Durchtrennung der uterinen Gefässe über den abdominalen Zugang</i> <i>b) Ligatur oder Kauterisierung und Durchtrennung der uterinen Gefässe über den vaginalen Zugang</i> Siehe auch Dokument 3 Liste und Codes der chirurgischen Eingriffe
TECH1	24	Alle	Roboter-assistierte Eingriffe	01.10.2016	Es handelt sich hierbei um minimal-invasive Eingriffe, die durch Operationsroboter unterstützt werden. Das Robotersystem besteht dabei aus dem Steuerpult für den Chirurgen, einem

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
					Operationsroboter mit Armen und einem Monitorsystem ähnlich dem in der laparoskopischen Chirurgie. Diese Eingriffe werden als endoskopisch erfasst (Endoskopischer Eingriff = ja (Standard)).
TECH2	23	Abdominal	Laparoskopisch durchgeführte Eingriffe in der Viszeralchirurgie mit Mini-Inzision zur Entnahme von Resektaten	01.10.2016	 Zunehmend werden Eingriffe in der Viszeralchirurgie laparoskopisch durchgeführt, z.B. Kolon- und Rektumoperationen. 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 (Standard)).
TECH3	25	Abdominal	Transvaginale Eingriffe mit Ausnahme der Hysterektomie	01.10.2016	Chirurgische Methoden, welche natürliche Körperöffnungen als Zugangsweg benutzen, werden «natural orifice transluminal endoscopic surgeries» (<i>NOTES</i>) genannt. In diesem speziellen Fall wird der transvaginale Zugang für die Einführung des Laparoscopes genutzt, z.B. bei der Cholezystektomie oder der Sigmoidektomie. Zusätzlich zum transvaginalen Zugang wird gelegentlich ein zusätzlicher Trokar mit kleinem Durchmesser über den Bauchnabel eingeführt (<i>hybrid NOTES</i>), um das Anlegen des Pneumoperitoneums zu vereinfachen und die visuelle Kontrolle zu verbessern. Der Grossteil des Eingriffs wird über die natürliche Körperöffnung durchgeführt.  Bild: Transvaginaler Eingriff (hybrid NOTES) zur Cholezystektomie (© Eucker 2012)
TECH4	6		LAVH, TLRH (de)	30.09.2013	LAVH (Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy) bedeutet auf Deutsch: laparoskopische unterstützte vaginale Hysterektomie. Diese Technik entspricht einer laparoskopischen Operation, weshalb im CRF bei Laparoskopie 'ja' ausgewählt werden muss.
TECH5	50	Hysterektomie	Vaginale Hysterektomie mit der vNOTES-Technik	14.03.2022 <i>Für Eingriffe ab dem 01.10.2021 anwendbar</i>	 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. Kreuzen Sie in der Datenbank Scopie = ja, vNOTES an. Bild: Transvaginaler Zugang (vNOTES) bei vaginaler Hysterektomie (©Applied Medical)

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
TECH6	9	Herz	Transapikaler Zugang, andere anterolaterale Zugänge und Mini-Sternotomie oder Mini-Thorakotomie	15.10.2013	In der Herzchirurgie werden der transapikale Zugang, alle anderen anterolateralen Zugänge sowie Ministernotomien oder Minithorakotomien mit oberer partieller Sternotomie als ‚minimal-invasiv‘ betrachtet.
TECH7	10	Ortho	Vorderer und anterolateraler Zugang in der orthopädischen Chirurgie (AMIS)	29.01.2014	<u>Definition des minimal-invasiven Zugangs in der Hüftchirurgie:</u> Der vordere Zugang nach Hueter-Laude (Operation in Rückenlage) und der anterolaterale Zugang nach Röttinger (Operation in Seitenlage) erfüllen die Kriterien eines minimal-invasiven Eingriffs: Reduktion der Hautinzision und Schonung von Muskeln und Sehnen beim Zugang zur Gelenkkapsel. Diese Zugänge, auch bezeichnet mit der Abkürzung «AMIS» (Anterior Minimally Invasive Surgery), werden als minimal-invasiv betrachtet. 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.
IMPL1	8	Herz	Implantattyp	01.01.2026	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
KLASS1	40	Sectio	Sectio caesarea und Kontaminationsgrad IV	01.11.2018 Update 01.10.2022	Im Falle einer Sectio bei einer Gebärenden mit trübem und/oder übelriechendem Fruchtwasser oder Keimnachweis in einer intraoperativen entnommenen Fruchtwasserprobe muss <u>mindestens eines der folgenden Infektionszeichen</u> (ohne nachgewiesene anderweitige Ursache) wie Fieber >38°C, Leukozytose oder CRP-Erhöhung vorliegen, um einen Kontaminationsgrad IV zu rechtfertigen.
KLASS2	41	Sectio	Sectio, Amnioninfektionssyndrom und Kontaminationsgrad	01.11.2018 Update 01.10.2022	Bei einer <u>ärztlichen Diagnose</u> des Amnioninfektionssyndroms und wenn es kein trübes und/oder übelriechendes Fruchtwasser und keine positive Kultur gibt, handelt es sich um einen Kontaminationsgrad III.
	32	Herz	Kontaminationsklasse bei Endokarditis unter	01.10.2016	Die Kriterien für die Festlegung der Kontaminationsklasse bei Patienten mit Endokarditis hängen davon ab, ob zum Zeitpunkt der Operation noch eine antibiotische Therapie läuft (1) oder ob diese bereits abgeschlossen ist (2). 1. Operation findet unter laufender antibiotischer Therapie für die Endokarditis statt:

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
			Berücksichtigung der Resultate von Kulturen und PCR		a) Klasse III falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen negativ ist, unabhängig vom Resultat der PCR b) Klasse IV falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen positiv ist, unabhängig vom Resultat der PCR, oder wenn bei der Operation Abszesse vorhanden sind, auch wenn die Kultur negativ ist 2. Operation findet nach abgeschlossener antibiotischer Therapie für die Endokarditis statt: a) Klasse I falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen negativ ist und während der Operation visuell keine Hinweise auf eine Entzündung vorhanden sind b) Klasse III falls während der Operation visuell Hinweise auf eine Entzündung vorhanden sind und/oder die PCR positiv ausfällt, auch wenn die Kultur negativ ist. Klasse IV falls die Kultur von der Klappe oder von den Vegetationen positiv ist, unabhängig vom Resultat der PCR, oder wenn bei der Operation Abszesse vorhanden sind, auch wenn die Kultur negativ ist.
KREAT1	27	Alle	Kreatinin-Clearance (GFR): Auswahlkriterien und Zeitfenster	01.10.2016	Auswahlkriterien, geordnet nach Priorität: 1. Letzter präoperativ während der aktuellen Hospitalisation bestimmter Wert 2. Falls präoperativ keine Bestimmung erfolgte: bester (d.h. höchster) postoperativer Wert während der aktuellen Hospitalisation Falls während der Hospitalisation keine Kreatininbestimmung erfolgte: bester Wert während des vergangenen Jahres, falls erhältlich. Falls nicht erhältlich, kann unter 'Kreatinin-Clearance' 'nicht gemessen' erfasst werden. Für das Monitoring wird in diesem Fall automatisch der Wert >50ml/min eingesetzt.
INF01	2	Alle	Eiteraustritt von Faden-Ein- oder Austrittsstellen (stich abcess)	30.09.2013	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 NHSN-System und im Programm von Swissnoso nicht als postoperative Wundinfektion betrachtet.
INF02	46	Alle	Eiterung	01.11.2018	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 mit oder ohne Blut beschrieben wird, als eitriges Ausfluss.

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
INF03	29	Alle	Bestimmung des Infektionstyps in Abhängigkeit der anatomischen Ebene	01.10.2016	Falls gleichzeitig mehrere anatomische Ebenen betroffen sind, bestimmt die tiefste vorhandene Infektion den Infektionstyp.
INF04	30	Alle	Bestimmung des Infektionstyps bei einer Intervention, die mehrere Inzisionen benötigt (z.B. Laparoskopie, Laparotomie und Colostomie)	01.10.2016	Falls während desselben Eingriffs mehrere Inzisionen erfolgen, z.B. bei der laparoskopischen Chirurgie der Kolostomie, oder beim Anlegen einer Drainage, welche infiziert sind, wird die tiefste vorhandene Infektion berücksichtigt. Beispiel: Falls eine Organ-/Hohlrauminfektion und eine tiefe Infektion der Inzision vorliegen, so wird die Organ-/Hohlrauminfektion erfasst. Falls eine Infektion die Kolostomie und die Laparotomie betrifft, wird die tiefste Infektion erfasst, unabhängig davon, wo sie aufgetreten ist.
INF05	31	Alle	Datum der Diagnose der Infektion	01.10.2016	Das Datum der Infektion ist dasjenige Datum, an dem erstmals mindestens ein CDC Kriterium erfüllt ist. Siehe Dokument 2 des Teilnehmerhandbuchs.
INF06	16	Alle	Infektion anschliessend an eine Reoperation wegen nicht infektiöser Komplikation	10.06.2014 Update 01.10.2021	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 nicht infektiösen Komplikation auftritt. In diesem Fall ist es nicht möglich, die Infektion eindeutig der ersten Operation oder der Reoperation zuzuordnen. Gleichwohl muss 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.
INF07	28	Alle	Tiefe Infektionen der Inzision und Follow-up-Dauer	01.10.2016 Update 07.10.2024	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) werden, um sicher zu gehen, dass keine Aggravation stattgefunden hat.
INF08	14	Alle	Anwendung des Kriteriums B1 bei einer tiefen Infektion der Inzision	10.06.2014	Das Kriterium B1 muss 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.
INF09	12	Alle	Definition der Wiedereröffnung der Wunde zur Diagnose einer tiefen Infektion der Inzision	10.06.2014	Eine absichtliche Wiedereröffnung der Wunde ist definiert als: → eine erneute Inzision der Narbe und/oder → eine vorzeitige Entfernung von Fäden oder Klammern und/oder

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
					→ eine Spreizung der Wundränder Dies ist unabhängig von der Person, die die Wiedereröffnung durchführt (Chirurg, anderer Arzt oder eine andere Fachperson) und vom Ort der Durchführung (Arztpraxis, Operationssaal usw.). <i>Nota bene: Eine Punktion wird nicht als Wiedereröffnung betrachtet.</i>
INF10	13	Alle	Anwendung des Kriteriums B1 bei einer Infektion von Organen/Hohlraum	10.06.2014 Addendum 01.01.2026	Das Kriterium B1 muss auch angewendet werden, wenn: - eine radiologisch gesteuerte Drainage in das Kompartiment Organ/Hohlraum eingelegt wird, um eine Eiterkollektion zu drainieren. <i>Radiologiebericht beachten.</i> - eine Drainage, die radiologisch assistiert oder anlässlich einer (Re-)Operation eingelegt wurde, im Verlauf purulentes Sekret fördert. - bei einer Reoperation ein Eiterabfluss aus dem Kompartiment Organ-/Hohlraum beobachtet wird. <i>Gesamtkontext berücksichtigen</i>
INF11	44	Alle	Klinische körperliche Untersuchung	01.11.2018	Nachweis einer Infektion oder deutlicher infektiöser Anzeichen bei einem invasiven Eingriff oder einer klinischen Untersuchung des Patienten durch einen Arzt während des Spital-/Klinikaufenthalts oder bei Nachkontrollen. Dies ergänzt das Kriterium B3, das für die Diagnose einer tiefen Infektion der Inzision verwendet wird, und das Kriterium B3 für die Infektion von Organen/Hohlraum. Siehe Dokument Nr. 7 des Teilnehmerhandbuchs. <i>Quelle: Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). Surgical Site infection (SSI) Event. January 2018.</i>
INF12	34	Abdominal	Abdominale Chirurgie und Kontaminationsgrad IV: Einschluss, Verlauf der initialen Infektion vs. Organ-/Hohlrauminfektion	14.11.2016	Wie jeder andere Eingriff müssen auch initiale Operationen bei bestehenden Infektionen (Kontaminationsklasse IV) in die Überwachung eingeschlossen werden, wie z.B. eine Sigmoidektomie bei perforierter Sigmadivertikulitis. In diesen Situationen werden postoperative tiefe Wundinfektionen, die im Verlauf am Ort der Inzision auftreten und die CDC Kriterien erfüllen, immer als Infektionen gewertet, unabhängig davon, in welchem zeitlichen Abstand zum Eingriff sie auftreten. Dem gegenüber werden Organ-/Hohlrauminfektionen nach abdominalen Eingriffen mit Kontaminationsgrad IV nur gezählt, wenn diese am Tag 6 oder später (Operationstag = Tag 0) nach dem Eingriff die CDC Kriterien erfüllen. Hinweise für Infektionen innerhalb der ersten 5 Tage postoperativ werden im Rahmen des natürlichen Verlaufs der ursprünglichen Infektion interpretiert, nicht als postoperative Wundinfektion.

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
					Nota bene: Dieser KT kommt entsprechend beim Anastomosenleck nicht zur Anwendung. Ein Anastomosenleck an einem abdominalen Hohlorgan, das radiologisch oder anlässlich einer chirurgischen Revision dokumentiert wird, muss immer als Infektion von Organen/Hohlraum erfasst werden, selbst wenn die übrigen Kriterien einer Infektion (noch) nicht erfüllt sind und selbst wenn das Anastomosenleck innerhalb der ersten 5 Tage postoperativ auftritt.
INF13	47	Hysterektomie	Infektion des Vaginalstumpfs nach Hysterektomie	01.11.2018	Um die Swissnoso-Surveillancemethodik mit den spezifischen Kriterien des CDC/NHSN in Einklang zu bringen, gilt eine Infektion des Vaginalstumpfs nach abdominaler oder vaginaler Hysterektomie als eine Infektion von Organ/Hohlraum, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien zutrifft: 1. Bei der klinischen Untersuchung der Patientin festgestellter eitriger Ausfluss aus dem Vaginalstumpf (Kriterium B1). 2. Positive Kultur von Flüssigkeit oder Gewebe aus dem Vaginalstumpf, die hinsichtlich einer klinischen Diagnose oder einer Behandlung angelegt wurde, oder entsprechender anderer positiver Test auf Mikroorganismen (Kriterium B2). 3. Abszess am Vaginalstumpf oder anderes Anzeichen einer Infektion* des Vaginalstumpfs, dokumentiert bei einer klinischen Untersuchung der Patientin, durch Radiologie oder bei einer invasiven Untersuchung (Kriterium B3). * Bei der klinischen Untersuchung der Patientin hervorgerufene Abdominalschmerzen sind ein ausreichender Beweis für eine Infektion, die ohne anderen invasiven Eingriff festgestellt wird. 4. Beschreibung der Situation wie unter Punkt 1) oder 3) oder Diagnose einer Vaginalstumpfinfektion durch den Gynäkologen / die Gynäkologin (Kriterium C). N.B. Eine Vaginitis nach einer Hysterektomie gilt nicht als Infektion der Operationsstelle. Dokument Nr. 7 Liste der spezifischen CDC-Kriterien
INF14	5	Gynäkologie + Herz + Ortho	Endometritiden, Endokarditiden, Prothesen-assoziierten Infektionen und Infektionen des Vaginalstumpfs	30.09.2013	Endometritiden, Endokarditiden, Prothese-assoziierten Infektionen und Infektionen des Vaginalstumpfs nach chirurgischen Eingriffen am betreffenden Organ werden als postoperative Wundinfektionen vom Typ Organ/Hohlraum betrachtet, wenn sie die entsprechenden Kriterien erfüllen. Siehe Dokument 7 Liste der spezifischen Kriterien.

NR	ALTE NR.	EINGRIFFS ART	THEMA	DATUM	ERKLÄRUNGEN
INF15	42	Herz + VASCAMI	Infektion der sekundären OP-Stelle > 30 Tage	01.11.2018 Addendum 05.06.2023	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. 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.
INF16	43	Ortho	Spezifisches Kriterium B1 von Prothesen-assoziierten Infektionen (Orthopädie)	01.11.2018	Das spezifische Kriterium B1 ist bei Prothesen-assoziierten Infektionen erfüllt, wenn es aus dem periprothetischen Gebiet [Gewebe oder Flüssigkeit] mindestens zwei positive Kulturen mit identischen Mikroorganismen gibt. Die beiden Entnahmen müssen nicht unbedingt gleichzeitig durchgeführt werden, sondern können zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden (beispielsweise bei einer Punktion und danach beim folgenden chirurgischen Eingriff).
INF17	48	Ortho	Spezifisches Kriterium B3 von Prothesen-assoziierten Infektionen (Orthopädie)	01.11.2018	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.
MB1	1	Alle	Positive Kultur nach aseptischer Entnahme	30.09.2013	Die Kultur wurde unter Vorkehrungen entnommen, die eine Verunreinigung der Probe mit Mikroorganismen vom Wundrand oder der Wundumgebung verhindern, und nicht unbedingt von einer normalerweise sterilen Körperstelle. Der Abstrich eines Ausflusses, der unter guten Bedingungen gemacht wurde, kann also berücksichtigt werden.
MB2	45	Alle	Methode zur Identifizierung von Mikroorganismen	01.11.2018	Eine Methode zur Identifizierung von Mikroorganismen mithilfe einer anderen Methode oder eines anderen Tests als dem Anlegen einer Kultur ist zulässig.