

AWMF online



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

**Deutschsprachiger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene
The German Speaking Working Group for Hospital Hygiene**

Empfehlungen für Diagnostik und Therapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 029/024

Zitierbare Quellen:

Der Deutschsprachige Arbeitskreis für Krankenhaushygiene hat am 18. Februar 2000 nachfolgende Empfehlung verabschiedet:

Gültigkeit 2004 abgelaufen

Anforderungen der Hygiene beim Tätowieren und Piercen

1. Präambel

Das Tätowieren und Piercen ist neben anderen gesundheitlichen Risiken insbesondere mit dem Risiko einer Infektion verbunden. Deshalb sind die gleichen hygienischen Anforderungen zu stellen wie bei vergleichbaren, aber medizinisch indizierten Eingriffen, obwohl Piercing nach Ansicht der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer keine ärztliche Tätigkeit ist. Dies ergibt sich aus dem obersten ärztlichen Gebot "primum nihil nocere" sowie auch eindeutig aus dem Gelöbnis des Weltärztebundes. Diese Empfehlung soll aber dem öffentlichen Gesundheitsdienst und bei gerichtlichen Auseinandersetzungen den Juristen Hilfestellung bei der Beurteilung hygienischer Belange bieten. Das herkömmliche "Ohrlochstechen" soll nicht unter der Thematik "Piercing" subsumiert werden, weil hierbei im allgemeinen der Hygienestandard (sterile Nadeln, Hautdesinfektion) eingehalten wird.

2. Ausbildung

Der Piercer oder Tätowierer (in der Folge als Durchführender bezeichnet) muß über ein ausreichendes medizinisches Wissen verfügen, um den Eingriff sachgerecht durchführen und auf Komplikationen adäquat reagieren zu können.

3. Beratung

Der Kunde ist ausführlich und umfassend über alle Risiken und Folgen des jeweiligen Eingriffs zu informieren sowie nach stattgehabten oder noch bestehenden Infektionserkrankungen, Allergien oder sonstigen wesentlichen Vorerkrankungen zu befragen. Die Zugehörigkeit zu etwaigen Risikogruppen muß geklärt werden, insbesondere ob eine akute oder chronische Infektion mit durch Blut übertragbaren Erkrankungen wie Hepatitis oder AIDS besteht.

Die Beratung hat sich zu erstrecken auf:

- mögliche körperliche Folgen (Beispiele: z.B. chronische Entzündungen, Funktionsstörungen)
- Infektionsgefahren
- Implantatmaterialien
- Maßnahmen der Nachsorge

Die Beratung ist zu dokumentieren.

4. Räumliche Anforderungen

Aus der Art der genannten Tätigkeiten ergeben sich die gleichen Anforderungen, wie sie auch beim ambulanten Operieren gefordert werden:

- 4.1 Der Eingriffsraum ist von anderen Warte- oder Durchgangsräumen durch Türen abzutrennen.
- 4.2 Neben dem Eingriffsraum muß mindestens ein weiterer Raum als Büro und Wartezone vorhanden sein.
- 4.3 Für die Entsorgung und Aufbereitung benutzter Instrumente ist ein separater Raum notwendig. Eine Instrumentenaufbereitung im Eingriffsraum ist nicht statthaft.
- 4.4 Die Einrichtung des Eingriffsraumes ist auf das Notwendigste zu beschränken. Alle Einrichtungsflächen wie die von Behandlungsstuhl oder Behandlungsliege, aber auch die der Arbeitsflächen, Wände bis zu einer Höhe von 2 m und Fußböden müssen naß zu reinigen und zu desinfizieren sein.
- 4.5 Handwaschbecken sind vorzugsweise in einem Nebenraum zu installieren. Ist dies nicht möglich, ist das Waschbecken so weit entfernt von der Behandlungseinheit zu installieren, daß keine zusätzliche Infektionsgefahr durch Spritzwasser oder Verbreitung insbesondere von Naßkeimen besteht. Waschplätze sind mit Wandspendern für Händedesinfektionsmittel, Flüssigseife und Einmalhandtüchern sowie einem Abwurf für die Handtücher auszustatten.
- 4.6 Tiere dürfen sich zu keinem Zeitpunkt in dem Eingriffsraum aufhalten.

5. Vorbereitung des Kunden

- 5.1 Das Eingriffsgebiet ist so weit freizulegen, daß eine Kontamination durch Kleidungsstücke zuverlässig vermieden wird.
- 5.2 Der unmittelbare Eingriffsbereich und seine Umgebung sind zu desinfizieren, nötigenfalls vorher zu reinigen. Zur Hautdesinfektion ist ein Präparat aus der aktuellen Desinfektionsmittelliste der DGHM oder ein durch andere vergleichbare Prüfverfahren für wirksam befundenes Präparat zu verwenden.
- 5.3 Bei der Desinfektion ist eine satte Benetzung der Haut bzw. Schleimhaut mit dem Präparat erforderlich. Die erforderliche Einwirkzeit ist einzuhalten und ist abhängig von Präparat und Einsatzort. Bezüglich der Einwirkzeit sind die Angaben des Herstellers bzw. die der DGHM- oder vergleichbarer Listen zu beachten.

6. Vorbereitung des Durchführenden

- 6.1 Von seiner Kleidung, insbesondere von den Ärmeln, darf keine Infektionsgefahr ausgehen.
- 6.2 Eine hygienische Händedesinfektion vor dem Eingriff ist obligat. Bei größeren Eingriffen, insbesondere bei der Implantation unter die Haut, ist eine chirurgische Händedesinfektion notwendig.
- 6.3 Es sind sterile Handschuhe zu tragen. Je nach Umfang des Eingriffs und einer möglichen Kontamination mit Blut oder anderen infektiösen Körperflüssigkeiten (Speichel, Urin) muß ein flüssigkeitsdichter Kittel (ggf. steril), eine Nase und Mund vollständig bedeckende Gesichtsmaske und eine das Haar umschließende OP-Haube getragen werden.

7. Vorbereitung des Eingriffs

- 7.1 Alle Materialien und Implantate müssen steril, verträglich und dürfen nicht allergisierend sein.
- 7.2 Sterilverpackungen sind sachgerecht und erst unmittelbar vor Benutzung zu öffnen und auf steriler Unterlage abzulegen.
- 7.3 Die benötigten Instrumente und Implantate müssen auf einer sterilen und trockenen Unterlage bereitgestellt werden.
- 7.4 Lokalanästhetika dürfen erst unmittelbar (!) vor der Injektion/Infiltration aufgezogen werden; die Verschlussstopfen von Mehrfachstechampullen sind vor jeder Punktion wegen der möglichen Kontamination an der Durchstichstelle zu desinfizieren und bei wiederholter Entnahme im Kühlschrank zwischzulagern. Nach spätestens 24 Stunden Zwischenlagerung sind etwaige Reste zu verwerfen.
- 7.5 Die Aspiration der Medikamente aus den Ampullen, bzw. Durchstichfläschchen erfolgt mit gesonderter Einmalkanüle und nicht mit der Einmalkanüle, mit welcher injiziert wird. Einmalspritzen dürfen nur einmal aufgezogen, d.h. nur einmal benutzt werden.
- 7.6 Injektions- und Infiltrationstechnik müssen den chirurgischen und hygienischen Anforderungen entsprechen.

8. Nach dem Eingriff

- 8.1 Je nach Bedarf ist ein Verband oder Wundschnellverband anzulegen.
- 8.2 Das während des Eingriffs angefallene Verbrauchsmaterial ist sofort vorschriftsgemäß zu entsorgen (Vorschrift der Berufsgenossenschaften, VBG 103 §13, bzw. die Vorschriften der entsprechenden Organisationen in Österreich, der Schweiz und Skandinavien nach dem jeweils aktuellen Stand). Dabei ist sicherzustellen, daß dritte Personen sich dabei nicht verletzen oder mit Körperflüssigkeiten, insbesondere mit Blut, kontaminieren können.
- 8.3 Die Dokumentation des Eingriffs ist in geeigneter Form und dauerhaft zu führen, die Dokumente sind 10 Jahre aufzubewahren.
- 8.4 Eine adäquate Nachsorge und Behandlung ggf. mit Überweisung zu einer entsprechenden Klinik oder Praxis bei Komplikationen muß jederzeit, auch nachts, sichergestellt sein.

9. Desinfektion

- 9.1 Nach jedem Eingriff sind alle möglicherweise verschmutzten bzw. kontaminierten Oberflächen von Raum und Einrichtungsgegenständen vorschriftsmäßig in Form einer Wischdesinfektion mit einem DGHM-gelisteten Flächendesinfektionsmittel zu desinfizieren. Das Scheuer-Wisch-Verfahren mit einem aldehydischen und nachgewiesen wirksamem Desinfektionsmittel ist Methode der Wahl.
- 9.2 Mindestens täglich sind alle Flächen inkl. Türen und Wände bis zu einer Höhe von 2 m desinfizierend zu reinigen.
- 9.3 Instrumente sind möglichst maschinell aufzubereiten. Bei manueller Desinfektion sind die Instrumente vor der Reinigung! mit einem vorzugsweise aldehydischen und nachgewiesen wirksamem Wirkstoff zu desinfizieren.
- 9.4 Es muß sichergestellt sein, daß alle hygienisch relevanten inneren und äußeren Oberflächen der Instrumente durch Reinigung und Desinfektion erreicht werden.
- 9.5 Die Effektivität der Aufbereitung ist vierteljährlich einer mikrobiologisch-hygienischen Kontrolle durch das Gesundheitsamt zu unterziehen.

10. Sterilisation

- 10.1 Alle steril benötigten Instrumente und Implantate sind vor Gebrauch sachgerecht zu sterilisieren, sofern sie nicht steril geliefert und verpackt zur Verfügung stehen. Die Verwendung von sterilem Einmalmaterial wird empfohlen.
- 10.2 Vor der Sterilisation sind alle mehrfach zu verwendenden Instrumente und Materialien zu desinfizieren und rückstandsfrei zu reinigen. Dabei ist wie bei der Desinfektion sicherzustellen, daß alle hygienisch relevanten inneren und äußeren Oberflächen zugänglich sind und erreicht werden. Verschmutzte oder feuchte, bzw. nasse Instrumente nach der Sterilisation sind als unsteril zu betrachten.
- 10.3 Es sind validierte Sterilisationsverfahren einzusetzen. Die laufende Überprüfung muß vierteljährlich erfolgen.
- 10.4 Nach der Dampfsterilisation muß das Sterilgut einschließlich Verpackung trocken sein. Feuchtes Sterilgut nach abgeschlossener Sterilisation ist als unsteril zu betrachten und darf nicht eingesetzt werden.
- 10.5 Die Funktion des Instrumentes nach der Sterilisation muß gewährleistet sein.
- 10.6 Die Sterilgutlagerung hat trocken und staubfrei bei Einhaltung der Lagerfristen, die durch die Art der Verpackung bestimmt werden, zu erfolgen. Bei defekter oder feuchter Sterilgutverpackung ist das Material oder das Instrument als unsteril zu betrachten.
- 10.7 Die Durchführung der Sterilisation ist nachvollziehbar zu dokumentieren, die Dokumente sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

11. Kleidung

Die Kleidung des Durchführenden soll diesen schützen und darf den Kunden nicht gefährden.

- 11.1 Schutzhandschuhe sind zu tragen, wenn der Kontakt mit Körperflüssigkeiten, insbesondere Blut oder anderen potentiell infektiösen Materialien nicht ausgeschlossen werden kann (Vorschriften der Berufsgenossenschaften, VBG 103 §7, bzw. die Vorschriften der entsprechenden Organisationen in Österreich, der Schweiz und Skandinavien nach dem jeweils aktuellen Stand). Der Operateur muß sterile OP-Handschuhe tragen.
- 11.2 Die Handschuhe sind nach jedem Eingriff zu wechseln.
- 11.3 Die Handschuhe müssen ausreichend dicht und entsprechend der mechanischen Beanspruchung reißfest sein. Ggf. kann das Anlegen von 2 Paar Handschuhen die Sicherheit deutlich erhöhen.
- 11.4 Haare sind mit einem geeigneten Kopfschutz vollständig zu verdecken. Langes Kopfhair ist zusammenzubinden.
- 11.5 Bei größeren Eingriffen sind mehrlagige Gesichtsmasken über Mund und Nase zu tragen. Nach Benutzung ist die Gesichtsmaske sofort zu werfen und eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.
- 11.6 Schutzkittel/-schürzen sind zu tragen, wenn mit einer entsprechenden Verschmutzung zu rechnen ist.

12. Entsorgung

Benutzte Instrumente und Gegenstände, die nicht wiederverwendet werden sollen oder dürfen (Einmalmaterial), sind sicher zu entsorgen. Spitze oder scharfe Gegenstände müssen in stich-, schnitt- und bruchfesten verschlossenen Behältern entsorgt werden. Bei der Entsorgung muß eine Gefährdung Dritter ausgeschlossen sein.

Die gesetzlichen Vorschriften bezüglich Sammlung, Lagerung und Transport von Abfall sind zu beachten.

13. Hygieneplan

Es ist ein Hygieneplan zu erstellen. Er muß Angaben über die erforderlichen Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, zur Ver- und Entsorgung, zum Personalschutz sowie Angaben darüber enthalten, welche Personen mit der Durchführung und Überwachung der einzelnen Maßnahmen beauftragt sind.

Verfahren zur Konsensbildung:

Deutschsprachiger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene

Sekretariat: II Chirurgische Unfall-, Wiederherstellungs-, Gefäß- und Plastische Chirurgie
Diakoniekrankenhaus Rotenburg

27342 Rotenburg (Wümme)

[Zurück zum Index Empfehlungen zur Krankenhaushygiene](#)

[Zurück zur Liste der Leitlinien](#)

[Zurück zur AWMF online-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie schildern ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche und keine wirtschaftlichen Aspekte. Die "Leitlinien" sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Textfassung vom: 12. Februar 2000

awmf@uni-duesseldorf.de

HTML-Code optimiert: 22. 02. 2000