

FACHRICHTLINIE Nr. 22

Hygieneempfehlungen zur Prävention Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen

Inhalt

1.	Hygienische Grundregeln	2
2.	Anlage peripher venöser Katheter (PVK).....	3
3.	Zentralvenöse Katheter (ZVK).....	4
3.1	Anlage von zentralvenösen Kathetern.....	4
3.2	Umgang mit zentralvenösen Kathetern	5
3.3	ZVK-Verbandswechsel	6
3.4	Maßnahmen bei Verdacht auf ZVK-assoziierte Infektion (vgl. FRL 32):.....	6
4.	PORT-Systeme	7
4.1	Punktion des PORT-Systems.....	7
4.2	Umgang mit PORT-Systemen	8
5.	Umgang mit peripher eingeführten zentral-venösen Kathetern/PICC.....	8
6.	Umgang mit peripher arteriellen Kathetern.....	8
7.	Umgang mit Midline-Katheter.....	8
8.	Manipulation und Antisepsis an Hubs und Zuspritzstellen	9
9.	Zubereitung von Standardinfusionen.....	9
10.	Zubereitung von komplexen Mischinfusionen.....	10
11.	Infusionsdauer und Wechselintervall von Infusionssystemen	11
12.	Hygienische Aspekte zur Verwendung von Applikationssystemen für Röntgenkontrastmittel:	12
13.	Empfehlungen für die Pädiatrie.....	12
	Umgang mit zentralvenösen Katheter im pädiatrischen Bereich siehe FRL 31.....	12
	Rekonstitution und Zubereitung von Arzneimitteln und Infusionslösungen auf der neonatologischen Intensivstation	13

Gefäßkatheter sind ein häufiger Bestandteil medizinischer Behandlung. Blutstrominfektionen die von Gefäßkathetern ausgehen, gehören zu den sechs häufigsten nosokomialen Infektionen. Diese wären durch die konsequente Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen bei der Anlage, Pflege und Manipulation an Gefäßkathetern potentiell vermeidbar.

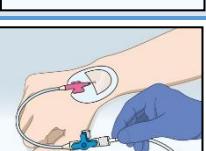
1. Hygienische Grundregeln

Vor jeglicher Neuanlage bzw. Manipulation an Gefäßzugängen sowie bei der Zubereitung und Verabreichung von parenteralen Infusionen sind folgende Grundregeln einzuhalten:

- Strenge Einhaltung der Standardhygienemaßnahmen, insbesondere der fünf Indikationen der hyg. Händedesinfektion vgl. FRL1
- Tragen eines Mund-Nasenschutzes bei floridem respiratorischem Infekt und bei floriden Herpes simplex Läsionen im Gesichtsbereich des Mitarbeiters bei allen aseptischen Tätigkeiten (vgl. FRL 38)
- Flächendesinfektion des Arbeitsplatzes (vor ZVK-Anlage, Infusionszubereitung etc.)
- Fenster und Türen geschlossen halten
- Aseptisches Vorgehen bei Verbandswechsel und Manipulation am invasiven Device (Non-Touch-Technik oder Touch-Technik unter Verwendung steriler Handschuhe)
- Hersteller-, Apotheken- und Fachinformationen beachten
- Produktspezifische Einwirkzeiten für Desinfektionsmittel lt. Herstellerangaben beachten
- Alle steril verpackten Medizinprodukte sind vor dem Verbrauch auf Ablaufdatum und Unversehrtheit zu überprüfen und mit der Peel-off-Technik zu entnehmen. Kein Öffnen mittels „Durchdrücken“ durch die Verpackung. Vorbereitung aller notwendigen Materialien unter aseptischen Bedingungen
- Manipulationen an Gefäßkathetern sind auf ein absolutes Minimum zu beschränken; mechanische Reizung soll verhindert werden
- Grundsätzlich Einmalverwendung von Kanülen und Spritzen, da es bei Mehrfachentnahme zu einer Kontamination des Spritzenstempels kommen kann.
Die Verwendung von Mini Spikes wird nicht empfohlen.
 - Ausnahme hiervon kann beispielsweise das Aufziehen von Perfusor-Spritzen darstellen, wenn ein Aufziehen aus mehreren Einzelgebinden mit derselben Kanüle notwendig ist. In diesen Fällen ist besonderes Augenmerk auf die aseptische Entnahme der Substanz zu legen.
- Zu Spülzwecken wird der Einsatz von fertig konfektionierten Spritzen mit steriler Kochsalzlösung empfohlen, weil hierdurch das Risiko einer Kontamination beim Aufziehen reduziert werden kann
- Tägliche Überprüfung der Indikation von Gefäßzugängen
- Tägliche visuelle Kontrolle der Einstichstelle auf Entzündungszeichen bei Folienverbänden. Wechsel der Folienverbände spätestens alle 7 Tage. Bei Verwendung von Gazeverbänden sind diese aufgrund der notwendigen Sichtkontrolle auf Entzündungszeichen täglich zu wechseln - transparente Verbände bevorzugen
- Wechsel des Verbandes bei Durchfeuchtung, Verschmutzung bzw. Ablösung

2. Anlage peripher venöser Katheter (PVK)

- Verweilkanülen die unter Notfallbedingungen bzw. ohne notwendige Asepsis gelegt wurden, sollten so schnell wie möglich bzw. nach längstens 24h entfernt werden
- ANLAGEORT: Wahl der Punktionsstelle von distal nach proximal (vorzugsweise Handrücken oder Unterarm, Ellenbeuge -> Punktionsstelle 2.Wahl)
- ANLAGEORT: Kleinkinder und Säuglinge: Kopf, Hand, Unterarm oder Fußrücken
- Bei Entfernung des PVKs Einstichstelle mit keimarmem Tupfer komprimieren
- Zur PVK-Liededauer bestehen keine generellen Vorgaben.
- Tägliche Überprüfung der Indikation und Kontrolle auf Entzündungszeichen empfohlen.

HÄNDEDESINFektION	
	1. Patienten vorbereiten, Stauschlauch anlegen Punktionsstelle auswählen/Vene palpieren
	2. Hautantiseptik mit alkoholischem Hautdesinfektionsmittel (siehe FRL 31) und keimarmen Tupfern durchführen, nach erfolgter Desinfektion keine Palpation der Vene mehr durchführen
HÄNDEDESINFektION	
	3. Handschuhe anlegen und Punktion unter aseptischen Bedingungen durchführen
	4. sterilen Verband anlegen und PVK mit NaCl 0,9% spülen
HÄNDEDESINFektION	

3. Zentralvenöse Katheter (ZVK)

3.1 Anlage von zentralvenösen Kathetern

Die Anlage von ZVK hat unter den unten angeführten Maßnahmen zur Asepsis zu erfolgen.

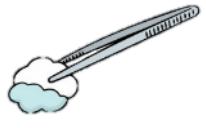
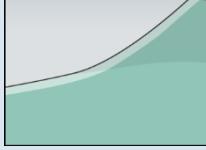
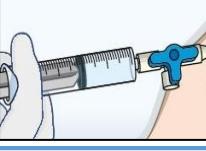
Als ZVK-Anlageort ist die V. subclavia gegenüber der V. jugularis und der V. femoralis zu bevorzugen, bei Patienten mit Tracheostoma sollte die V. jugularis als Anlageort vermieden werden

Ultraschallgestützte Anlage: Schallkopf und Kabel sind mit einem sterilen Überzug zu versehen und steriles US-Gel ist zu verwenden

Persönliche Schutzausrüstung:

<u>Durchführende Person:</u>	OP-Haube, Mund-Nasenschutz, steriler Mantel, sterile Handschuhe
<u>Assistenz:</u>	Mund-Nasenschutz
<u>Patient:</u>	OP-Haube, Kopf in die entgegengesetzte Richtung drehen

HÄNDEDESINFektION

	1. Sterilen Mantel und sterile Handschuhe anziehen
	2. Hautantiseptik mit alkoholischem Hautdesinfektionsmittel (siehe FRL 31) und sterilen Tupfern durchführen (Non-Touch-Technik mittels sterilem Instrumentarium)
	3. Abdecken der Punktionsstelle mit steriles Lochtuch im gesamten Aktionsradius des Führungsrahtes
	4. Aseptische ZVK-Anlage durchführen und anschließend ZVK mit NaCl 0,9% spülen und mit steriler Kappe bzw. desinfizierender Verschlusskappe versehen.
	5. Desinfektion der Einstichstelle mit Wund- und Schleimhautantiseptikum und Anlegen eines sterilen Verbandes. Folienverband anlegen wenn Einstichstelle vollständig trocken.

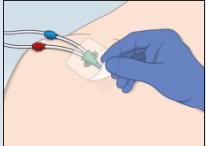
HÄNDEDESINFektION

3.2 Umgang mit zentralvenösen Kathetern

- Kein routinemäßiger Wechsel von ZVKs notwendig
- Strenge Indikationsstellung zur Anlage des ZVKs aufgrund des Risikos für Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen
- Tägliche Überprüfung der Indikation und Kontrolle auf Entzündungszeichen
- Der ZVK soll im Rahmen der Routineanwendung und bis zu einer Zeitgrenze von < 8 Std. bis zur nächsten Verwendung mit mind. 10 ml 0,9% NaCl-Lösung gespült werden. Bei einem Zeitintervall von > 8 Std. bis zur nächsten Verwendung oder bei fraglichem Zeitintervall ohne Verwendung ist ein Block mit verordneter Blocklösung empfohlen
- Vor Verabreichung von Injektionen oder Infusionen ist eine etwaige Blocklösung unter aseptischen Bedingungen zu entfernen
- Blutentnahme aus dem ZVK auf das unbedingt erforderliche Maß beschränken
- Kein direkter Hautkontakt von ZVK-Anschlussstücken (z.B. Dreiwegehähne, Filter) → Verwendung von keimarmen Schutzhüllen (Wechselintervall 24h bzw. nach Kontamination)
- Chlorhexidin freisetzende Verbände empfohlen (CAVE: Kontraindikationen bei unreifer Haut beachten)
- Bei Entfernung des ZVKs ist die Einstichstelle mit einem mit Wund- und Schleimhautantiseptikum getränkten sterilen Tupfer zu desinfizieren und unmittelbar mit einem sterilen Verband zu versorgen
- Bei permanentem ZVK (z.B. Dialysecava) und pädiatrischen Patienten ist bei Manipulationen an Gefäßzugängen die Verwendung eines Mund-/Nasenschutzes für Mitarbeiter und Patienten empfohlen

Bei jedem Verbandswechsel sollte die Haut um die Katheterinsertionsstelle ggf. mit steriler Kochsalzlösung (steriler Tupfer) gereinigt und mit einem Hautantiseptikum behandelt werden.

3.3 ZVK-Verbandswechsel

HÄNDEDESINFEKTION	
	1. alten Verband entfernen
HÄNDEDESINFEKTION	
	2. Hautdesinfektion um die Kathetereintrittsstelle mit sterilem Tupfer und Wund- und Schleimhautantiseptikum (siehe FRL 31) lt. Herstellerangaben durchführen (Non-Touch-Technik - sterile Handschuhe oder Devices).
	3. Neuen, sterilen Verband kontaminationsfrei anlegen
HÄNDEDESINFEKTION	

3.4 Maßnahmen bei Verdacht auf ZVK-assoziierte Infektion (vgl. FRL 32):

Gepaarte Blutkulturabnahme: ZVK und Peripher Differential Time to Positivity

- Bei Verdacht auf eine ZVK assoziierte Infektion, Abnahme ([siehe FRL 32](#)) von gepaarten Blutkultur-Sets: zeitgleiche Abnahme von Blutkulturen aus dem ZVK und der gleichen Menge Blut aus einem frisch punktierten peripheren Gefäß
- Mindestens zwei Blutkulturen aus dem ZVK entnehmen
- Bei einer Differential Time to Positivity (DTP) >2h (wenn die über den ZVK abgenommene Blutkultur mehr als 2 Stunden früher positiv wird als die peripher abgenommenen mit identem Erreger, ist dies ein Hinweis auf eine ZVK-assoziierte Infektion)
- Ist nur die zentrale Blutkultur positiv, gelten 2 positive Blutkulturen aus dem ZVK mit dem identen Erreger als Hinweis für eine ZVK assoziierte Infektion
- Bei Entfernung des ZVK wegen Infektionsverdachts, ist die Katheterspitze zur mikrobiologischen Untersuchung einzusenden. Bezuglich der Einsendemodalitäten sind die hauseigenen Standards zu berücksichtigen
- Die Einsendung von Katheterspitzen bei Patienten ohne Hinweise auf eine katheterassoziierte Infektion ist nicht erforderlich

AOLC: (Acridin Orange Leukozyten Cytospin) zur Diagnostik Gefäßkatheter-assozierter Infektionen

Die AOLC Technik ist eine Färbemethode mittels Fluoreszenztechnik, bei der das aus dem zentralvenösen Katheter entnommene EDTA Blut nach Lyse und Zytozentrifugation auf einen Objektträger aufgebracht

und mit Acridin-Orange gefärbt wird. Diese Präparate werden dann im Fluoreszenzmikroskop auf das Vorhandensein von Bakterien und Sprosspilzen untersucht.

Jeder mikroskopische Nachweis von Bakterien oder Sprosspilzen ist hinweisend auf eine CRBSI (Catheter-related bloodstream infection).

Untersuchungsmaterial: EDTA-Blut Röhrchen aus dem verdächtigen ZVK
Diese Untersuchung ersetzt nicht die Abnahme von Blutkulturen!

Limitationen: Die mikroskopische Nachweisgrenze liegt ungefähr bei einer Keimzahl von 1000 KBE/ml EDTA-Blut.

4. PORT-Systeme

Die Implantation von Portsystmen hat unter aseptischen Bedingungen im OP oder Eingriffsraum zu erfolgen.

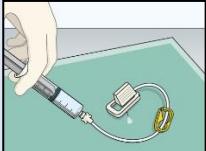
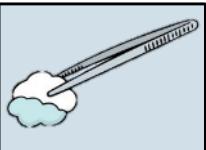
4.1 Punktion des PORT-Systems

Persönliche Schutzausrüstung:

Durchführende Person: sterile Handschuhe

Patient: Kopf in die entgegengesetzte Richtung drehen

Assistenz (bevorzugt): Standardhygiene

HÄNDEDESINFEKTION	
	<ol style="list-style-type: none">1. Sterile Handschuhe anziehen und Portnadel mit NaCl 0,9% auf steriler Unterlage füllen
	<ol style="list-style-type: none">2. Hautantiseptik mit alkoholischem Hautdesinfektionsmittel (siehe FRL 31) und sterilen Tupfern lt. Herstellerangaben durchführen (Non-Touch-Technik mittels steriles Instrumentarium)
	<ol style="list-style-type: none">3. Punktion unter aseptischen Bedingungen durchführen. Punktionskammer durch Palpation lokalisieren und senkrecht durch die Haut und die Portmembran die Portkammer anstechen, Blocklösung ggf. aus dem ruhenden System entfernen, und spülen
	<ol style="list-style-type: none">4. Sterilen Verband anlegen und Infusion anschließen bzw. Medikament verabreichen
HÄNDEDESINFEKTION	

4.2 Umgang mit PORT-Systemen

- Um die Durchgängigkeit von ruhenden Portsystmen zu gewährleisten, sind diese gegebenenfalls mit der verordneten Blocklösung zu plombieren bzw. Spülungen des Systems laut Herstellerangaben durchzuführen.
- Bei Entfernung der Port-Nadel, Einstichstelle mit einem mit Wund- und Schleimhautantiseptikum getränkten sterilen Tupfer desinfizieren, und danach mit sterilem Verband versorgen
- Zur maximalen Liegedauer von Portnadeln sind die Hersteller-spezifischen Angaben zu beachten

5. Umgang mit peripher eingeführten zentral-venösen Kathetern/PICC

Aufgrund des nicht ausreichend belegten infektionspräventiven Nutzens keine Empfehlung aus krankenhaushygienischer Sicht zur bevorzugten Anlage von PICCs gegenüber anderen zentralen Zugängen bei Erwachsenen.

- Liegedauer: Herstellerangaben beachten; bei entsprechender Pflege und sofern keine Komplikationen auftreten, kann ein PICC auch länger als vier Monate belassen werden
- Spülung: Wenn nicht anders verordnet, Spülung mit 0,9% NaCl nach jeder Benutzung
- Verbandswechsel: Wöchentlicher Wechsel des Transparentverbands
- Zum Erhalt der Klebeplatte ist die Desinfektion mit einem alkoholfreien Wund- und Schleimhautantiseptikum durchzuführen

6. Umgang mit peripher arteriellen Kathetern

Bei Anlage bzw. Verbandswechsel des Arterienkatheters sollen die gleichen Prinzipien zum Einsatz kommen wie beim ZVK.

7. Umgang mit Midline-Katheter

Ein Midline-Katheter ist ein peripher-venöser Verweilkatheter, der ultraschallgesteuert in eine Oberarmvene (Vena basilica, Vena brachialis oder Vena cephalica) eingelegt wird. Die Katheterspitze liegt kurz vor der Vena axillaris.

- Verweildauer: max. 14. Tage
- Verbandswechsel: lt. Pflege- und Versorgungsanleitung des Herstellers

8. Manipulation und Antisepsis an Hubs und Zuspritzstellen

Von Seiten der Krankenhausthygiene wird empfohlen bei Patienten mit Risikodevices (z.B. ZVK oder Port-Systemen) eine Desinfektion des Innen- und Außenlumens der Zuspritzstelle durch die Verwendung von desinfizierenden Verschlusskappen (z.B. Curos) (CAVE: Anwendungsempfehlung und Einwirkzeit lt. Herstellerangaben beachten) sicherzustellen. Voraussetzung ist die Kompatibilität der verwendeten Risikodevices mit Isopropanol.

Die Zuspritzstellen des ZVK sind vor dem Zuspritzen oder dem Anschluss einer Infusion alternativ mittels alkoholisch rückstandsfreiem Desinfektionsmittel zu desinfizieren. Es ist keine Sprühdesinfektion zulässig. Eine Wischdesinfektion der Zuspritzstellen kann konstruktionsbedingt nur die Außenseiten der Hubs erfassen. Das Innenlumen wird dabei nicht erreicht.

Um die Desinfektion vor der Applikation zu gewährleisten, können desinfizierenden Verschlusskappen oder entsprechende nadelstichfreie Konnektionsventile (NFCs) zum Einsatz kommen.

Für den Fall der Inkompatibilität mit Isopropanol sind geeignete Desinfektionsverfahren laut Herstellerangaben anzuwenden, bzw. alternative Systeme zur Sicherstellung der Asepsis an Zuspritzstellen, wie nadelstichfreie Konnektionsventile (NFCs), einzusetzen.

9. Zubereitung von Standardinfusionen

- Für die Desinfektion von Gummistopfen ist ein alkoholisches, rückstandsfreies Desinfektionsmittel zu verwenden
- Einzeldosisbehältnisse („for single use only“) sind zu bevorzugen. Reste aus Einzeldosisbehältnissen sind zu verwerfen. Daher sind Gebinde in kleinstmöglicher Ausführung zu verwenden
- Zubereitungen aus Glasampullen dürfen nur mittels Spritze mit aufgesetzter Kanüle entnommen werden
- Die Fraktionierung von Arzneimitteln für mehrere Patienten aus Einzeldosisbehältnissen („for single use only“) ist nur im Apotheken-Setting zulässig.
Hiervon abweichende Modalitäten obliegen der Verantwortung des anordnenden Arztes
- Um eine häufige Manipulation an Zuspritzstellen zu reduzieren wird die fraktionierte Verabreichung von Bedarfsmedikamenten über den Perfusor oder Kurzinfusionen empfohlen (z.B. Bolusgabe von Sedativa).
Falls eine fraktionierte Verabreichung aufgrund von medizinischen Indikationen notwendig ist, obliegt dies der Verantwortung des anordnenden Arztes.
- Ob sich ein Gebinde zur Mehrfachentnahme eignet ist anhand der Fachinformation zu prüfen
- Bei Behältnissen zur Mehrfachentnahme mit Zusatz von Konservierungsmittel sind die Herstellerangaben hinsichtlich der maximal zu tolerierenden Standzeit im angebrochenen Zustand zu beachten

- Die Zeitspanne zwischen Zubereitung vor Ort und Verabreichung von i.v.-Medikamenten darf eine Stunde nicht überschreiten. Kürzere Zeitspannen können sich aus der Fachinformation des jeweiligen Herstellers ergeben und sind zu beachten.
- Kurzinfusionen sollen außerhalb von med. Notfällen nicht unterbrochen, sondern fertig verabreicht werden
- Die Zahl der Mehrfachverbindungen ist auf ein Minimum zu beschränken. Wenn möglich, Reduzierung von unnötigen Konnektionsstellen, Dreiegehähnen und ungenutzten Mehrfachverbindungen (=flüssigkeitsgefüllte Toträume)

HÄNDEDESINFektION	
	1. Sichtprüfung durchführen (Trübung, Verfallsdatum, Verfärbung, Defekte etc.) Keine Verwendung bei Auffälligkeiten oder Abweichungen.
	2. Desinfektion der Durchstichmembran mit alkoholischem Desinfektionsmittel und keimarmem Tupfer
	3. Medikament nach Herstellerangaben zuspritzen
	4. Infusion spiegeln und innerhalb einer Stunde verabreichen („anhängen“)
HÄNDEDESINFektION	

10. Zubereitung von komplexen Mischinfusionen

Aufgrund der Komplexität in der Zubereitung und dem damit verbundenen Risiko einer Kontamination, sowie aufgrund Substanz- und laufzeitspezifischer Besonderheiten, sollten nachfolgend angeführte Infusionslösungen vorzugsweise in einer Krankenhausapotheke zubereitet werden:

- Zubereitungen zur individualisierten parenteralen Ernährung mit manuellem Zumischen von zahlreichen (mehr als drei) Einzelkomponenten
- Zubereitungen mit manuellem Zumischen von zahlreichen (mehr als drei) Einzelkomponenten in eine Trägerlösung (z.B. Prä- und Posthydratation) und Laufzeiten > 12h

Steht die Möglichkeit einer Zubereitung komplexer Mischinfusionen in der Apotheke nicht zur Verfügung, ist neben strikter Einhaltung der unter Punkt 1 und 8) genannten Vorgaben, besonders auf die nachfolgenden weiterführenden Maßnahmen zu achten.

Weiterführende Maßnahmen bei komplexen Mischinfusionen:

- Adäquate räumliche Rahmenbedingungen:
Herstellung in einem definierten Arbeitsbereich und ruhigem Umfeld
Desinfektion der Arbeitsfläche, bevorzugt Verwendung einer sterilen Unterlage
- Tragen eines Mund-/Nasenschutzes bei der Infusionszubereitung
- Besonderes Augenmerk auf sorgfältige Desinfektion der Durchstichmembran mit rückstandsfreiem, alkoholischem Desinfektionsmittel
- Adäquate organisatorische Abläufe, um eine Herstellung unmittelbar vor der Anwendung zu ermöglichen
- Herstellung bevorzugt im 4-Augen Prinzip, durch qualifiziertes Personal

Bei der Zubereitung von Zytostatika sind jedenfalls die in der RL 0010.1216 - Umgang mit Zytostatika angeführten Rahmenbedingungen einzuhalten

11. Infusionsdauer und Wechselintervall von Infusionssystemen

Die maximal zulässige *Infusionsdauer* richtet sich nach der Fachinformation des jeweiligen Produktes.

Die maximalen *Wechselintervalle* finden sich in Tabelle 1. Kürzere Wechselintervalle können sich aus den Fachinformationen der jeweiligen Produkte (Medikament und/oder Device) ergeben und sind dementsprechend einzuhalten.

Unter „*Infusionssystem*“ werden alle Komponenten verstanden, die zwischen Infusionsflasche/-beutel und Katheterhub liegen (i.e. Dreiwegehähne, Filter, nadelstichfreie Ventile, Perfusor Lines).

Tabelle 1: Art des Infusionssystems/ der Infusion und maximale Wechselintervall

Art des Systems / der Infusion	Maximale Wechselintervalle
Gesamtes Infusionssystem	96h
Gesamtes Infusionssystem- Lipidhaltige Infusionen/parenterale Ernährung	(12h)* 24h
Gesamtes Infusionssystem - Blutprodukte	6h
Invasive Druckmessungen (geschlossenes System)	96h
Invasive Druckmessungen (offenes System)	48h
Gesamtes Infusionssystem - Röntgenkontrastmittel	24h (vgl. Punkt 11)

* Im pädiatrischen: Lipidhaltige Infusionen sollen 12 Stunden (reine Lipidlösungen) bis maximal 24h (lipidhaltige Mischinfusionen) nach Anbruch verworfen werden.

Von Seiten der Krankenhaushygiene gibt es keine Empfehlung für die Benutzung von Bakterienfiltern. Partikelfilter sollten ausschließlich im intensivmedizinischen Bereich zum Einsatz kommen.

12. Hygienische Aspekte zur Verwendung von Applikationssystemen für Röntgenkontrastmittel:

- Vorrangig sind patientenbezogene Einzeldosiskontrastmittel zu verwenden.
- Angebrochene Kontrastmittellösungen dürfen maximal 24 h verwendet werden.
- Ein Erneuern des gesamten Pumpsystems hat nach Entleerung der Kontrastmittelflasche bzw. spätestens 24h nach Erstgebrauch zu erfolgen.
- Das im Gerät befindliche Schlauchsystem ist arbeitstäglich zu wechseln.
- Patientenwechselschläuche sind mit mindestens zwei für diesen Einsatz von der Herstellerfirma freigegeben Rückschlagventilen mit definiertem Öffnungsdruck zu versehen und patientenbezogen auszuwechseln.

13. Empfehlungen für die Pädiatrie

Ergänzend zu FRL 31

Empfehlungen zur Anlage eines Gefäßkatheters im pädiatrischen Bereich:

- Ggf. Tragen von sterilen Handschuhen bei der Anlage eines Gefäßkatheters, wenn die Insertionsstelle nach der Hautdesinfektion palpirt werden muss. (Dies ist bei Frühgeborenen aufgrund der schwierigen Venenverhältnisse häufig der Fall)

Umgang mit zentralvenösen Katheter im pädiatrischen Bereich siehe FRL 31

Oben angeführte Punkte des allgemein Erwachsenen Bereiches sind zu übernehmen, folgende Abweichungen im pädiatrischen Bereich sind zu beachten:

- Bei jeder direkten Manipulation an der Kathetereintrittsstelle sowie auch beim Systemwechsel sollten zusätzlich zur Händedesinfektion sterile Handschuhe getragen werden.
- Bei jedem Systemwechsel ist eine Desinfektion des Katheterhubs/der Verbindungsstelle zwischen Gefäßkatheter und Infusionssystem vorzunehmen.
- Im Inkubator sollte die Verbindungsstelle des Infusionssystems mit dem Katheterhub mit einer sterilen Komresse umwickelt und so vor externer Kontamination geschützt werden.
- Der Einsatz von Isopropanol-freisetzenden Desinfektionskappen im pädiatrischen Bereich ist für Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 2 Jahren nicht empfohlen.
- In diesem Fall können neben lokal abgestimmten Prozessen die Verwendung von nadelstichfreien Konnektionsventilen (NFCs) und die Wischdesinfektion dieser mit alkoholischem rückstandsfreien Desinfektionsmittel (abtrocknen abwarten) erfolgen. Zusätzlich ist bei jeglicher Manipulation die Verwendung eines Mund-Nasenschutzes und sterilen Handschuhen empfohlen.
- Bei Neugeborenen, Kleinkindern, Kinder und Jugendlichen kann zur Desinfektion der NFC ein mit einem alkoholischen rückstandsfreien Desinfektionsmittel (abtrocknen abwarten) getränkter Tupfer verwendet werden

Rekonstitution und Zubereitung von Arzneimitteln und Infusionslösungen auf der neonatologischen Intensivstation

- Zu den unter Punkt 9 angeführten Punkten, kommen für den neonatologischen Intensivbereich folgende Punkte hinzu:
- Zubereitung im Laminar Air Flow
- Mund-Nasenschutz beim Richten sowie auch beim Zureichen von sterilen Medizinprodukten
- Hygienische Händedesinfektion unter Einbezug der Unterarme
- Verwendung von sterilen Handschuhen
- Desinfektion mittels rückstandsfreien alkoholischen Desinfektionsmittel zur Desinfektion von Gebinden (Infusionsflaschen, etc.) vor dem Einbringen in den Laminar Air Flow.
- Für die Desinfektion von Gummistopfen ist ein alkoholisches, rückstandsfreies Desinfektionsmittel zu verwenden

Für den Medikamenten Zubereitungsprozess im Lamina Air Flow ist eine Mehrfachverwendung der Spritzen und Kanülen wie auch die Verwendung von Mini Spikes zulässig.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in dieser Fachrichtlinie die männliche (Plural-)Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Literatur:

Anforderungen an die Hygiene bei Punktions und Infektionen, RKI, 2011

Hygiene im Krankenhaus und Praxis, Eikmann T., Christiansen B., Exner M., Herr C., Kramer A., Ecomed 2019

Krankenhaus- und Praxishygiene, Kramer A., Assadian O., Exner M., Hübner N.-O., Simon A., 2016 Urban & Fischer

Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen, Robert Koch Institut, Springer 2017

Handlungsanweisungen Aktion Saubere Hände, Charité- Universitätsmedizin Berlin, 2018

KONTAKTADRESSE:

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

Stiftingtalstraße 16, 8010 Graz

T: 0316/340-5700

www.krankenhaushygiene.at

FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH:

Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

ARGE- HFK