

Ausfüllhinweisergänzende Informationen - QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI)

Fallbezogener QS-Dokumentationsbogen (NWIF) zum EJ 2024

In diesem Dokument finden Sie die ausfüllhinweisergänzenden Informationen und die Anhänge, auf die im fallbezogenen QS-Dokumentationsbogen (NWIF) im QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) verwiesen wird.

Hier finden Sie eine Übersicht über die Felder und Anhänge, von denen Sie bequem zu den ausfüllhinweisergänzenden Informationen bzw. Inhalten der Anhänge springen können.

Hier gelangen Sie direkt zu den ausfüllhinweisergänzenden Informationen.

Hier gelangen Sie direkt zu den Anhängen.

Sollten Sie Fragen zu den Informationen in diesem Dokument haben, wenden Sie sich bitte an den Verfahrenssupport des IQTIG (verfahrenssupport@iqtig.org).

Übersicht über die Felder und Anhänge (NWIF)

Feld Nr. 12: Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?

Die ausfüllhinweisergänzende Information finden Sie [hier](#).

Feld Nr. 14: Wundinfektionstiefe

Die ausfüllhinweisergänzende Information finden Sie [hier](#).

Feld Nr. 15: Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISS-Definitionen)?

Die ausfüllhinweisergänzende Information finden Sie [hier](#).

Anhang I

Den Inhalt von Anhang I finden Sie [hier](#).

Anhang II

Den Inhalt von Anhang II finden Sie [hier](#).

Ausfüllhinweisergänzende Informationen (NWIF)

Feld Nr. 12 und 14

Die FAQ zur fallbezogenen QS-Dokumentation finden Sie [hier](#).

Feld Nr. 15

Wann muss die Frage mit „ja“ beantwortet werden?

Antwort:

Die Frage bezüglich der mikrobiologischen Untersuchung bezieht sich auf dieselbe Infektion, für die die Frage „Liegt oder lag während des stationären Aufenthalts mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?“ (Frage 12) beantwortet wurde.

Zunächst ist zur Beantwortung der Frage, ob eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt wurde, entscheidend, ob ein postoperatives Wundgebiet vorliegt. Ist dies nicht der Fall, ist die Frage mit „nein“ zu beantworten.

Liegt hingegen ein Wundgebiet vor, ist zu beantworten, ob bei der Diagnosestellung einer postoperativen Wundinfektion eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt wurde. Dabei ist lediglich die Tatsache entscheidend ob eine solche durchgeführt wurde und nicht, was das Ergebnis ist. Unabhängig davon also, ob das Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung positiv oder negativ ist, ist die Frage mit „ja“ zu beantworten, wenn eine mikrobiologische Diagnostik zur Bestimmung einer postoperativen Wundinfektion durchgeführt wurde.

Wenn eine mikrobiologische Untersuchung vor dem aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde und nicht währenddessen, das Ergebnis der mikrobiologischen Untersuchung aber in der Patientenakte vorhanden ist und für die Diagnose der Wundinfektion herangezogen werden kann, so ist die Frage ebenfalls mit „ja“ zu beantworten.

Anhänge (NWIF)

Anhang I

Anhang I beinhaltet folgende Informationen:

Für diese Dokumentation gelten die angepassten KISS-Definitionen des IQTIG (mit Kenntlichmachung der Unterschiede zu den KISS-Definitionen: **roter Text** gilt nur in QS WI; durchgestrichener Text gilt nicht in QS WI):

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 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 postoperative 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 Patient kann als Kriterium für eine postoperative Wundinfektion 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 postoperative Wundinfektionen.

▶ Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als postoperative 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 postoperativen Wundinfektion 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 postoperativen Infektion ausgeschlossen:

- Blastomyces
- Histoplasma
- Coccidioides
- Paracoccidioides
- Cryptococcus
- Pneumocystis

▶ Entzündungen nicht infektiöser Genese (z. B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht als **postoperative Wundinfektionen** ~~nosokomiale Infektion~~ erfasst.

*Bei den KISS Definitionen wird ein Zeitraum von 30 Tagen, bzw. 90 Tagen postoperativ für das Auftreten einer Wundinfektion festgelegt. Entsprechend der modifizierten KISS-Definitionen des IQTIG ist „ja“ zu dokumentieren, wenn die Operation weniger als 4 Monate zurücklag. Zur Berechnung der Indikatoren wird durch das IQTIG die genaue Differenz zwischen Operation und Infektion ermittelt.

Anhang II

Anhang II beinhaltet folgende Informationen:

Die Definitionen der Tiefe der postoperativen Wundinfektionen soll entsprechend der angepassten KISS-Definitionen des IQTIG erfolgen (Kenntlichmachung der Unterschiede zu den KISS-Definitionen: **roter Text** gilt nur in QS WI; durchgestrichener Text gilt nicht in QS WI):

A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektionen (in Anlehnung an KISS)

Infektion an der Inzisionsstelle nach der Operation*, ~~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

A2 Postoperative tiefe Wundinfektionen (in Anlehnung an KISS)

Infektion an der Inzisionsstelle, die Faszien- und Muskelgewebe mit einbezieht*, ~~und innerhalb von 30 Tagen bzw. 90 Tagen (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 Kriterien:
 1. eines der folgenden Anzeichen:
 - Fieber (> 38 °C)
 - lokalisierter Schmerz
 - Berührungsempfindlichkeit

Und

2. Spontane Dehiszenz 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

A3 Infektionen von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet (in Anlehnung an KISS)

Infektion* tritt innerhalb von 30 Tagen bzw. 90 Tagen (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.

► Dazu zählen auch: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.

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

*Bei den KISS Definitionen wird ein Zeitraum von 30 Tagen postoperativ für das Auftreten einer Wundinfektion festgelegt. Entsprechend der angepassten KISS-Definitionen des IQTIG ist „ja“ zu dokumentieren, wenn die Operation weniger als 4 Monate zurücklag. Zur Berechnung der Indikatoren wird durch das IQTIG die genaue Differenz zwischen Operation und Infektion ermittelt.

Durch Labor bestätigte sekundäre Sepsis**

Eine sekundäre Sepsis ist eine durch eine Blutkultur bestätigte Sepsis, die mit einer postoperativen Wundinfektion an anderer Stelle in Verbindung steht. Bei einer sekundären Sepsis müssen der nachgewiesene Erreger und sein Antibiogramm mit dem primären Infektionsherd (hier postoperative Wundinfektion) übereinstimmen.

**Durch Labor bestätigte sekundäre Sepsis ist kein Bestandteil der KISS-Definition für Wundinfektion.