

Information für weiterbehandelnde Ärzte

KISS-Definitionen des Nationalen Referenzzentrums zu postoperativen Wundinfektionen (Stand April 2025)

Zur Erfassung nosokomialer, postoperativer Wundinfektionen wurde auf Veranlassung des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Modul der versorgungssektorenübergreifenden externen Qualitätssicherung eingeführt. Die Durchführung liegt beim IQTIQ (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen). Weitere Informationen dazu finden Sie unter [Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen \(QS WI\) - IQTIG](#).

Es werden Leistungsdaten aus dem stationären und ambulanten Bereich zusammengeführt, um nosokomiale Wundinfektionen, die im stationären Bereich ausgelöst wurden, zu analysieren. Aus diesem Grunde ist es notwendig, dass die ambulanten Sekundärversorger die KISS-Definitionen der postoperativen Wundinfektionen kennen, um eine relevante Codierung durchführen zu können.

Um dieses Wissen schnell verfügbar zu machen, haben wir hier den relevanten Auszug aus den Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen) des nationalen Referenzzentrums (NRZ) herausgezogen. Die in der folgenden Zusammenstellung angegebenen Seitenangaben und Hinweise zu Teil B und Teil C referenzieren auf das Originaldokument: [KISS Definitionen E-Book Neuauflage 06 2017.pdf](#)

Allgemeine Definition einer Postoperativen Wundinfektion

Eine Infektion nach einer Operation, welche die Inzision oder das operierte Organ, bzw. die während der Operation eröffnete Körperhöhle betrifft, wird als nosokomiale postoperative Wundinfektion (A 1, A 2 oder A 3) bezeichnet, wenn die Infektion innerhalb von 30 bzw. 90 Tagen postoperativ auftritt.

War zum Zeitpunkt der Operation bereits eine Infektion im OP-Gebiet festgestellt worden, kann eine neue nosokomiale postoperative Wundinfektion in einem zuvor nicht von einer Infektion betroffenen Bereich des Operationsgebietes bzw. der Inzision, oder frühestens 14 Tage nach Operation und Ausheilung der vorherigen Infektion diagnostiziert werden. Die postoperative Wundinfektion kann während eines stationären Krankenhausaufenthaltes, nach Entlassung oder ambulant festgestellt werden.

Außerdem gilt für alle nosokomialen Infektionen (inkl. postoperativer Wundinfektionen):

- ▶ Wenn nicht ausdrücklich in den Definitionen ausgeschlossen, können Symptome oder Infektionszeichen für mehr als eine Infektion als Kriterium genutzt werden. Dies betrifft insbesondere Fieber: Fieber bei einem Patienten kann als Kriterium einer Pneumonie und gleichzeitig als Symptom für eine symptomatische Harnwegsinfektion gewertet werden.
- ▶ Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Befunde und der Ergebnisse der Labormedizin.
- ▶ Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden.
- ▶ Erregernachweise können mikrobiologische Befunde aus kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren (z.B. PCR, ELISA) sein, bei dem der Befund zu einer Erregeridentifikation führt, oder mikroskopische Nachweismethoden. Laborbefunde müssen aus Material stammen, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde. Ergebnisse aus Untersuchungen, welche im Rahmen eines routinemäßigen Screenings entnommen wurden (z.B. Nasenabstrich auf MRSA, Rektalabstrich auf VRE), können nicht zur Erfüllung einer Definition für nosokomiale Infektionen genutzt werden.

- ▶ Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigraphie- und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen.
- ▶ Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen (in den jeweiligen Definitionen dort aufgeführt), sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z.B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten).
- ▶ Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen werden.
- ▶ Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial.
- ▶ Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen.
- ▶ Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems existiert eine Sperrfrist von 14 Tagen ab dem Infektionsbeginn der vorangegangenen Infektion und es wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall vor einer neuen Infektion gefordert.
- ▶ Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnose einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.
- ▶ Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion. Darüber hinaus sind folgende Erreger als Erreger einer nosokomialen Infektion ausgeschlossen:
 - Blastomyces
 - Histoplasma
 - Coccidioides
 - Paracoccidioides
 - Cryptococcus
 - Pneumocystis
- ▶ Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht als nosokomiale Infektion erfasst.

Postoperative Wundinfektionen

A 1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion

Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen (OP-Tag = Tag 1) nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,

und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

- ▶ Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision
 - ▶ Erregernachweis in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus einem aseptisch entnommenen Material von der oberflächlichen Inzision oder dem subkutanen Gewebe, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde
 - ▶ Eines der folgenden Anzeichen (dieses Kriterium gilt nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Untersuchung von der oberflächlichen Inzision):
 - Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit
 - lokalisierte Schwellung
 - Rötung oder Überwärmung
- und** die oberflächliche Inzision wird bewusst eröffnet.
- ▶ Diagnose einer oberflächlichen Wundinfektion durch den behandelnden Arzt

A 2 Postoperative tiefe Wundinfektion

Infektion an der Inzisionsstelle, die Faszien- und Muskelschicht mit einbezieht und innerhalb von 30 Tagen¹ bzw. 90 Tagen¹ (OP-Tag = Tag 1) nach der Operation auftritt und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

► Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision

► Alle 3 folgenden:

1. eines der folgenden Anzeichen:

- Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$),
- lokalisierter Schmerz
- Berührungsempfindlichkeit

und

2. Spontane Dehiscenz oder bewusste Eröffnung der tiefen Gewebeschichten durch den behandelnden Arzt
und

3. Erregernachweis in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde oder eine mikrobiologische Untersuchung ist nicht erfolgt (dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Untersuchung aus der Tiefe der Inzision)

► Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind während einer körperlichen Untersuchung oder Operation (z.B. bei der klinischen Untersuchung, während Reoperation), bei der histopathologischen Untersuchung oder in bildgebenden Verfahren ersichtlich

► Diagnose einer tiefen Wundinfektion durch den behandelnden Arzt

A 3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet

Infektion tritt innerhalb von 30 Tagen¹ bzw. 90 Tagen¹ (OP-Tag = Tag 1) nach der Operation auf und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde **und** eines der folgenden Kriterien trifft zu:

► Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat

► Erregernachweis in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus einem aseptisch entnommenen Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung von dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet entnommen wurde

► Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, das Organ bzw. die Körperhöhle im Operationsgebiet betreffend, sind während einer körperlichen Untersuchung oder Operation (z.B. bei der klinischen Untersuchung, während Reoperation), bei der histopathologischen Untersuchung oder in bildgebenden Verfahren ersichtlich

► Diagnose einer Infektion von Organen oder Körperhöhlen im Operationsgebiet durch den behandelnden Arzt

¹ Zeitintervall 30 Tage bzw. 90 Tage: Entsprechend der Zuordnung in der OP-Liste. Siehe bei <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/op-kiss/>