

## Hygienerichtlinie Tuberkulose

AKH-KHH-RL-018

gültig ab: 28.02.2017

Version:08

Seite 1 von 10

### 1. ANWENDUNGSBEREICH UND ZIEL:

Diese Richtlinie beschreibt die hygienisch korrekte Vorgangsweise im Umgang mit Patient<sup>Innen</sup>, bei denen eine Tuberkulose nachgewiesen oder suspiert wurde.

### 2. MITGELTENDE DOKUMENTE:

- Hygienerichtlinien der Univ. Klinik f. Krankenhaushygiene u. Infektionskontrolle am AKH Wien (<http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene>)
- Dienstanweisung [AKH-R/57/2016](#) "Meldpflichtige Krankheiten in Österreich" vom 29.09.2016
- SOP Tuberkulose

### 3. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

AKH	Allgemeines Krankenhaus
BAL	Broncho Alveoläre Lavage
e.h.	eigenhändig
FFP	Filtering Face Piece
ggf	gegebenenfalls
HFK	Hygienefachkraft
IBST	Intensiv Betten Station
KHH	Univ. Klinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle
KL	Klinikleitung
MA	Magistrat
MDR	Multi Drug Resistance
MTB	Mycobakterium Tuberculosis
OP	Operation /Operationsaal
PCR	Polymerase Chain Reaction
RL	Richtlinien
TB	Tuberkulose
usw.	und so weiter
QB	Qualitätsbeauftragte/r
µm	Mikrometer
XDR	Extensively Resistance Tuberculosis
ZN	Ziehl-Neelsen Färbung

	Funktion	Name oT	Datum	Unterschrift
<b>erstellt</b>	HFK	Andrea Wagner	24.02.2017	e.h.
<b>geprüft</b>	QB	Magda Diab-Elschahawi	28.02.2017	e.h.
<b>freigegeben</b>	KL	Elisabeth Presterl	28.02.2017	e.h.

## 4. TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

### 4.1 Definition und epidemiologischer Hintergrund

Im Gegensatz zu den vielen anderen Infektionskrankheiten die eine akute Erkrankung sind, gelten für die TB einige immunologisch bedingte Besonderheiten:

Eine TB-Infektion ist nicht gleichbedeutend mit einer TB-Erkrankung.

#### 4.1.1 Definitionen

##### Aktive Infektion:

Personen, die mit Mykobakterium tuberculosis infiziert werden, haben ein durchschnittliches Risiko von 5-10% während ihres Lebens eine aktive TB zu entwickeln. Dieses Risiko ist in den ersten 2 Jahren nach der Infektion am größten. Bei immungeschwächten Personen ist das Risiko höher.

Aktivitätszeichen: Kavernen,  
Begleiterguss,  
Vergrößerung oder Verkleinerung eines Herdes (sowohl klinisch als auch radiologisch)  
Klinik: Husten, Auswurf, blutiges Sputum  
Allgemeinsymptome: Gewichtsverlust, Müdigkeit, subfebrile Temperaturen, Nachtschweiß

##### Inaktive Infektion (latente Infektion):

Hier handelt es sich um eine persistierende Mykobakterien-spezifische T-Lymphozyten Antwort ohne klinische Evidenz für eine aktive Tuberkulose. Stattgehabte Infektion mit und ohne Krankheitszeichen, Zustand nach Therapie. Es wird davon ausgegangen, dass MTB in Immunzellen inaktiviert „schlafen“.

#### Erkrankung

- offene Tuberkulose der Atmungsorgane (nachweisbare TBC-Erreger im Sputum oder Bronchialsekret)
- nicht offene Tuberkulose der Atmungsorgane (behandlungsbedürftig, kein Erregernachweis vorhanden)
- Extrapulmonale Tuberkulose

**MDR:** Multiresistente Tuberkulose: gleichzeitige Resistenz gegen Isoniazid und Rifampizin sowie ggf. gegen weitere Tuberkulostatika der ersten Wahl.

**XDR:** MDR-TB mit zusätzlicher Resistenz gegenüber mindestens einem der Fluorchinolone und einem der drei injizierbaren Zweitrangantituberkulotika Amikacin, Kanamycin oder Capreomycin.

#### 4.1.2 Epidemiologischer Hintergrund

Jährlich gibt es etwa 10 Neuerkrankungen an Tuberkulose pro 100.000 Einwohner in Österreich (Im Jahr 2009 lag die Inzidenz bei 8,36/100.000). Seit Jahren ist ein rückläufiger Trend der Tuberkuloseinzidenz bei Personen mit österreichischer Staatsangehörigkeit zu beobachten. Die Tuberkuloseraten sind hoch bei Migranten aus schlechten sozio-ökonomischen Verhältnissen, die aus Ländern, in denen multiresistenten Tuberkulosestämmen (MDR) vorherrschen, zuwandern. Solche Länder sind: Armenien, Aserbajdschan, Bangladesch, Belarus, Bulgarien, China, Kongo, Estland, Äthiopien, **Georgien**, Indien, Indonesien, Kasachstan, Kirgistan, Lettland, Litauen, Moldawien, **Mongolei**, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Philippinen, **Rumänien**, **Russische Föderation**, Südafrika, Tadschikistan, Ukraine, Usbekistan, Vietnam (siehe den jeweils aktuellen global tuberculosis report WHO report).

Allerdings sinkt die Tbc-Inzidenzrate bei Migranten, die seit mindestens drei Jahren in Österreich leben, ebenfalls auf  $< 10/100.000/a$  ab.

Überträger sind nur erkrankte Patient<sup>innen</sup>. Das größte Infektionsrisiko geht von unbehandelten Patient<sup>innen</sup> mit offener TB im Respirationstrakt (Lunge, Bronchien, Kehlkopf einschließlich Mundhöhle) aus. Vehikel der Erreger sind dabei kleinste, rasch eintrocknende Aerosoltröpfchen, die umso weiter verbreitet werden, je geringer ihr Durchmesser ist. Tröpfchen mit einer Größe von 1-5  $\mu\text{m}$  können  $>30$  min in unbewegter Luft schweben und innerhalb von Räumen und Gebäuden luftgetragen weiterverbreitet werden. Größere Partikel ( $>10 \mu\text{m}$ ) sind zwar stärker keimhaltig, aber insofern für eine Infektionsübertragung weniger relevant, als sie einerseits schneller sedimentieren und andererseits von Schutzmechanismen in Nase und Atemwegen (Nasenhärchen, Flimmerepithel) leichter abgefangen werden.

## 4.2 Infektiöses Material

- bei offener TB der Atemwege: Sputum, Tracheal- und Bronchialsekret, Speichel
- bei extrapulmonaler TB: Urin, Eiter, Sekrete aus Läsionen befallener Organe (Liquor, Magensaft, Faeces, genitaler Ausfluss)

## 4.3 Übertragungsmechanismen

- **Aerogen:**
  - offene TB der Atemwege: aerogen über Inhalation kleinster Aerosolpartikel, vor allem beim Husten, Niesen und Sprechen (5 minütiges Sprechen setzt ungefähr gleich viele infektiöse Tröpfchenkerne frei wie ein Hustenstoß)
  - extrapulmonale TB: Über Aerosolbildung von erregerhaltigem Material (z.B. bei Spülungen)
- **Kontaktübertragung:**
  - Inokulation von erregerhaltigem Material in eine vorhandene Wunde oder bei Verletzungen mit kontaminierten Gegenständen

## 4.4 Inkubationszeit

Mindestens 4-6 Wochen

## 4.5 Dauer der Infektiosität und der Schutzmaßnahmen

Wie im Punkt 4.3. bereits angesprochen, ist eine Pauschalangabe bezüglich Infektiosität nicht einfach möglich. Wichtig ist aber die Verhinderung einer Übertragung durch Isolierung des/der Patient<sup>in</sup> wobei die Isolierungsdauer in jedem Fall einer individuellen Entscheidung bedarf. Eine routinemäßige Begrenzung bei offener Lungen-TB auf die ersten Therapiewochen (bei sensiblen Mykobakterien) - wie häufig pauschal angegeben - ist wegen des unterschiedlichen Ansprechens auf die Therapie nicht zu vertreten.

Die Dauer der Isolierung ist vom klinischen Ansprechen auf die Therapie, von der radiologischen sowie der mikrobiologischen Diagnostik abhängig und muss daher von einem Spezialisten, (Facharzt für Pulmologie, Facharzt für Infektiologie und Tropenmedizin oder Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) festgelegt werden.

## 4.6 Erregernachweis

Je nach Lokalisation der Erkrankung: Sputum, Bronchialsekret, Magensaft, Urin, Eiter, Liquor, Faeces, Blut, genitaler Ausfluss, Gewebematerial

Abnahme möglichst vor Verabreichung einer Therapie. Probenmaterial in ausreichender Menge, möglichst 1-2 ml oder mehr, genaue Angabe der gewünschten Untersuchung (PCR, Kultur, ZN).

## 4.7 Meldepflicht

Bei Erkrankung, Tod; für die Betreuung der Kontaktpersonen ist das Gesundheitsamt (MA 15) zuständig. Die korrekte Meldung ist dafür jedoch die Grundlage.

Meldungen von Erkrankungen an Tuberkulose sind innerhalb von drei Tagen nach Erstellung der Diagnose zu übermitteln.

Online-**Formular** „Meldung zur Bekämpfung der Tuberkulose“ (MA 15-Sonderdrucksorte 166 - Meldung gem. §§ 3, 4 und 11 des Bundesgesetzes vom 14. März 1968 zur Bekämpfung der Tuberkulose - Tuberkulosegesetz, BGBl. Nr. 127) ergeht an:

Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

E-Mail: [tuberkulosevorsorge@ma15.wien.gv.at](mailto:tuberkulosevorsorge@ma15.wien.gv.at)

Referat I/3 - Tuberkulosevorsorge

1030 Wien, Thomas Klestil-Platz 8,

Zugang: Schnirchgasse 14, Stiege 2, 2. Stock CB 15.210

Tel.: (01) 4000-87-658 oder 59

Fax: (01) 4000-99-87-991

E-Mail: [tbc0@mail15.wien.gv.at](mailto:tbc0@mail15.wien.gv.at)

Webseite: [www.gesundheitsdienst.wien.at](http://www.gesundheitsdienst.wien.at)

Bei Erkrankung, Tod; für die Betreuung der Kontaktpersonen ist das Gesundheitsamt (MA 15) zuständig. Die korrekte Meldung ist dafür jedoch die Grundlage.

Meldungen von Erkrankungen an Tuberkulose sind innerhalb von drei Tagen nach Erstellung der Diagnose zu übermitteln.

**ACHTUNG:** Bitte vor dem Absenden muss das Dokument Online gespeichert werden, da sonst die befüllten Daten unvollständig übermittelt werden. Alle Meldungen sind in **Kopie der Ärztlichen Direktion**, Abteilung Medizinischer Betrieb, mittels E-Mail ([post\\_akh\\_amb@akhwien.at](mailto:post_akh_amb@akhwien.at)) sowie an die Univ. Klinik f. Krankenhaus-hygiene u. Infektionskontrolle ([post\\_akh\\_hyg\\_kh@akhwien.at](mailto:post_akh_hyg_kh@akhwien.at)) zu übermitteln.

Bei offener TB sind zusätzlich alle Kontaktpersonen, auch die der Mitarbeiter zu nennen.

## 4.8 Übersicht über Hygiene- und Personenschutzmaßnahmen

### 4.8.1 Präambel

Da es sich bei der Tuberkulose um eine aerogen leicht übertragbare Erkrankung handelt, ist bis zur endgültigen Erregeridentifikation jeder Verdachtsfall auch als Fall anzusehen.

Die im Folgenden angeführten Maßnahmen sind daher bereits im Falle des klinischen Verdachts bis zur Bestätigung der Diagnose (*Mycobacterium tuberculosis* ja/nein mittels spezifischer PCR oder Kultur) einzuhalten und durchzuführen.

#### 4.8.2 Vorgehen und Isolierung im AKH Wien

Prinzipiell ist jede(r) Patient<sup>in</sup> mit berechtigtem Verdacht auf eine offene Lungentuberkulose in einem Einzelzimmer bis zum Eintreffen der Ziehl-Neelsen-Befunde im Sputum zu isolieren. Probengewinnung und Einsenden an 5P <http://www.meduniwien.ac.at/klinischemikrobiologie/oeffnungszeiten.html>

##### **vorübergehende räumliche Unterbringung und Patient<sup>innen</sup> Verhalten im Isolierzimmer:**

Einzelunterbringung ist erforderlich bei offener Lungentuberkulose in der Phase der Infektiosität. Als optimal anzustreben sind Isolierzimmer, die in Relation zum Vorraum (Schleuse) einen schwach negativen Luftdruck (Unterdruck von mindestens 0,03 mm H<sub>2</sub>O) und eine Luftaustauschrate von 12 x pro Stunde (mindestens jedoch 6 x /h) aufweisen. Für eine interimsmäßige Unterbringung befinden sich entsprechende Isolierzimmer auf den Bettenstationen beider Bettentürme.

**Für vorübergehend nicht transportfähige intensivpflichtige Patienten<sup>innen</sup>** mit offener Tuberkulose existiert ein entsprechendes Isolierzimmer auf der Intensivbettenstation 13H3 (DW 46430, 46440).

##### **Hinweis:**

**Im AKH Wien ist eine der Unterbringung von Patient<sup>innen</sup> mit MDR oder XDR aus strukturellen und organisatorischen Gründen nicht möglich. Patienten mit nachweislicher TB und Verdacht auf MDR- oder XDR-TB können allenfalls kurzfristig unter allen Vorsichtsmaßnahmen isoliert werden und müssen auf schnellstem Wege in eine dafür ausgerichtete Versorgungseinheit transferiert werden. Bei Verdacht auf MDR- oder XDR-TB ist umgehend das Hygieneteam und die ärztliche Direktion zu kontaktieren. Aufgrund der Möglichkeit von Koinfektionen dürfen Patient<sup>innen</sup> mit MDR-TB oder XDR-TB und normal empfindlichen Tuberkulose-Erregern nicht kohortiert werden.**

#### 4.8.3 Patient<sup>innen</sup>

Sobald andere Personen das Isolierzimmer betreten und wenn zu einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme die Isoliereinheit verlassen werden muss, ist von den Patient<sup>innen</sup> eine TB-Schutzmaske (siehe unten) zu tragen. Weiters soll eine "Hustenhygiene" praktiziert werden, d.h. dass die Patient<sup>innen</sup> auch im Isolierraum Mund und Nase mit einem Einmaltaschentuch oder Zellstoff zu bedecken haben, wenn sie husten oder niesen. Nach sofortiger Entsorgung der benutzten Taschentücher (in die schwarze Tonne) ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Bei urogenitaler und intestinaler Tuberkulose sowie bei fistelnden Tuberkuloseformen kann Einzelunterbringung erforderlich sein, wenn eine Verbreitung von Krankheitserregern zu befürchten ist (z.B. bei mangelnder Kooperation der Patient<sup>innen</sup>). Isolierte Patient<sup>innen</sup> müssen über die Mechanismen der TB-Übertragung und die Gründe ihrer Isolierung aufgeklärt werden. Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, den Patient<sup>innen</sup> die Befolgung der strengen Isolierungsvorschriften zu erleichtern. Dazu gehört die Ausstattung mit Telefon, Fernseher, Radio und die Berücksichtigung entsprechender Lebensmittelwünsche.

#### 4.8.4 Procedere bei prä- bzw. intraoperativem Verdacht auf offene TBC

Jede(r) Patient<sup>in</sup> mit einem Verdacht auf Tuberkulose muss präoperativ entsprechend abgeklärt werden (Rücksprache und Vorstellung an der Klinischen Abteilung für Pulmologie oder für Infektionen- und Tropenmedizin).

Sollte sich intraoperativ der begründete Verdacht auf eine offene TBC ergeben so gilt folgendes Procedere:

- Patient<sup>innen</sup> **NICHT** extubieren solange keine TB-Diagnostik vorliegt.
- schnellstmögliche Diagnostik durchführen
- als schnelle Orientierung über das Infektionspotential eines(r) Patient<sup>innen</sup> dient der direkte Erreger-Nachweis (zumeist Mycobacterium tuberculosis) mittels Ziehl-Neelsen Färbung
- bei Vorliegen von 3 negativen Befunden basierend auf zeitgleicher Abnahme von Sputum oder Durchführung einer BAL bzw. 1 negativen Befundes aus direkt bronchoskopisch gewonnenem Material gilt der/die Patient<sup>in</sup> als nicht infektiös.
- Probengewinnung: Für die Ausstrichuntersuchung mittels Ziehl-Neelsen Färbung sind frühestmöglich drei Proben aus Sputum oder BAL in gesonderten Behältnissen oder eine Probe eines direkt bronchoskopisch gewonnenem Material an die Klinische Abteilung für Klinische Mikrobiologie (Tel. 51610) zu entsenden  
**WICHTIG!** Jedenfalls die Klinische Abteilung für Klinische Mikrobiologie über die Dringlichkeit dieser Probe(n) zu informieren (bis 18:30 Uhr über die Leitstelle, danach Infektionsdienst über Station 18 K auspagern)  
während dieser Zeit muss der/die Patient<sup>in</sup> intubiert (je nach räumlichen Ressourcen im Aufwachraum oder im OP) bleiben; die Intubation soll die Wahrscheinlichkeit einer Weiterverbreitung der TB-Infektion unterbinden!
- im Falle einer Bestätigung sofortige Kontaktaufnahme mit dem diensthabenden Oberarzt der IBST 13H3; diese IBST verfügt über ein entsprechend technisch ausgestattetes Isolierzimmer mit relativem negativem Unterdruck für die Isolierung eines(r) Patient<sup>in</sup> mit offener TB
- sollte sich der Verdacht auf offene TB **nicht** bestätigen, kann der/die Patient<sup>in</sup> aus infektiologisch-hygienischer Sicht extubiert und im Aufwachraum weiter betreut werden  
auf die notwendigen persönlichen Schutzmaßnahmen – siehe Punkt 4.8.5. - ist zu achten.

## 4.8.5 Verhaltens- und Schutzmaßnahmen für Personal und Besucher

### 4.8.5.1 Schutzkittel

Siehe Punkt 4.9 Tabellarische Zusammenfassung der Isolierungs- und Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf bzw. bei gesicherter TB:

### 4.8.5.2 Handschuhe

Erforderlich bei offener Lungentuberkulose sowie bei möglichem Kontakt mit erregerrhaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten (Punkt 4.9)

### 4.8.5.3 Mund-Nasen-Schutz: (TB-Schutzmaske)

Die **normale chirurgische Maske** vermindert zwar die Freisetzung respiratorischer Tröpfchen, ist aber bei Durchfeuchtung und aufgrund eines mangelnden Dichtsitzes für erregerrhaltige Aerosole passierbar. **Die normale chirurgische Maske ist daher nur in Ausnahmefällen (Atemnot die das Tragen einer FFP-Maske für den Patienten unmöglich machen) zu verwenden!**

**Zur Prävention der TBC-Übertragung sind daher spezielle Masken erforderlich.**

Gutsitzende Halbmasken (Gesamtleckage < 5%) mit einem ausreichenden Abscheidegrad gemäß Schutzstufe **FFP2 S (99%) oder FFP3 (100%)**.

In Frage kommen unter anderem die Masken DELTA FFP2 S bzw. FFP3 S der Firma RACAL, Typ 8810 FFP2 S der Firma 3M oder Typ Piccola FFP 2 S (Bestell Nr. 6736512) der Firma DRÄGER (**Cave: die Masken für den /die Patient<sup>innen</sup> ohne Expirationsventil!!!**).

**Anwendung siehe Information zum Anlegen von Mund-Nasenschutzmasken (FFP2 und 3)!**

Anforderungen über Zentrallager oder Einkauf

**Bei Krankentransporten innerhalb und außerhalb des Hauses  
müssen FFP2-Masken getragen werden.**

Auf den dichten Sitz der Masken ist unbedingt zu achten. Pro Arbeitsgang bzw. Kontakt mit den Patient<sup>innen</sup> ist eine neue FFP2-Maske anzulegen und im Anschluss an die Tätigkeit zu verwerfen.

Bei resistenten Mykobakterien (MDR, XDR) sollten FFP3-Masken getragen werden. **Patient<sup>innen</sup> dürfen auf keinen Fall Masken mit Ausatemventil tragen.**

#### **ANWENDUNG BEI OFFENER LUNGENTUBERKULOSE:**

- Patient<sup>in</sup>: siehe unter räumliche Unterbringung.
- Personal und Besucher<sup>innen</sup>: Wenn bei potentiell infektiösen Patient<sup>innen</sup> Maßnahmen durchgeführt werden, bei denen mit der Freisetzung infektiöser Aerosole zu rechnen ist. Dazu gehören Bronchoskopie, Sputuminduktion, endotracheale Intubation, Absaugen, offene Abszessspülung, zahnärztliche Behandlungen, usw.

#### 4.9 Tabellarische Zusammenfassung der Isolierungs- und Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf bzw. bei gesicherter TB:

Art der Erkrankung	Übertragung	Isolierung	TB-Schutzmaske	Schutzkit-tel	Handschu- he	Dauer der Isolierung
<b>Verdacht auf offene TB</b>		<b>Ja</b>	<b>ja</b> (Patient, Personal, Besucher) zwingend erforderlich bei Aerosol-erzeugenden Eingriffen	nein	ja	Bei Bestätigung der TB siehe weiter unten;  Bei sicherem Ausschluss der TB Aufheben aller Maßnahmen.
<b>Atemwegs-TB</b>						
<b>Offen</b>	Inhalation er- regerhaltiger Aerosole	<b>Ja</b>	<b>ja</b> (Patient, Personal, Besucher <sup>innen</sup> ) zwingend erforderlich bei Aerosol-erzeugenden Eingriffen	nein	ja	bis deutliche klin. u. ra- diolog. Besserung unter Therapie und 3 negative Ziehl-Neelsen aus dem Sputum von 3 unter- schiedl. Tagen.  Bei MDR-TB während der ganzen Hospitalisie- rungsdauer
<b>Geschlossen</b>	--	<b>Nein</b>	<b>nein</b>	nein	nein	--
<b>Extrapulmonale TB</b>						
<b>Sekrete, z.B. perforierende Lymphknoten-TB</b>	Kontakt mit Sekret/Eiter	<b>ggf. *)</b>	<b>nein</b>	ja (z.B. bei Verband- wechsel)	ja	solange Erreger im Sek- ret/Eiter nachweisbar
<b>Urogenital-TB</b>	Kontakt mit Urin, Prostata- sekret, Menst- rualblut, Lo- chien	<b>ggf.</b>	<b>nein</b>	ja (z.B. bei Katheteri- sierung)	ja	solange Erregerausschei- dung nachweisbar
<b>Intestinale TB</b>	Faeces	<b>ggf.</b>	<b>nein</b>	ggf.	ja	solange Erregerausschei- dung nachweisbar
<b>Meningitis</b>	--	<b>Nein</b>	<b>nein</b>	nein	nein	--

\*) ggf.: im Einzelfall zu entscheiden, bei Unklarheiten Rücksprache mit Krankenhaushygiene



## 4.10 Desinfektion und Reinigung

### 4.10.1 Hygienische Händedesinfektion

Wie bei jedem Patient<sup>innen</sup> Kontakt ist auch bei Patient<sup>innen</sup> mit offener Lungentuberkulose Händedesinfektion erforderlich: nach direktem Kontakt mit dem/der Patient<sup>in</sup>, mit erregerhaltigem Material oder mit kontaminierten Objekten, ansonsten nach Kontakt mit erregerhaltigem Material oder kontaminierten Objekten, auch nach Ablegen der Handschuhe. Die im AKH verwendeten alkoholischen Händedesinfektionsmittel sind wirksam.

### 4.10.2 Flächen

Wischdesinfektion der Patient<sup>innen</sup> nahen Flächen, bei Bedarf auf Patient<sup>innen</sup> ferne Flächen auszudehnen. Es sind Flächendesinfektionsmittel mit ausgelobter Wirksamkeit gegen Mycobacterium sp. anzuwenden. Die aktuell im Haus vorhandenen Mittel sind im Desinfektionsplan unter „Spezielle Desinfektion bei Tuberkulose“ unter Angabe der anzuwendenden Konzentration und einzuhaltenden Einwirkungszeit angeführt.

### 4.10.3 Instrumente

Nach dem im Haus vereinbarten Standards. Manipulation mit undesinfiziertem Instrumentarium muss auf ein Minimum beschränkt bleiben! Dabei Schutzvorkehrungen beachten!

### 4.10.4 Geschirr

Patientengeschirr, das an der Station verbleibt muss in der Geschirrspülmaschine mit dem Desinfektionsprogramm aufbereitet werden. Für Geschirr, das in die Küche zurücktransportiert und dort desinfizierend gewaschen wird sind diese Vorkehrungen nicht nötig.

### 4.10.5 Wäsche

Mit erregerhaltigem Material kontaminierte Wäsche wird vorsichtig in den Wäschesack eingebracht, welcher sofort verschlossen und speziell gekennzeichnet wird. Anschließend desinfizierendes Waschverfahren in der Zentralwäscherei.

### 4.10.6 Schlussdesinfektion

Scheuerwischdesinfektion aller Flächen mit entsprechendem Flächendesinfektionsmittel (siehe 4.10.2). Die Bettwäsche ist bereits im Patient<sup>innen</sup> Zimmer vorsichtig abzuziehen.

Eine Desinfektion des Raumes durch Verdampfen oder Vernebeln von Formaldehyd oder sonstigen Desinfektionsmitteln ist nicht erforderlich.

### 4.10.7 Entsorgung

- erregerhaltiges Material und Abfall sind in die schwarzen Einmalgebinde zu entsorgen „Treteimer“ mit Pedal zum Deckel-Öffnen oder „Klappis“ (Müllsäcke mit Klappverschluss) sind ungeeignet! (Gefahr einer aerogenen Verbreitung von Erregern)
- alle zur Versorgung der Patient<sup>innen</sup> notwendigen Utensilien müssen entweder wiederaufbereitet oder entsorgt werden
- Harn und Stuhl können wie üblich entsorgt werden (thermisch desinfizierender Leibschüsselspüler).
- **Nach der Entsorgung Händedesinfektion nicht vergessen.**

## 5 ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
1.10.2008	01	Ersterstellung, erste Freigabe
1.8.2009	02	Neues Layout
14.04.2010	04	Seite 4: Änderung der E-Mail-Adresse zur Meldung Seite 6: Tragen von FFP2-Masken bei Krankentransporten
08.09.2010	05	Seite 4: Änderung Kapitel 4.7 „Meldepflicht“
09.02.2011	06	Seite 1: Mitgeltende Dokumente wurden ergänzt. Seite 2: Definitionen und epidemiologischer Hintergrund wurden aktualisiert. Seite 3: Impfung wurde gestrichen Punkt 4.8 Seite 5: Procedere bei prä- bzw. intraoperativem Verdacht auf offene TBC wurde eingefügt. Seite 9: Auswahlkriterien von Flächendesinfektionsmitteln wurden geändert und auf Basis der gültigen Reinigungs- und Desinfektionsmittelpläne gestellt
23.09.2014	07	Punkt 3: Abkürzungen ergänzt Seite 5: zwischen Punkt 4.8.2 und 4.8.3 - Regelung betreffend Patienten mit MDR oder XDR im AKH Wien Seite 5: ab 4.7 Nummernkorrektur, in der Vorversion wurde 4.8 (Impfungen) gestrichen, die chronolog. Nummernreihenfolge nicht geändert Punkt 4.8.5.1: auf 4.9 Tabellarische Zusammenfassung ... verwiesen Punkt 4.8.5.3: SAP-Nr. für FFP-Masken entfernt, Bestellmöglichkeit (Ort) angegeben
24.02.2017	08	Gesamtes Dokument der Format-Vorgabe der Direktion angepasst <b>Mitgeltende Dokumente:</b> Dienstanweisung auf <a href="#">AKH-R/57/2016</a> "Meldpflichtige Krankheiten in Österreich" vom 29.09.2016 geändert <b>Punkt 4.7:</b> Adresse u. Tel. Nr. d. Tuberkulosevorsorge aktualisiert <b>Punkt 4.8.2:</b> Vorgehen und Isolierung im AKH Wien auf „vorübergehend“ erweitert <b>Hinweis:</b> keine Kohortierung von MDR u. XDR-TB Pat. <b>Punkt 4.10.2:</b> Hinweis auf Desinfektionsplan im AKH aktualisiert