

Affenpockenvirus (monkeypox virus, MPXV)

AKH-KHH-RL 122

gültig ab: 22.07.2022

Version: 07

Seite 1 von 14

1. ANWENDUNGSBEREICH UND ZIEL:

Diese Arbeitsanweisung beschreibt das krankenhaushygienische Vorgehen bei Patient:innen mit Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem Affenpockenvirus.

Der Inhalt der Richtlinie spiegelt den aktuell gültigen Wissensstand wider, durch die sich entwickelnde Situation kann es zu inhaltlichen Änderungen kommen.

2. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN:

AKH	Allgemeines Krankenhaus	KL	Infektionskontrolle
bzw.	Beziehungsweise	LL	Klinikleitung
DW	Durchwahl	LL	Leitlinie
e.h.	eigenhändig	MA	Magistratsabteilung
FÄ	Fachärztin	MPXV	monkeypox virus
FFP	Filtering Face Piece	PCR	Polymerase chain reaction
HFK	Hygienefachkraft	RL	Richtlinie
idgF.	in der gültigen Fassung	WiGeV	Wiener Gesundheitsverbund
KHH	Univ. Klinik für Krankenhaushygiene und	WHO	World Health Organization

3. VERANTWORTLICH FÜR DAS QM-DOKUMENT:

KL

4. MITGELTENDE INFORMATION:

- Hygienerichtlinien der Univ. Klinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle (<http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene>)
- Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities, WHO 2004
- Informationsseite der AGES <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/affenpocken>
- Informationsseite des Sozialministeriums <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Humane-Affenpocken.html>
 - Affenpocken: Personenbezogene Kontroll- und Präventionsmaßnahmen
 - Informationsschreiben Labordiagnostik, Stand 02.06.2022

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
erstellt	FÄ	Ebner	22.07.2022	e.h
geprüft	QB	Diab-El Schahawi	22.07.2022	e.h
freigegeben	Stv. KL	Diab-El Schahawi	22.07.2022	e.h

- Robert Koch Institut (RKI): Allgemeine Informationen des RKI zu Affenpocken, u.a. zu Übertragung, Diagnostik und Situation in Deutschland, <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Affenpocken/Affenpocken-Ueberblick.html>
- Aussendungen der MA 15 Wien:
 - MA 15 – 1231646-2022-3 Affenpocken, Update 1, 17.06.2022
 - Erreichbarkeit der MA 15 Gesundheitsdienst der Stadt Wien

5. TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

5.1. Definition und epidemiologischer Hintergrund

Affenpocken sind eine durch Viren (Genus Orthopockenviren) verursachte Infektionskrankheit, die erstmals 1970 in der Demokratischen Republik Kongo diagnostiziert wurde. Der Erreger der Affenpocken ist eng verwandt mit dem Erreger der bereits ausgerotteten Menschenpocken. Man geht davon aus, dass Nagetiere den Ursprungswirt darstellen. Affen und Menschen gelten als Zufallswirte. Die primäre Infektion eines Menschen im Rahmen von Ausbrüchen erfolgt zumeist durch Kontakt zu infizierten Tieren bzw. "bushmeat".

Die meisten Fälle traten in west- und zentralafrikanischen Ländern auf, wobei zentralafrikanische Virusvarianten virulenter sind und häufiger zum Tod führen. Außerhalb Afrikas wurden bisher vor allem importierte Fälle durch Reiserückkehrer gemeldet.

Seit Mai 2022 treten Affenpockenfälle in Europa vermehrt auch ohne Reiseanamnese in Risikogebiete auf (z.B. im Rahmen von Sexualkontakten). Daher sollten Affenpocken auch bei Personen mit unklaren pockenähnlichen Hautläsionen differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Man geht davon aus, dass eine Zunahme an Fällen mit dem nachlassenden Schutz der nicht mehr eingesetzten Pockenschutzimpfung zusammenhängt.

5.2. Typisches Krankheitsbild

Die Erkrankung beginnt mit einer Prodromalphase mit Symptomen wie Fieber, Kopf-, Muskel- und Rückenschmerzen sowie typischerweise vergrößerte Lymphknoten. 1-3 Tage später treten Hauteffloreszenzen auf. Sie beginnen für gewöhnlich im Gesicht und breiten sich im Verlauf auf weitere Körperteile aus. ACHTUNG: die Effloreszenzen können sehr diskret sein! Das Auftreten der primären Effloreszenzen in anderen Körperregionen (z.B. Urogenital-Bereich) schließt Affenpocken jedoch nicht aus. Im Gegensatz zu den Windpocken sehen alle Effloreszenzen gleich aus. Folgen einer Erkrankung sind Narbenbildung und bei Augenbeteiligung sehr selten Erblindung.

Im Vergleich zu den 1980 eradizierten Menschenpocken verläuft die Erkrankung in der Regel mild. Die Pockenimpfung bietet einen hohen Schutz sowohl vor einer Affenpockeninfektion als auch vor einem schweren Krankheitsverlauf. Der klinische Verlauf der Krankheit ist schwerer bei Ungeimpften, Kindern, schwangeren Frauen und Immunsupprimierten.

5.3. Infektiöses Material

- Gewebe oder Ausscheidungen infizierter Tiere (v.a. Nagetiere, Affen)

- Sekrete aus Hauteffloreszenzen, Krusten, Blut, respiratorisches Sekret

5.4. Übertragung

- Kontakt mit oder Verzehr von potenziell infizierten Tieren (Nagetiere, Affen)
- Kontakt mit Körperflüssigkeiten (z.B. Sekrete aus Hauteffloreszenzen, Atemwegssekrete) oder Krusten infizierter Personen (d.h. Übertragung über Hautkontakt oder Tröpfchen)
- Kontakt mit kontaminierten Gegenständen

Eine Übertragung ist bereits in der Prodromalphase vor Auftreten der Hauteffloreszenzen möglich, z.B. im Zuge von Sexualkontakten.

5.5. Inkubationszeit

7-21 Tage, meist 10-14 Tage

5.6. Dauer der Infektiosität

Eine Ansteckungsgefahr besteht während der gesamten Krankheitsdauer (ca. 2-4 Wochen) **bis zur vollständigen Abheilung** der Hauteffloreszenzen.

Patient:innen können **im stationären Bereich** aus der Absonderung entlassen werden, **sobald alle Effloreszenzen vollständig abgeheilt sind** und aus allen ehemals positiven Untersuchungsmaterialien und aus dem Rachen negative PCR-Abstriche vorliegen.

5.7. Behördliche Falldefinition

Epidemiologische Kriterien:

Innerhalb der vergangenen 21 Tage vor Beginn der Symptome:

- Kontakt zu einem wahrscheinlichen oder bestätigten humanen Affenpockenfall
- mehrere oder anonyme Sexualpartner:innen
- Aufenthalt in einem Endemiegebiet (z.B. West- und Zentralafrika) oder in einem Gebiet, in dem eine gegenwärtige Affenpocken-Übertragung dokumentiert ist (Spanien, Portugal, Vereinigtes Königreich, Niederlande, Italien, Kanada etc., für die jeweils aktuelle Lage siehe auch ECDC Communicable Disease Threats Report (CDTR))
- Kontakt mit potenziell infizierten Tieren in oder aus betroffenen Gebieten
- Beruflich bedingte Exposition zu Pockenviren (Labortätigkeit)

Klinische Kriterien:

- **Unspezifische Symptome** (typischerweise 1-3 Tage vor Erscheinen der Hautläsionen): Fieber (> 38.5°C), Myalgie, Arthralgien, Cephalgie, Rückenschmerzen, schmerzhaftes Lymphadenopathie (lokalisiert oder generalisiert), Fatigue (Prodromalstadium)

- **Makulopapulöses oder vesikulopustulöses Exanthem (lokal oder generalisiert), möglicherweise mit Nabelung oder Schorfbildung**, welches NICHT durch eine andere Ursache erklärt werden kann (z.B. Varicellen, Syphilis, Zoster, Scharlach, Herpes Simplex oder andere Pockenvirus-Infektionen)
- **Schmerzhafte Schleimhautläsionen**, welche NICHT durch eine andere Ursache erklärt werden können

Labordiagnostische Kriterien

Für einen bestätigten Fall:

- Nachweis von Nukleinsäure des Orthopoxvirus in einer klinischen Probe mit Nukleinsäure-Amplifikationstechnik (NAAT) und Bestätigung von Affenpockenvirus durch Sequenzierung
- Nachweis von Affenpockenvirus-spezifischer Nukleinsäure mit NAAT in einer klinischen Probe

Für einen wahrscheinlichen Fall:

- Nachweis von Nukleinsäure des Orthopoxvirus in einer klinischen Probe mit Nukleinsäure-Amplifikationstechnik (NAAT)

Wahrscheinlicher Fall

Jede Person, die

- **mindestens 2 der 3 klinischen** Kriterien erfüllt

UND

- **eines** der epidemiologischen Kriterien erfüllt

ODER

- die das Laborkriterium für einen **wahrscheinlichen** Fall erfüllt.

Bestätigter Fall

Jede Person, die

- **eines** der Laborkriterien für einen **bestätigten** Fall erfüllt.

5.8. Vorgehen bei Verdachtsfällen/wahrscheinlichen/bestätigten Fällen

5.8.1. Unterbringung

Verdachtspatient:innen werden dort, wo die Verdachtsdiagnose gestellt wird, in einem eigenen Raum abgesondert und verlassen diesen nicht. Nicht vital indizierte Transporte durch das Haus dürfen nicht erfolgen. Die klinische Verdachtsdiagnose wird durch den diensthabenden Dermatologen/die diensthabende Dermatologin gestellt (Pager 81-8294).

Entlassungsfähige Patient:innen

Nach erfolgter Probenabnahme und Meldung der Verdachtsdiagnose können klinisch stabile Verdachtspatient:innen prinzipiell in Heimisolation entlassen werden. Dies sollte nur erfolgen, wenn am Wohnort eine entsprechende Absonderung von Mitbewohner:innen möglich ist (siehe Informationsblatt der MA15 im Anhang). Sollte dies nicht möglich sein, wird mit dem

Bezirksgesundheitsamt unter 01/4000/09280 bzw. außerhalb der Dienstzeiten mit dem Journaldienst der MA15 unter 01/40 00/878 90 Kontakt aufgenommen, von behördlicher Seite kann dann ein Ausweichquartier organisiert werden.

Die Entlassung nach Hause kann auf direktem Weg zu Fuß oder allein im eigenen PKW erfolgen, sofern die Anfahrt mit diesem erfolgte. Die Patient:innen müssen dabei durchgehend eine FFP2-Maske tragen. Alternativ kann ein isolierter Transport über den Rettungsdienst organisiert werden - unbedingt unter Angabe der Verdachtsdiagnose „Affenpocken“. Öffentliche Verkehrsmittel dürfen nicht genutzt werden!

Die weitere Kontaktaufnahme mit dem Patienten/der Patientin erfolgt durch die Gesundheitsbehörde. Verdachtspatient:innen werden dahingehend instruiert, im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes 1450 anzurufen bzw. telefonisch den Hausarzt/die Hausärztin zu kontaktieren. Weitere Informationen für ambulante Patient:innen finden sich im Informationsblatt der MA15 (siehe Anhang).

Ist eine Entlassung aus medizinischen Gründen nicht möglich, werden Verdachtspatient:innen nach telefonischer Rücksprache mittels infektiösem Rettungstransport zur weiteren Abklärung an die 4. Medizinische Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums Favoriten transferiert (diensthabende/r OA/OÄ erreichbar unter 01/60191/72444). Eine stationäre Weiterbetreuung ist im AKH Wien nicht vorgesehen.

Sollte eine Versorgung von Patient:innen mit Affenpockeninfektionen im AKH aus unvorhersehbaren Gründen dennoch notwendig werden, erfolgt eine Absonderung im Einzelzimmer mit Schleuse und eigener Nasszelle – Disposition durch den Diensthabenden Oberarzt/die diensthabende Oberärztin der Univ. Klinik für Dermatologie oder den Infektionsdienst der Univ. Klinik für Innere Medizin I (Pager 81-2500 bis 16.00, dann über 44850).

Die Türen sind durchgehend geschlossen zu halten, um die Funktion der Schleuse sicherzustellen.

Die Anzahl der Mitarbeiter:innen, die die betroffenen Patient:innen betreuen, soll möglichst gering gehalten werden.

5.8.2. Persönliche Schutzausrüstung

Bei jeglichem Kontakt mit (Verdachts-)Patient:innen muss die folgende persönliche Schutzausrüstung angelegt werden:

- Flüssigkeitsdichter Schutzkittel
- Einmalschürze
- Schutzhaube, Schutzbrille
- FFP2-Maske (FFP3 bei aerosolbildenden Maßnahmen)
 - Maske nach Kontaktende werfen!
- Einmalhandschuhe

Anlegen und Ablegen der Schutzausrüstung wird im Anhang der HRL 102 „Respiratorische Infektionen“ ausführlich und mit Bebilderung beschrieben.

5.8.3. Desinfektion und Reinigung

Es handelt sich um behülltes Virus. Alle Desinfektionsmittel mit zumindest begrenzt viruzider Wirksamkeit können eingesetzt werden.

Im AKH Wien wird die Desinfektion von Räumen, in denen sich infizierte Personen oder Verdachtspersonen aufgehalten haben, grundsätzlich von Mitarbeiter:innen der Zentraldesinfektion übernommen (Kontaktaufnahme unter Pager 81-3322). Für die dermatologische Ambulanz 7J gibt es ein gesondertes Vorgehen.

Bis zur Aufbereitung müssen besagte Räume entsprechend gekennzeichnet und versperrt werden und dürfen nicht genutzt werden. Mit längeren Standzeiten ist u.U. zu rechnen.

Nach Abtransport der Patient:innen müssen alle betroffenen Bereiche, Arbeitsmittel und Geräte (sofern keine Einmalartikel) vor der Wiederbenutzung durch Desinfektionsassistent:innen (Zentraldesinfektion) desinfiziert werden. Eine Ansprechperson des Fachbereiches muss für Rückfragen erreichbar sein.

Die Schlussdesinfektion nach Patient:innentransferierung darf nur durch geschultes Personal bzw. Desinfektionsassistent:innen (Zentraldesinfektion) durchgeführt werden. Die nachfolgende Grundreinigung erfolgt durch das Reinigungspersonal.

5.8.4. Abfall, Wäsche

Abfälle, die potentiell mit dem Affenpockenvirus kontaminiert sind, sind folgendermaßen zu sammeln und zu entsorgen:

- Verständigung der Abfallbeauftragten (DW 94650) und der Abteilung Entsorgungstechnik (DW 94730 oder 94000) zur Einleitung der begleitenden Maßnahmen (Bereitstellung von schwarzen runden Gebinde mit UN Kennzeichnung)
- Potentiell kontaminierte Abfälle werden in den runden schwarzen Einmalgebinden gesammelt
- Nach der Befüllung werden die Gebinde noch im Patient:innenzimmer/Schleuse verschlossen und wischdesinfiziert.
- Am schwarzen Einmalgebinde sind folgende Kennzeichnungen anzubringen:
 - Kostenstellenaufkleber
 - „Gelber Aufkleber“
- Transport der Gebinde durch das Transportpersonal auf Ebene 4 zum Übernahmeraum der Kat. 1 Gebinde und Übergabe mit dem Hinweis der Herkunft

Es sind ausschließlich Einmalmaterialien (inkl. Geschirr) zu verwenden.

Bettwäsche, Wäsche der Patient*innen sowie weitere Gegenstände, die im Rahmen der Desinfektionsmaßnahmen entsorgt werden, sind in runden, schwarzen Einmalgebinden zu sammeln. Diese werden anschließend dicht verschlossen und entsprechend wischdesinfiziert.

Kostenstellenaufkleber und gelber Aufkleber sind anzubringen. Die runden, schwarzen Einmalgebinde werden auf Ebene 4 zum Übernahmeraum der Kat. 1 Gebinde transportiert und mit dem Hinweis der Herkunft übergeben. Matratze und Bett werden fachgerecht durch Mitarbeiter:innen der Zentraldesinfektion behandelt und aufbereitet. Das Patient:innenbett wird durch die MA der Zentraldesinfektion aus dem Zimmer entfernt.

Gebrauchte Wäsche soll vorsichtig versorgt und nach Möglichkeit nicht geschüttelt werden, um eine Verteilung von infektiösem Material zu vermeiden.

5.9. Labordiagnostischer Erregernachweis

Sofern ein hochgradiger Verdacht auf eine Infektion mit Affenpocken vorliegt, sollen ausschließlich Materialien zum Nachweis von Affenpocken gewonnen werden. Die differentialdiagnostische Abklärung anderer viraler oder bakterieller Infektionen (Herpes simplex, VZV etc.) erfolgt erst nach Ausschluss.

Sofern dringend zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden müssen, muss vor Probenversand Rücksprache mit dem jeweiligen Labor gehalten werden.

5.9.1. Material

- PCR aus Bläscheninhalt, Bläschenabstrich, Krusten
- Rachenabstrich (insbesondere bei fieberhaften Kontaktpersonen vor Auftreten von Pusteln)
- ggf. auch aus Blut und anderen Körperflüssigkeiten

Die Materialgewinnung erfolgt unmittelbar nach Stellen der Verdachtsdiagnose durch die/den Dermatolog:in. Die Zahl der Kontaktpersonen soll möglichst geringgehalten werden.

5.9.2. Durchführende Labors

Die PCR-Untersuchung wird aktuell von folgenden Stellen durchgeführt (alle Proben müssen telefonisch vorangekündigt werden):

- Medizinische Universität Wien
Zentrum für Virologie
+43 (0)1 40160 - 65517
virologie@meduniwien.ac.at

Probenannahme: Montag-Donnerstag 8:00-15:30, Freitag 8:00-15:00 Uhr

- AGES Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien
Währingerstraße 25a, 1090 Wien
+43 50 555-37111
humanmed.wien@ages.at

Probenannahme: 24/7 Probenannahmestelle (vor allem für Probenabgabe an Wochenenden und Feiertagen)

5.9.3. Probentransport

Verdachtsfälle:

Der Probentransport erfolgt gemäß **UN3373** Infektiöse Substanz, **Kategorie B** in einer Verpackung, die aus folgenden drei Bestandteilen besteht:

1. Bruchsicheres flüssigkeitsdichtes Primärgefäß mit flüssigkeitsaufsaugender Umhüllung (z.B. Zellstoff).
2. Sekundärverpackung (flüssigkeitsdicht verschlossenes, bruchsicheres starres festes Plastikaußengefäß oder druckgeprüften Versandbeutel)
3. Außenverpackung (Transportkarton) mit Kennzeichnung „Biologischer Stoff, Kategorie B“ sowie UN3373 Aufkleber

Entsprechende Verpackungen können beispielsweise unter der SAP Nummer 40055299 (TNT Transportverpackung PI 650 19863, Anmerkung: Für UN3373, Karton inkl. Medpak Pathoseal Pouch A5) bezogen werden.

Name und Telefonnummer der Station muss auf dem Paket vermerkt sein. Die Proben dürfen nur entsprechend verpackt die Station verlassen.

Bestätigte Fälle:

Der Probentransport erfolgt gemäß **UN2814** Infektiöse Substanz, **Kategorie A**.

Auch hier ist die Verpackung aus (mindestens) drei Bestandteilen zusammengesetzt. Die wesentlichen Unterschiede bestehen in Bezug auf die Stabilität des verwendeten Verpackungsmaterials, den Abmessungen sowie erhöhten Prüfanforderungen an das Material.

1. Bruchsicheres flüssigkeitsdichtes Primärgefäß mit flüssigkeitsaufsaugender Umhüllung (z.B. Zellstoff). Der Verschluss muss zusätzlich mit Parafilm/Klebestreifen gesichert werden. Idealweise wird die Probe (Primärgefäß) in ein Überraehrchen gegeben, um eine Mehrwegnutzung der Sekundärverpackung zu ermöglichen.
2. Sekundärverpackung (flüssigkeitsdicht verschlossenes, bruchsicheres starres festes Plastikaußengefäß oder druckgeprüften Versandbeutel)
3. Außenverpackung (Transportkarton) mit gefahrgutrechtlicher Kennzeichnung für Infektiöse Stoffe (Klasse 6.2.), sowie UN2814

Name und Telefonnummer der Station muss auf dem Paket vermerkt sein. Die Proben dürfen nur entsprechend verpackt die Station verlassen.

Entsprechende Verpackungen sind im Zentralen Probenversand auf Ebene 3 erhältlich. MO-DO 11:30 - 15:30, FR 10:00- 13:00. In weiterer Folge sollten diese auch per SAP bestellt werden können.

Für den weiteren Versand der Proben wird der zentrale Probenversand unter 97750 oder 97760 kontaktiert (Öffnungszeiten siehe oben). Außerhalb der Öffnungszeiten kann das Gefahrgutbeauftragtenteam (Dienstzeiten 08:00-16:00 Uhr) kontaktiert werden (zu finden im Intranet unter AKH-Intranet > Wissen > Informationen > Gefahrgut > Probenversand > Probenversandstelle).

5.10. Therapie

Die Therapie erfolgt in erster Linie symptomatisch. Wichtig ist v.a. die Prävention bakterieller Superinfektionen. Das in der Europäischen Union zugelassene Medikament Tecovirimat kann zur Therapie eingesetzt werden, ist bislang aber nicht breit verfügbar. Eine stationäre Versorgung von Patient:innen mit Affenpockeninfektionen ist im AKH Wien nicht vorgesehen.

5.11. Schutzimpfung

Der Pockenimpfstoff schützt zu ca. 85% auch vor Affenpocken.

In der EU ist für Personen ab 18 Jahren der Pockenimpfstoff Imvanex® (modifiziertes Vacciniavirus Ankara, lebend) zugelassen, der im Vergleich zu älteren Pockenimpfstoffen besser verträglich ist. Er wird in zwei Dosen verabreicht und kann gegebenenfalls als Postexpositionsprophylaxe bei Hochrisikokontakten eingesetzt werden. Der Impfstoff kann aktuell nicht über die Anstaltsapotheke bezogen werden, die Indikationsstellung erfolgt ausschließlich durch die MA15.

5.12. Meldepflicht

Bei Verdachtsfällen sofortige Kontaktaufnahme mit der Ärztlichen Direktion (DW 61164) und der Krankenhaushygiene (DW 19040).

Verdachts-, Erkrankungs-, und Todesfälle sind meldepflichtig (Meldung im AKIM über den Button „Dokument“ > „Meldung Epidemiegesetz“: Eingabe als Freitext bzw. mittels Formular „Melde- und Anzeigepflicht, Anzeige nach Epidemiegesetz 1950 für behandelnde Ärzte“)

5.13. Umgang mit Kontaktpersonen

5.13.1. Definition von Kontaktpersonen

Kontaktpersonen (KP) sind alle Personen mit direktem oder indirektem Kontakt zu einem wahrscheinlichen oder bestätigten Affenpockenfall während der Zeitperiode der Ansteckungsfähigkeit. Die Ansteckungsfähigkeit besteht vom Zeitpunkt des Symptombeginns bis zur vollständigen Abheilung der Krusten.

5.13.2. Einstufung des Kontaktes

Anhand der Art und der Intensität des Kontaktes mit dem symptomatischen Affenpockenfall kann das Risiko einer Ansteckung eingeordnet werden. Das höchste Ansteckungsrisiko besteht bei einem Typ I-Kontakt.

- **Typ I-Kontakt (Hochrisikokontakt)**

Direkter Kontakt mit Hautläsionen (alle Stadien, inklusive Krusten) oder Schleimhäuten eines symptomatischen Affenpockenfalles, dessen Körperflüssigkeiten oder zu potenziell infektiösem Material

Dazu zählen:

- Sexualpartner:innen
- Personen, die Atemwegssekret-Tröpfchen oder aufgewirbelten, virusbelasteten Staub (z.B. beim Reinigen von kontaminierten Räumen) eingeatmet haben
- Haushaltskontakte oder Ähnliches (z.B. Übernachtung im selben Raum)
- Hautkontakt mit geteilter Kleidung, Bettwäsche oder geteilten Gebrauchsgegenständen (einschließlich Gegenstände am Arbeitsplatz)
- Personen mit Hautverletzungen durch geteilte scharfe Gegenstände (z.B. Nadel, Klinge)
- Passagiere von Flugzeugen, Bussen, Zügen etc. in unmittelbarer Nachbarschaft und ≥ 8 Stunden Dauer

- **Typ II-Kontakt**

Alle anderen Kontakte:

- Kurze, soziale Kontakte
- Arbeitskolleg:innen, die sich kein Büro teilen
- Kurze Aufenthalte im Fitness-Studio, Sauna, Bad oder Ähnliches ohne sexuellen Kontakt
- Personen mit adäquater Persönlicher Schutzausrüstung (FFP2- oder höherwertige Maske, langärmelige Schutzmäntel, Schutzbrille und Handschuhe)

5.13.3. Empfohlenes Vorgehen bei Kontaktpatient:innen im Krankenhaus

Falls Patient:innen im Krankenhaus Affenpocken entwickeln, müssen alle Kontaktpersonen für 21 Tage nach Letztkontakt im Einzelzimmer abgesondert bzw. kohortiert und nur unter Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung wie bei infizierten Personen versorgt werden.

Abfälle, die bei der Behandlung einer Kontaktperson entstehen, können als normaler Spitalsabfall im grauen Abfallsack, bzw. verletzungsgefährliche Abfälle im gelben Sharp entsorgt werden. Bei der Behandlung der Wäsche müssen keine besonderen Maßnahmen beachtet werden.

Bei Auftreten von Symptomen wird umgehend Material zum Erregernachweis gewonnen.

WICHTIG: Alle Kontaktpersonen müssen unter Angabe von Name, Geburtsdatum, Telefonnummer und E-Mail-Adresse per Mail an die Gesundheitsbehörde (bga09@ma15.wien.gv.at und epidemievorsorge@ma15.wien.gv.at, bzw. an journal@ma15.wien.gv.at am Wochenende und an Feiertagen), sowie an die ADR und die KHH gemeldet werden.

6. ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
25.05.2022	01	Ersterstellung
30.05.2022	02	<ul style="list-style-type: none"> • Punkte 5.3. „Infektiöses Material“ und 5.4. „Übertragung“ spezifiziert (Krusten ergänzt) • Punkt 5.5. „Dauer der Infektiosität“ angepasst • Punkt 5.9.2. „Durchführende Labors“ aktualisiert (AGES ergänzt) • Punkt 5.10. „Therapie“ modifiziert • Punkt 5.11. „Schutzimpfung“ genauer ausgeführt • Punkt 5.12. „Meldepflicht“ aktualisiert
07.06.2022	03	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 5.9.2. „Durchführende Labors“ Probenannahmezeiten AGES aktualisiert; Veterinärmedizinische Universität Wien entfernt • Punkt 5.9.3. „Probentransport“ aktualisiert (Verdacht: UN 3373, Biologischer Stoff, Kategorie B; Bestätigter Fall: UN 2814, Biologischer Stoff, Kategorie A)
28.06.2022	04	<ul style="list-style-type: none"> • Punkt 5.7. „Behördliche Faldefinition“ aktualisiert • Punkt 5.8. „Vorgehen bei Verdachtsfällen/wahrscheinlichen/bestätigten Fällen“ aktualisiert (Entlassung in Heimquarantäne möglich) • Ergänzung Informationsblatt MA15 im Anhang
08.07.2022	05	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung Desinfektionsmaßnahmen • Ergänzung Meldung von Kontaktpersonen

		<ul style="list-style-type: none">• Ergänzung Tabelle Maßnahmen bei Verdachtsfällen
19.07.2022	06	<ul style="list-style-type: none">• Anpassung der mitgeltenden Dokumente
22.07.2022	07	<ul style="list-style-type: none">• Entsorgung von Abfällen angepasst

7. ANHANG

Patient:innen-Informationsblatt der MA15

Informationsblatt liegt ebenfalls im Original in der dermatologischen Ambulanz auf

Affenpocken Informationsblatt

WAS SIND AFFENPOCKEN?

Affenpocken ist eine meldepflichtige Virus-Erkrankung. Dieses Virus ist eng verwandt mit den echten Pocken, die durch eine weltweite konsequente Impfkampagne bis 1977 ausgerottet wurden. Im Menschen können die Viren eine den echten Pocken ähnliche Erkrankung auslösen. Tödliche Verläufe sind im Gegensatz zu den echten Pocken bei Affenpocken selten. Als besonders gefährdet für einen schweren Verlauf gelten immungeschwächte Personen, Schwangere und Kinder.

WIE KANN MAN SICH ANSTECKEN?

In West- und Zentralafrika erfolgt die Übertragung v.a. über infizierte Tiere (Nager und Affen). Die Übertragung von Mensch zu Mensch kann durch Kontakt mit den infektiösen Hautläsionen, über die Schleimhäute durch Sprechen, Husten, Niesen bei engem und längerem Kontakt und durch Körperflüssigkeiten z.B. bei Sexualkontakten erfolgen. Auch durch Benutzen gleicher Wäsche, Hygieneartikel oder Bürotensilien oder Einatmen von virusbelastetem Staub, kann eine Übertragung erfolgen.

WAS SIND DIE SYMPTOME?

Nach 5 bis 14 Tagen, spätestens nach 21 Tagen, treten die ersten Symptome auf. Dazu zählen Fieber, allgemeine Erschöpfung, Kopf- und Gliederschmerzen, Magen- Darmbeschwerden und eine oft schmerzhafte Schwellung der Lymphknoten. Nach weiteren 1 bis 3 Tagen kommt es zu sich ausbreitenden Hautveränderungen (zunächst Flecken, dann Knötchen und schließlich Bläschen, die verschorfen und unter Abfallen des Schorfs abheilen). Die oftmals nur diskreten Hauterscheinungen können schmerzen und jucken. Auch im Genitalbereich kann es zu sehr schmerzhaften, offenen Stellen kommen. Alle Hauterscheinungen sind bis zum Abfall des Schorfs infektiös.

WIE ERFOLGT DIE DIAGNOSE VON AFFENPOCKEN?

Mittels Abstrich aus den Hautveränderungen oder Rachenschleimhaut kann mit der PCR-Methode im Speziallabor das Virus nachgewiesen werden. Die Abstrich Entnahme erfolgt von medizinischem Personal unter Schutzmaßnahmen.

GIBT ES EINE IMPFUNG ODER MEDIKAMENTE GEGEN AFFENPOCKEN?

Die Therapie erfolgt symptomatisch. Bei schweren Verläufen steht ein antivirales Arzneimittel zur Verfügung. Die bis 1980 verabreichte Pocken-Impfung schützt bereits geimpfte Personen zu etwa 85 %. Ein neuartiger Impfstoff, der für Kontaktpersonen eingesetzt werden kann, sollte demnächst erhältlich sein.

WIE SOLLEN SICH KONTAKTPERSONEN UND ERKRANKTE PERSONEN VERHALTEN?

Symptomatische Personen, die Kontakt zu einem Affenpockenfall hatten, müssen sich sofort absondern und 1450 kontaktieren. Mit Affenpocken nachweislich Infizierte müssen so lange abgesondert bleiben, bis der letzte Schorf abgefallen ist.

Die behördliche Absonderung endet mit einer abschließenden fachärztlichen Begutachtung nach etwa 3-4 Wochen. Kontaktpersonen von Affenpockenfällen müssen sich 21 Tage lang selbst überwachen, d.h. auf das Auftreten von Fieber, Kopf- oder Gliederschmerzen, Lymphknotenschwellungen und beginnende Hautausschläge achten und täglich die Gesundheitsbehörde über ihren Gesundheitszustand informieren. Körperliche und insbesondere auch sexuelle Kontakte (das gilt auch für geschützte sexuelle Kontakte) sollten in dieser Zeit vermieden werden. Es sind Kontakte zu immungeschwächten Personen, Kindern, Schwangeren und auch Haustieren zu vermeiden.

AN WEN KÖNNEN SIE SICH BEI ALLGEMEINEN FRAGEN ZU AFFENPOCKEN WENDEN?

Wiener Gesundheitsberatung – das Gesundheitstelefon der Stadt Wien ist unter **1450** rund um die Uhr erreichbar.

Verhaltensmaßnahmen für an Affenpocken erkrankte Personen in der Absonderung

WAS MUSS BEACHTET WERDEN UM ANSTECKUNGEN ZU VERMEIDEN?

- Beschränken Sie den Kontakt zu Mitmenschen auf das Mindeste! Wenn unvermeidbar, sollte ein Abstand von mindestens 2m eingehalten werden. (Verzichten Sie auf jeglichen Körperkontakt)
- Trennen Sie sich weitestgehend räumlich von Ihren Mitbewohnern (eigenes Zimmer)
- Tragen Sie eine FFP2-Maske, wenn Sie Ihr Zimmer verlassen
- Bedecken Sie Hautläsionen vollständig (Verband/ Bekleidung)
- Verzichten Sie auf Kontakt zu Ihrem Haustier (Übertragbarkeit nicht ausgeschlossen)
- Waschen Sie Ihre Hände regelmäßig mit Seife und Wasser
- Teilen Sie keine Gegenstände (z.B. Handtücher, Geschirr) mit anderen Haushaltsmitgliedern
- Desinfizieren Sie die Oberflächen von Bad/Toilette nach jeder Benutzung
- Verwenden Sie ein Flächendesinfektionsmittel, das virenabtötend wirkt.
- Reinigen Sie benutzte Oberflächen täglich (Türschnallen, Tische, Smartphones, etc.)
- Verwenden Sie Wäsche, die Sie auf mind. 60°C waschen können oder verwenden Sie einen Hygienespüler mit virenabtötender Wirkung
- Kontaminierten Abfall entsorgen Sie gut verschlossen im Restmüll

WIE ERFOLGT DIE AUFHEBUNG DER ABSONDERUNG?

Die Absonderung dauert so lange, bis gewährleistet werden kann, dass keine Infektionsgefahr mehr von Ihnen ausgeht. Dies ist gegeben, wenn alle Schorfe und Krusten abgefallen und die Wunden abgeheilt sind. Sie beträgt mindestens 21 Tage, in manchen Fällen auch bis zu 28 Tage nach Symptombeginn. Gemeinsam mit den behandelnden Ärzt*innen wurde in Ihrem Bescheid ein Datum zur Begutachtung festgelegt. Wenn bei diesem Termin die Ärztin bzw. der Arzt keine Einwände gegen die Aufhebung der Absonderung hat, ist der Bescheid automatisch aufgehoben und Ihre Absonderung beendet.

BEHÖRDLICHE SCHLUSSDESINFEKTION?

Nach erfolgter Aufhebung der Absonderung wird mit Ihnen ein Termin für eine behördliche Schlussdesinfektion in Ihrer Wohnung vereinbart.

Weitere Empfehlungen: Da nicht auszuschließen ist, dass Körperflüssigkeiten auch nach der Aufhebung der Absonderung infektiös sein könnten (z.B. Sperma), wird die Benutzung von Kondomen und anderen Vorkehrungen für 3 Monate empfohlen.

AN WEN KÖNNEN SIE SICH BEI ALLGEMEINEN FRAGEN ZU AFFENPOCKEN WENDEN?

Wiener Gesundheitsberatung – Das Gesundheitstelefon der Stadt Wien ist unter **1450** rund um die Uhr erreichbar.

Vorgehen bei Affenpocken-(Verdachts-)Patient:innen im stationären Bereich

Patient:in	Streng isoliert im Schleusenzimmer	
	Aufgeklärt	
	Mund-Nasenschutz (FFP2 Maske)	
	Umgang mit Mund-Nasenschutz erklärt	
Personal	Händedesinfektion (siehe RL 1-4 der Händehygiene und 5 Momente der Händehygiene)	
	Schutzkleidung: <ul style="list-style-type: none"> • FFP2-Maske (bei aerosolgenerierenden Maßnahmen FFP3-Maske) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Muss bei Verlassen des Zimmers mit der restlichen PSA abgeworfen werden • Einmalhandschuhe • Einmalschutzkittel, Einmalschürze • Haube • Schutzbrille, ggf. Visier 	
Patient:innenzimmer	Isolierzimmer mit Sanitär- und Schleusenvorraum	
Desinfektion	Tägliche Flächendesinfektion laut Desinfektionsplan Klinischer Bereich	
	Schlussdesinfektion durch Mitarbeiter:innen der Zentraldesinfektion	
Utensilien	Vorzugsweise Einmalprodukte verwenden	
	Verständigung des Abfallbeauftragten (DW 94650) und der Abteilung Entsorgungstechnik (DW 94730 oder 94000)	
	Potentiell kontaminierte Abfälle im schwarzen runden Einmalgebinde sammeln	
	Nach Befüllung werden die Gebinde noch im Patient:innenzimmer /Schleuse verschlossen und wischdesinfiziert	
	Kennzeichnung: Kostenstellenaufkleber, „gelber Aufkleber“	
	Transport der Gebinde durch das Transportpersonal auf Ebene 4 zum Übernahmerraum der Kat. 1 Gebinde und Übergabe mit dem Hinweis der Herkunft	
Patient:innentransport	Wischdesinfizierbare Überzüge für Matratzen verwenden	
	Bettwäsche, Patient:innengeschirr, weitere Gegenstände im schwarzen eckigen Einmalgebinde sammeln und anschließend nach Rücksprache mit Abfallbeauftragten entsorgen	
	Medizinische Geräte patient:innenbezogen verwenden und unmittelbar nach Gebrauch desinfizieren	
Patient:innentransport	Nur bei dringender Indikation und nach Information der empfangenden Stelle	
	FFP2-Maske ohne Ventil für Patient*in, alle Läsionen vollständig abgedeckt, Schutzkleidung inkl. FFP2-Maske für Transporteur*in	
Diagnostik	Material (Bläscheninhalt/-abstrich, Krusten, Rachenabstrich) wird durch Dermatologie gewonnen, Versand gemäß UN3373 Infektiöse Substanz, Kategorie B erfolgt in dreifacher Verpackung über zentralen Probenversand	
Besucher:innen	Werden bis zum Ausschluss der Diagnose nicht zugelassen	
Meldepflicht	Meldung an die zuständige Behörde nach Epidemiegesetz über AKIM	
	Meldung an die ärztliche Direktion und KHH	
	Meldung aller Kontaktpersonen an bga09@ma15.wien.gv.at und epidemievorsorge@ma15.wien.gv.at bzw. an journal@ma15.wien.gv.at (Wochenende und Feiertage) durch die KHH (Patient:innen) bzw. durch die jeweiligen Bereiche (Personal)	
Information	Patient*in und Mitarbeiter:innen (inkl. Ärzt:innen, Pflegepersonen, Physiotherapeut:innen, Reinigungspersonal, etc.) müssen über die notwendigen Hygienemaßnahmen informiert sein.	