Ansprechpartner - Telefonnummer - E-Mail Adresse
M. Biertümpel - 03 81 / 4 95 53 21 - Michael.Biertuempel@lagus.mv-regierung.de

Wechselrhythmen, Standzeiten und Hygienemaßnahmen bei peripher venösen Verweilkanülen (PVK)

- **Grundlagen**
  - KRINKO-Empfehlung „Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen – Teil 2 – Peripher venöse Verweilkanülen und arterielle Katheter“

Prozeduren	Empfehlungen	Kategorie nach KRINKO	Bemerkungen
PVK vs. ZVK	Bei **nicht**intensivpflichtigen Patienten PVK gegenüber ZVK bevorzugen	II	PVK: - Niedrigere Inzidenz von BSI als ZVK - geringere Belastung des Patienten - niedrigere Komplikationsrate bei Entfernung und Neuanlage an anderer Stelle als ZVK
	Bei schwierigen Venenverhältnissen Ultraschall zur Auffindung peripherer Venen nutzen	IB	Möglichkeit der Vermeidung einer ZVK-Anlage bei schwierigen peripheren Venenverhältnissen bei nichtintensiv-pflichtigen Patienten
Indikationsstellung	Täglich prüfen, nicht mehr benötigte PVK **sofort** entfernen	IB	nicht mehr benutzte PVK z.B. nach Anlage in NFA, „vergessene“ und nicht mehr benötigte PVK sofort entfernen - signifikant länger verwendete PVK führten z.B. zu erhöhter Rate an S. aureus BSI
Wechsel nach notfallmäßiger Anlage PVK	Unter nicht streng aseptischen Kautelen angelegte PVK innerhalb von 24 h entfernen und an anderem Ort neu anlegen	ohne	Bewährte klinische Praxis
Anlageort	Bei voraussichtlich mehrtätiger Liegedauer bei **Erwachsenen** Handrücken und Unterarm bevorzugen	II	Hinweise für erhöhte Inzidenz an PVK-assoziierten Infektionen bei Anlage in Ellenbeuge

Prozeduren	**Empfehlungen**	**Kategorie nach KRINKO**	**Bemerkungen**
Anlageort	Bei **Kleinkindern** Hand, Unterarm, Ellenbeuge oder Fuß	II	
	Bei Säuglingen punktierbare Venen der Kopfhaut	II	Kopfhautvenen bei Säuglingen oft gut punktierbar
Standardmaß-nahmen bei Anlage und Erhaltungspflege	Standardmaßnahmen schriftlich in Form eines PVK-Präventionsbündels verbindlich festlegen	ohne	Bewährte klinische Praxis Standardarbeitsanweisungen erstellen Grundregeln der Antiseptik und Händehygiene konsequent einhalten • Händedesinfektion und Tragen von Einmalhandschuhen • Punktionsnadel und PVK steril • Zugelassenes Hautantiseptikum • Steriler Gazetupfer für Hautantiseptik • EWZ des Hautantiseptikums beachten • Wenn erneute Palpation der vorgesehenen Punktionsstelle erforderlich, dann mit sterilem Handschuh
	Neue Mitarbeiter im Standard schulen Schulung, Motivation und Supervision durch theoretisch und praktisch besonders gut aufgestellte Mitarbeiter	IB II	Durchführung der PVK-Anlage durch geschultes und erfahrenem Personal senkt die Komplikationsrate
	Inhalte der Schulung: • Risiko PVK assoziierter Komplikationen • Konkrete Übung und Durchführung der PVK-Anlage und Erhaltungspflege	II	jeder der PVK legt muss geschult sein

Prozeduren	Empfehlungen	Kategorie nach KRINKO	Bemerkungen
Standardmaß-nahmen bei Anlage und Erhaltungspflege	Konsequente Anwendung der formulierten Standards durch Führungspersonal und Einfordern der Umsetzung von allen Mitarbeitern	ohne	Bewährte klinische Praxis
Dokumentation	Anlagedatum mit Handzeichen/Kürzel in Krankenakte dokumentieren (Prüfung Liegedauer)	IV	PVK-Anlage ist invasive Maßnahme und muss in Patientenakte dokumentiert werden (auch wichtig für Überprüfung der Liegedauer), ebenso die tägliche Inspektion und Überprüfung der Indikation Dokumentieren wer PVK gelegt hat (wichtig z.B. bei unerwartetem Anstieg der Rate an PVK assoziierten Komplikationen)
Wundverband / Verbandwechsel	Steriler Verband an Eintrittsstelle (Gaze oder Folie)	II	infektiologisch keine Unterschiede zwischen Gaze und Folie Folienverbände müssen seltener gewechselt werden und ermöglichen die Inspektion der Eintrittsstelle ohne Entfernung
	Angemessene Zugsicherung (v. a. bei Kindern)	ohne	Bewährte klinische Praxis PVK vor Manipulation durch das Kind Schützen
	Wechsel **konventioneller Pflasterverband** ohne Verdacht auf lokale Komplikationen nicht häufiger als alle 72 h	II	bei Ablösung, Durchfeuchtung, Verschmutzung und Blut- oder Feuchtigkeitsansammlungen unter dem Verband sofortiger Wechsel Cave! Durchfeuchtung und Kontakt mit Wasser bei der Grundpflege vermeiden!

Prozeduren	**Empfehlungen**	**Kategorie nach KRINKO**	**Bemerkungen**
Wundverband / Verbandwechsel	Wechsel **Folienverbände** nach Herstellerangaben	IV	meist alle 7 Tage bei Ablösung, Durchfeuchtung, Verschmutzung und Blut- oder Feuchtigkeitsansammlungen unter dem Verband sofortiger Wechsel Cave! Durchfeuchtung und Kontakt mit Wasser bei der Grundpflege vermeiden!
	Inspektion der Eintrittsstelle **ohne** Möglichkeit der direkten Inspektion durch Folienverband		bei transparenten Folienverbänden direkte Inspektion der Eintrittsstelle möglich
	• Bei Patienten die zu lokalen Schmerzen Angaben machen können - einmal täglich Palpation	II	vor (und nach) Palpation der Eintrittsstelle unbedingt hygienische Händedesinfektion Palpationsschmerz mögliches Zeichen einer Phlebitis
	• Bei Patienten die keine Angaben zu lokalen Schmerzen machen können täglicher Wechsel bei konventionellen Pflastern	II	
	Bei aseptischem Verbandwechsel an PVK Behandlung der Eintrittsstelle mit Wundantiseptikum mit Remanenzeffekt z. B. mit Octenidin – oder Chlorhexidin-haltigem Antiseptikum	II	Verbandwechsel in Non-Touch-Technik wenn Berührung der Eintrittsstelle erforderlich, dann mit sterilen Handschuhen
Vorgehen bei Komplikationen	Lokalinfektion an der Eintrittsstelle oder Bakteriämie • **Sofortige** Entfernung PVK	ohne	Bewährte klinische Praxis

Prozeduren	Empfehlungen	Kategorie nach KRINKO	Bemerkungen
Vorgehen bei Komplikationen	Jede PVK assoziierte Blutstrominfektion sorgfältig dokumentieren	IV	
	Systematische Auswertung der Komplikationen muss erfolgen	ohne	Bewährte klinische Praxis
	Bei Verdacht auf vermehrtes Auftreten PVK assoziierter Infektionen kontaktieren der Krankenhaushygiene durch ärztliche Leitung und prospektive Surveillance über repräsentativen Zeitraum erwägen	IV II	Verantwortlichkeiten klar festlegen(z.B. Hygienebeauftragter Arzt)
PVK - Wechsel	Keine Empfehlung für routinemäßigen Wechselrhythmus	IB	keine ausreichende Evidenz, die für einen routinemäßigen Wechsel des PVK aus infektionspräventiver Sicht Sprechen allerdings Hinweise, dass Liegedauer des PVK unabhängiger Risikofaktor für Komplikationsrate ist
	Verzicht auf Mandrins bei ruhendem PVK	II	zur Platzierung des Mandrins unmittelbare Manipulation am Katheterhub erforderlich, ohne das während der Prozedur eine effektive Antisepsis des PVK-Hubs möglich Gefahr der Kontamination des Katheterhubs und des Katheterinneren Häufig Bildung von Blutgerinnseln an Mandrinspitze

Prozeduren	**Empfehlungen**	**Kategorie nach KRINKO**	**Bemerkungen**
PVK - Wechsel	Anstelle Mandrin steriles Extensionsset (z. B. steriles Verbindungsstück mit/ohne desinfizierbarem nadelfreien Konnektionsventil) unmittelbar nach PVK-Anlage und Fixierung anschließen	ohne	Bewährte klinische Praxis
	Steriles Extensionsset muss Spülung und Blockung des PVK mit steriler Kochsalzlösung (ohne Heparinzusatz) zulassen	ohne	Bewährte klinische Praxis Zusatz von Heparin zur Spül- oder Blocklösung bietet keinen infektionspräventiven Vorteil
	Steriles Extensionsset muss mit sterilem Stopfen oder NFC verschließbar sein	ohne	Bewährte klinische Praxis Luer-Lock-Ende des Verbindungsstückes, vor Verschluss mit sterilem Stopfen oder Verbindung mit Infusionssystem, mit Antiseptikum absprühen

BSI	Blutstrominfektion
PVK	Periphervenöse Verweilkanülen
ZVK	Zentralvenöse Katheter
NFC	Nadelfrei zugängliches Konnektionsventil
EWZ	Einwirkzeit
NFA	Notfallaufnahme