

SOP Hygienemaßnahmen im Umgang mit hochpathogenen Infektionskrankheiten – High Consequence Infectious Diseases (HCID)

1	Ziel und Zweck	2
2	Geltungsbereich	2
3	Inhalt	2
3.1	Definition	2
3.2	Leitsymptome	2
3.2.1	Frühphase (unspezifisch).....	2
3.2.2	Spätphase (schwere Verläufe).....	2
3.3	Kriterien für eine Hochrisikoexposition	2
3.4	Kriterien für eine Niedrigrisikoexposition.....	3
3.5	Virale Erreger, Übertragungswege und Risikogruppen.....	3
3.6	Bakterielle Erreger, Übertragungswege und Risikogruppen	4
3.7	Übertragungswege im Detail	4
3.8	Vorgehen bei Verdacht	5
3.9	Meldepflicht	5
3.10	Erweiterte Hygienemaßnahmen bei Erstkontakt bis zum Transfer in ein Spezialzentrum.....	6
3.11	Entsorgung von potentiell infektiösem Material.....	7
3.12	Labororganisation und Sicherheitsmaßnahmen	7
3.12.1	Risikoeinstufung für das Labor.....	7
3.12.2	Weiteres Vorgehen je nach Risikoeinstufung	8
3.12.3	Probentransport (Verdachtsfall mit Hochrisikoexposition)	8
3.12.4	Probenabarbeitung (Verdachtsfall mit Hochrisikoexposition).....	8
3.13	Maßnahmen bei Todesfall.....	9
3.14	Umgang mit dem Leichnam eines bestätigten HCID-Falls:	9
3.15	Impfungen	10
4	Mitgeltende Dokumente	10
5	Literatur	10
6	Aktuelle Informationen zu Ausbruchsgeschehen	11
7	Abkürzungsverzeichnis	11
8	Anhang	12

Erstellt: Name, Vorname Hygieneteam	Geprüft: Name, Vorname -	Freigegeben: Name, Vorname - -
Datum 23.03.2026	Datum -	Datum - -

1 Ziel und Zweck

Diese SOP beschreibt die hygienisch korrekte Vorgehensweise bei Verdacht, Erkrankung oder bei einem Todesfall durch hochpathogene Infektionskrankheiten, sogenannte High Consequence Infectious Diseases (HCID).

2 Geltungsbereich

Universitätsklinikum St. Pölten

3 Inhalt

3.1 Definition

High Consequence Infectious Diseases sind seltene, hochpathogene Infektionskrankheiten, die aufgrund ihres schweren klinischen Verlaufs und ihrer epidemiologischen Bedeutung besondere Anforderungen an den Infektionsschutz stellen. Sie erfordern umfassende und spezifische Hygienemaßnahmen, um eine Ausbreitung im medizinischen Umfeld und in der Bevölkerung zu verhindern.

Zur Gruppe der HCID zählen sowohl virale hämorrhagische Fieber als auch bestimmte bakterielle Infektionen.

Charakteristische Merkmale dieser Erkrankungen sind:

- Hohe Letalität auch bei immunkompetenten Personen
- Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch (hauptsächlich über Körperflüssigkeiten)
- Keine oder limitierte Therapie- oder Impfoptionen
- Erreger der Risikogruppe 3 oder 4 (Biostoffverordnung, TRBA 100: Schutzmaßnahmen für Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in Laboratorien)

3.2 Leitsymptome

3.2.1 Frühphase (unspezifisch)

- Hohes Fieber
- Krankheitsgefühl, Schwäche, Myalgien
- Kopfschmerzen
- Husten, Halsschmerzen
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- Exantheme

3.2.2 Spätphase (schwere Verläufe)

- Hämorrhagische Symptome: Petechien, Hämatome, Schleimhautblutungen
- Multiorganversagen, Schock
- Neurologische Symptome: Vigilanzminderung, Delir, Koma

Da die Symptome oft unspezifisch sind, ist eine Kombination aus Symptomen und passender Reiseanamnese wichtig. (Geographische Verbreitung siehe *Anhang, Punkt 8*)

Das Zeitfenster der Inkubation beträgt für die meisten HCID maximal 21 Tage (in seltenen Fällen bis zu 60 Tage).

3.3 Kriterien für eine Hochrisikoexposition

Verdacht auf HCID besteht bei passender Symptomatik **UND** mindestens einer der folgenden Punkte in den letzten 21 Tagen:

- Aufenthalt in Endemiegebieten ≤ 21 Tage vor Symptombeginn (*Informationen zu aktuellen Ausbruchsgeschehen und Endemiegebieten siehe Anhang, Punkt 6 und 8*)
- Enger Kontakt zu Erkrankten (< 1 m) ohne entsprechende persönliche Schutzausrüstung
- Direkter Kontakt mit infektiösem Material eines wahrscheinlichen oder bestätigten HCID-Falls
- Perkutane Verletzung mit kontaminierten Gegenständen (z. B. Nadelstichverletzung)
- Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten, Geweben oder Laborproben von Erkrankten oder Verstorbenen

- Ungeschützter sexueller Kontakt mit einem zuvor Erkrankten bis drei Monate nach Genesung
- Teilnahme an rituellen Beerdigungen mit direktem Kontakt mit sterblichen Überresten
- Aufenthalt in medizinischen Einrichtungen mit unsicherer Infektionskontrolle
- Kontakt zu Fledermäusen, Nagetieren, Primaten oder Buschantilopen (lebend oder tot) bzw. Besichtigung von Höhlen oder Minen sowie Süßwasserkontakte
- Zeckenstiche/Insektenbisse
- Verzehr von „Buschfleisch“ oder Palmsaft

3.4 Kriterien für eine Niedrigrisikoexposition

Beiläufiger Kontakt mit einer Person, auf die die epidemiologischen Kriterien zutreffen, die zum Zeitpunkt des Kontakts Fieber ohne andere klinische Symptome (siehe oben) hatte.

Beiläufiger Kontakt ist beispielsweise der Aufenthalt im selben Warteraum oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

3.5 Virale Erreger, Übertragungswege und Risikogruppen

Im Folgenden sind die wichtigsten viralen Erreger hämorrhagischer Fieber aufgeführt, mit ihrer Virusfamilie, Hauptübertragungswegen und Risikogruppen (RG) gemäß TRBA 100.

RG 3: schwere Krankheiten möglich, Schutzmaßnahmen erforderlich

RG 4: schwere Krankheiten, hohe Letalität, keine spezifische Behandlung möglich, höchste Schutzstufe notwendig (Sonderisolierung in Spezialzentrum Wien Klinik Favoriten, 4. Medizinische Abteilung)

Virusfamilie	Erreger	Hauptübertragungsweg	Mensch zu Mensch Übertragung	Risiko- gruppe
Arenaviren	Chapare-Virus	Kontakt, Aerosole möglich	Ja	4
	Guanarito-Virus		Nicht belegt	
	Junin-Virus		Ja, selten	
	Lassavirus		Ja	
	Lujo-Virus			
	Machupo-Virus			
Sabia-Virus	Ja, selten			
Bunyaviren	Heartland-Virus	Zecken	Nicht belegt	3
	SFTS-Virus (Schweres-Fieber-mit-Thrombozytopenie-Syndrom)		Ja, selten	
	Krim-Kongo-Fieber-Virus (CCHFV)	Zecken, Kontakt (Blut von Tieren und Menschen)	Ja	4
Coronaviren	MERS-CoV	Zoonotisch (Dromedare), Aerosole möglich	Ja	3
	SARS-CoV-1	Tröpfchen, Aerosole, Kontakt	Ja	
Filoviren	Bundibugyo-Ebolavirus	Kontakt, Zoonotisch (Flughunde, Primaten oder deren Blut bzw. „Buschfleisch“)	Ja	4
	Marburgvirus			
	Rawnvirus			
	Sudan-Ebolavirus			
	Tai-Forest-Ebolavirus			
Zaire-Ebolavirus				
Flaviviren	Alkhumra-Virus	Zecken, Zoonotisch (diverse infizierte Tiere bzw. deren Blut)	Nein	3
	Kyasanur-Forest-Krankheit-Virus			
	Omsk-hämorrhagisches-Fieber-Virus			

3.8 Vorgehen bei Verdacht

- Sofortige Isolierung des Patienten (bei Verdacht oder Erkrankung)
 - ➔ Erkrankungen der Risikogruppe 4 auf einer Sonderisolierstation in einem Spezialzentrum Wien (Klinik Favoriten, 4. Medizinische Abteilung)
- Tragen einer persönlichen Schutzausrüstung (PSA) → *siehe 3.10*
- Meldung an die Klinikleitung und das Hygieneteam
- Meldung an die Bezirkshauptmannschaft (BH) bzw. zuständige Gesundheitsbehörde gemäß §1 Epidemiegesetz
- Rücksprache für klinische Fragestellungen:
 - Referenzklinik für hoch-ansteckende Infektions- und Tropenkrankheiten
*Klinik Favoriten, 4. Medizinische Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin
Kundratstraße 3, 1100 Wien
Tel.: +43 1 60191 72444*
- Rücksprache für diagnostische Fragestellungen:
 - AGES - Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien - Referenzlabor für hochpathogene Erreger
*Währinger Straße 25a
1090 Wien
Tel.: +43 (0)50 555-37111
E-Mail: humanmed.wien@ages.at*
 - Zentrum für Virologie, Med. Univ. Wien - Referenzzentrale für Hämorrhagisches Fieber
*Kinderspitalgasse 15
1090 Wien
Tel.: +43 1 40160 65555
E-Mail: virologie@meduniwien.ac.at*
 - AGES - Institut für veterinärmedizinische Untersuchungen Mödling (Milzbrand, Tularämie, Brucellose, Q-Fieber)
*Robert Koch-Gasse 17
2340 Mödling
Tel.: +43 50 555-38112
E-Mail: vetmed.moedling@ages.at*
 - Diagnostischer Notdienst hämorrhagischer Fieber (24/7)
*Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Straße 74
D-20359 Hamburg
Tel.: +49 40 285380-0
E-Mail: bni@bnitm.de*
- Labordiagnostik nur durch geschultes Personal in PSA in einem geeigneten Labor (AGES Wien /Zentrum für Virologie Wien) der Sicherheitsstufe 3 bzw. 4
 - Materialien: EDTA-Blut, Serum, Abstriche
- Versand gemäß UN2814-Richtlinien (infektiöses Material der Kategorie A) → *siehe Punkt 3.12.3*
- Ausschlussdiagnostik durchführen: → allgemeine Untersuchungen im UK St. Pölten
 - Malaria-PCR
 - ggf. Dengue, Gelbfieber, Typhus, Rickettsiosen, Leptospirose, Tollwut, Meningokokken-Infektion, exanthematöse Erkrankungen (Masern, Varizellen,...), SARS-CoV-2

3.9 Meldepflicht

- Meldepflicht bei Verdacht, Erkrankung oder Tod durch hämorrhagisches Fieber sowie bei Pest und Tularämie.
- Meldepflicht bei Erkrankung oder Tod durch Milzbrand, Brucellose und Melioidose.

3.10 Erweiterte Hygienemaßnahmen bei Erstkontakt bis zum Transfer in ein Spezialzentrum

Bei Patienten mit unklarem Krankheitsbild, bei denen eine HCID nicht sicher ausgeschlossen werden kann, ist **vorsorglich von einem Erreger der Risikogruppe 4 auszugehen**. In solchen Fällen sind **unverzüglich erweiterte Hygienemaßnahmen** einzuleiten.

Neben der Bereitstellung von Schutzausrüstung ist das richtige Anlegen und das kontaminationsfreie Ablegen sicherzustellen.

Maßnahme	Umsetzung
Isolierung	Gekennzeichnetes Einzelzimmer mit Schleuse oder einem definierten und deutlich gekennzeichneten Übergangsbereich, Unterdruck sowie Zutrittskontrolle durch Logbuch Hinweistafel bezüglich der erforderlichen Hygienemaßnahmen am Isolierzimmer
Händedesinfektion	<ul style="list-style-type: none"> • vor und nach allen medizinischen Tätigkeiten • nach Kontakt mit potentiell infektiösem Material und Patientenumgebung • vor Verlassen der Schleuse des Isolierzimmers bzw. des Isolierzimmers • nach Ablegen der Schutzausrüstung
Persönliche Schutzausrüstung (PSA) für Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> • FFP3-Maske mit Ausatemventil • Schutzbrille oder Gesichtsschutzschild mit seitlichem Spritzschutz • Einmal OP-Mantel + Einmalschürze • 2 Paar sterile Handschuhe + 1 Paar sterile Handschuhe zusätzlich • Einmal-Überziehtiefel aus flüssigkeitsdichtem Material/Gummistiefel • Astronautenhaube <p>Vor dem Verlassen des Isolierbereichs ist auf ein kontaminationsfreies Ablegen der Schutzausrüstung nach dem Buddy-System (Vier-Augen-Prinzip) zu achten! Eine zweite Person liest die Reihenfolge des Ablegens der PSA vor und achtet auf das kontaminationsfreie Ablegen und Entsorgen in der schwarzen Tonne. → <i>Siehe Anhang Punkt 8</i></p>
Pflegeutensilien und medizinische Geräte	<ul style="list-style-type: none"> • ausschließlich Einwegprodukte verwenden (Einmalwäsche) • Patientenbezogene Verwendung und Entsorgung nach Entlassung • Desinfektion unmittelbar nach Verwendung
Vorratshaltung im Zimmer	Auf ein Minimum beschränken, keine offene Lagerung
Reinigung und Desinfektion	<ul style="list-style-type: none"> • tägliche Wischdesinfektion patientennaher Flächen und Handkontaktflächen mit Incidin® active 2% • Schlussdesinfektion nach Entlassung bzw. Transferierung
Wäsche	Bettwäsche und Wäsche des Patienten sind ebenfalls in den schwarzen Tonnen zu sammeln und anschließend gemäß dem unten genannten Prozedere (<i>Punkt 3.11</i>) zu entsorgen.
Personal der Abteilung	<ul style="list-style-type: none"> • patientenbezogene Betreuung (zugeteiltes Personal soll keine anderen Patienten mitbetreuen) • namentliche Dokumentation des betreuenden Personals mittels Logbuch
Besucher/ stationsfremdes Personal	<ul style="list-style-type: none"> • keine Besucher erlaubt • Anzahl an versorgendem Personal begrenzen
Abfallentsorgung	Sondermüll (Kategorie A), direkt im Zimmer in schwarzer Tonne entsorgen Ebenfalls Ausscheidungen wie Harn oder Stuhl sowie die benutzte PSA
Patiententransport bzw. –verlegung innerhalb des Klinikums	nur nach Rücksprache mit der Zielinstitution (z. B. Radiologie) und des Zentralen Patiententransports unter vollständiger PSA für das Personal und FFP3-Maske (ohne Ausatemventil) für den Patienten
Patiententransport bzw. –verlegung nach extern	nur nach Rücksprache mit der BH/Transportunternehmen bzw. Verständigung der Zielinstitution unter vollständiger PSA für das Personal und FFP3-Maske (ohne Ausatemventil) für den Patienten
Kontaktpatienten	Bei engem Kontakt (<1 Meter) zu Patienten mit einer HCID → präemptive Isolierung in einem separaten Einzelzimmer. Rücksprache mit dem Hygieneteam.

Wird eine Infektion mit einer HCID klinisch, epidemiologisch, laborchemisch und/oder virologisch bzw. bakteriologisch sicher ausgeschlossen, sind alle ergriffenen Maßnahmen aufzuheben.

3.11 Entsorgung von potentiell infektiösem Material

Abfälle, die potenziell kontaminiert sind (auch bei Verdachtsfällen), dürfen das Krankenhaus grundsätzlich nicht unbehandelt verlassen. Dazu zählen insbesondere Ausscheidungen wie Harn oder Stuhl, die direkt im Isolierzimmer in einer schwarzen Tonne (60 L) gesammelt werden. Diese Tonne kann tagsüber über den Hol- und Bringdienst (im Notfall: Hr. Gradwohl, Dect: 34890) oder in der Nacht bzw. an Feiertagen über die Firma Markas (Dect: 26151) angefordert werden.

Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Die Befüllung der Tonne darf maximal $\frac{3}{4}$ des Tonnenvolumens betragen.
- Anschließend ist die Tonne sicher zu verschließen.
- Unmittelbar vor dem Abtransport sind die Außenflächen der Tonne mittels Wischdesinfektion (Incidin® Active 2 %) gründlich zu reinigen.
- Zur Erhöhung der Sicherheit wird bei der Abholung ein Spannringfass über die schwarze Tonne gestülpt.
- Die Abholung erfolgt unter Aufsicht des zuständigen Gefahrgutbeauftragten sowie eines ausgebildeten ADR-Fahrers, der das Gebinde vom Isolierzimmer bzw. der Schleuse bis zum Transportfahrzeug überführt.
- Das Fahrzeug wird direkt vor dem Gebäude positioniert, um den Transportweg so kurz wie möglich zu halten und den kontaminierten Abfall schnellstmöglich der Verbrennung (Wien Energie, Simmeringer Haide) zuzuführen.

Externer Abfall und Gefahrgutbeauftragter für das UK St. Pölten ist Herr Karl-Egon Hasenberger, erreichbar über die Firma Brantner Österreich GmbH

Tel.: 0664/88805472; E-Mail: Karl-Egon.Hasenberger@Brantner.com

3.12 Labororganisation und Sicherheitsmaßnahmen

Neben der virologischen bzw. bakteriologischen Diagnostik durch ein spezialisiertes Referenzlabor sind auch im UK St. Pölten grundlegende laborchemische und mikrobiologische Untersuchungen erforderlich. Sie dienen dem Ausschluss anderer Infektionen sowie der Beurteilung von Organfunktionen und der Gerinnung.

Auch wenn der Umfang möglichst reduziert werden sollte, sind Basisuntersuchungen zur Entzündungs-, Gerinnungs- und Organfunktionsdiagnostik unverzichtbar. **Proben von Verdachtspatienten sind entsprechend zu kennzeichnen und das Ziellabor vorab telefonisch zu kontaktieren.**

Differenzialdiagnostisch müssen unter anderem Malaria, Typhus und andere Sepsiserreger berücksichtigt werden. Daher sind eine verlässliche Malaria-Diagnostik sowie die Abnahme von Blutkulturen zwingend erforderlich.

3.12.1 Risikoeinstufung für das Labor

Es muss unterschieden werden zwischen Proben von Patienten

1. Zur Ausschlussdiagnose (Verdachtsfall mit Niedrigrisikoexposition) und
2. Als Verdachtsfall mit Hochrisikoexposition

Sofern diese Einstufung nicht bereits von dem behandelnden Oberarzt zweifelsfrei vorgenommen wurde, trifft der für das Labor verantwortliche Facharzt diese Unterscheidung.

Gesicherte Fälle und Verdachtsfälle sind dem Labor und dem Hygieneteam unbedingt vorab mitzuteilen.

3.12.2 Weiteres Vorgehen je nach Risikoeinstufung

Bei Verdachtsfällen mit Niedrigrisikoeexposition:

Es gelten die üblichen Transport- und Versandstandards für Proben sowie die routinemäßigen Hygienestandards im Labor.

Bei Verdachtsfall mit Hochrisikoeexposition:

Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind anzuwenden:

3.12.3 Probentransport (Verdachtsfall mit Hochrisikoeexposition)

- Probenmaterial muss getrennt von anderem Patientenmaterial verpackt und separat transportiert werden.
- Es sind strapazierfähige, verschleißbare und flüssigkeitsdichte Primärgefäße zu verwenden. Die Proben sollen aufrecht transportiert werden. Zusätzlich zum Probengefäß ist ein Übergefäß mit saugfähigem Material auszukleiden.
Im Institut für Labormedizin steht geeignetes Transportmaterial (Transportbehälter und saugfähiges Material für Probenversand gemäß UN 2814, Kategorie A) bereit. Dieses Material ist auch für den Probentransport **innerhalb des Klinikums** zu verwenden.
- Probengefäße müssen vor dem Verpacken in Übergefäße einer Oberflächendesinfektion unterzogen werden.
- Automatisierte Transportsysteme (z. B. Rohrpost) sind nicht zulässig.
- Die Übernahme, der Transport und die Entgegennahme der Probe müssen nachvollziehbar dokumentiert sein.
- Das Öffnen der Proben sowie alle laborrelevanten Tätigkeiten mit möglicher Aerosolbildung sollten möglichst in einer Sicherheitswerkbank (Biosafety Cabinet Klasse II) erfolgen.

Beim Eingang der Probe im Labor ist diese unverzüglich in eine mindestens 10 Minuten zuvor aktivierte Sicherheitswerkbank der Klasse II zu legen und darf nur nach Rücksprache mit der Laborleitung oder deren Stellvertretung geöffnet werden.

3.12.4 Probenabarbeitung (Verdachtsfall mit Hochrisikoeexposition)

- Das Spektrum der labormedizinischen Untersuchungen sollte auf das unbedingt Notwendige beschränkt und vorab mit den verantwortlichen Klinikern abgestimmt werden.
- Die Probenbearbeitung erfolgt nach dem Vier-Augen-Prinzip, wobei eine zweite Person als Assistenz beteiligt ist.
- Das Personal, das mit diesen Proben arbeitet, muss namentlich erfasst werden.
- Laborpersonal muss während der Bearbeitung folgende Schutzausrüstung tragen:
 - Schutzhandschuhe
 - Wasserabweisender Einmalschutzmantel, barriere dicht gemäß EN 14126:2003
 - FFP-2 Maske mit Ausatemventil
 - OP-Haube
 - Gesichtsschutzschild oder Schutzbrille

Die Auswahl geeigneter Schutzhandschuhe und Einwegschutzmäntel erfolgt in Abstimmung mit dem Hygieneteam. Optional sollten Plastiküberschuhe getragen werden.

Für das fachgerechte An- und Ablegen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) soll Kontakt zum Hygieneteam aufgenommen werden. (Siehe Anhang Punkt 8)

Zentrifugation:

Blutproben sollten nur in verschlossenen Röhrchen zentrifugiert werden. Vor dem Öffnen der Zentrifuge ist eine Wartezeit von 10 Minuten einzuhalten.

Blutausstriche:

Ist ein Blutausstrich erforderlich, müssen alle Arbeitsschritte in einer Sicherheitswerkbank (Biosafety Cabinet Klasse II) unter Verwendung geeigneter PSA erfolgen. Nach dem Lufttrocknen sind die Blutausstriche mit Methanol oder Ethanol für 5 Minuten zu fixieren.

Blutkulturen:

Blutkulturen können in handelsüblichen automatisierten Systemen bebrütet werden. Subkulturen und Subtypisierungen müssen jedoch in Sicherheitswerkbänken (Biosafety Cabinet Klasse II) unter Verwendung entsprechender Schutzausrüstung durchgeführt werden.

Automatisierte Analyser mit geschlossenem System:

- Alle Dekontaminationsmaßnahmen und -pläne müssen vorab festgelegt und dokumentiert sein.

Blutgruppentestung:

- Bis zur endgültigen Diagnosestellung sollten Blutprodukte nur im Notfall verabreicht werden.
- Für unvermeidbare Austestungen und blutgruppenserologische Untersuchungen sind Schutzausrüstung und Sicherheitswerkbänke zu verwenden.
- Müssen Proben vor der Weiterverarbeitung zwischengelagert werden, ist nach Desinfektion der Probengefäße von außen ein Transportschutzmaterial gemäß UN 2814, Kategorie A zu verwenden und die Proben sind als hochpathogen zu kennzeichnen.
- Durch verschließbare Räume oder Kühlschränke ist sicherzustellen, dass nur autorisiertes Personal Zugang zu den Proben hat.

Laborpersonal, das mit verdächtigen Proben arbeitet, muss im Anlassfall namentlich erfasst und dem Betriebsarzt gemeldet werden.

3.13 Maßnahmen bei Todesfall

(in Anlehnung an den Ebola Notfallplan des Bundesministeriums für Gesundheit)

Bei Todesfall muss das Patientenzimmer verschlossen und die Bezirksverwaltungsbehörde sofort informiert werden. Die weiteren Maßnahmen zur Versorgung und zum Abtransport des Leichnams erfolgen entsprechend der Anleitung der Bezirksverwaltungsbehörde. Eine Obduktion sollte unterbleiben. Jeglicher Umgang mit der Leiche sowie alle Manipulationen am Leichnam sind ausschließlich unter Verwendung geeigneter PSA durchzuführen.

3.14 Umgang mit dem Leichnam eines bestätigten HCID-Falls:

An MERS-CoV, SARS-CoV-1, Zoonotischen Influenzaviren, Tularämie, Brucellose und Melioidose Verstorbene sind hierbei ausgenommen.

Die Dekontamination sowie die Einsargung des Leichnams haben am Sterbeort durch adäquat geschultes Personal unter Einhaltung entsprechender Sicherheitsmaßnahmen sowie unter Verwendung von PSA zu erfolgen.

Der Leichnam ist in mit entsprechender Desinfektionslösung (z. B. 10 % Formaldehyd) getränktes saugfähiges Material zu wickeln und danach in einen Leichensack („Body Bag“) zu geben. Laut WHO Empfehlungen soll die Dicke des Leichensacks mindestens 400 µm betragen. Der Leichensack ist sicher und dicht zu verschließen und mittels Aufkleber als „Bio-Gefahr“ deutlich zu kennzeichnen. Der verschlossene Leichensack ist einer Wischdesinfektion mit einer entsprechenden Desinfektionslösung (z. B. 10 % Formaldehyd) zu unterziehen.

Der vorgesehene Sarg ist mit einer flüssigkeitsdichten Folie auszulegen und darauf ausreichend saugfähiges Material zu geben. Anschließend ist der wie oben beschrieben eingehüllte und desinfizierte Leichnam in den vorbereiteten Sarg zu legen. Der Sarg ist irreversibel zu verschließen (verschrauben bzw. versiegeln), auf der Außenseite mit einem weiteren „Bio-Gefahr“ Aufkleber zu versehen und anschließend außen zu desinfizieren. Keinesfalls darf der Sarg ohne Desinfektion einem Bestattungsinstitut übergeben werden. Wenn möglich, sollte der Sarg erst nach abschließender Wischdesinfektion abtransportiert werden.

3.15 Impfungen

Für folgende Erreger sind aktuell Impfstoffe vorhanden:

Erreger	Impfstoffstatus	Impfstoff/Bemerkung
Junin-Virus	Zugelassen in Argentinien	Impfstoff: Candid #1®
Kyasanur-Forest-Krankheit-Virus	Zugelassen in Indien	In Endemiegebieten empfohlen
Variola-Virus	Zugelassen	Impfstoffe: Imvanex®, ACAM2000® (Pockenschutz, auch gegen Mpox)
Zaire-Ebolavirus	Zugelassen	Impfstoffe: rVSV-ZEBOV (Ervebo®) Zabdeno® Mvabea®
Zoonotische Influenza (H5N1, H7N9, etc.)	Zugelassen	In geringen Reserven im Gesundheitsministerium
Bacillus anthracis (Milzbrand)	Zugelassen in den USA	Impfstoff: AVA® (für militärisches Personal, Labormitarbeiter)
Coxiella burnetii (Q-Fieber)	Zugelassen in Australien	Impfstoff: Q-VAX® (für Personen mit beruflichem Risiko: Landwirte, Tierärzte)

Viele weitere Impfstoffe befinden sich bereits in der experimentellen Phase oder sind im Rahmen klinischer Studien und begrenzter Notfalleinwendungen teilweise verfügbar.

4 Mitgeltende Dokumente

- Epidemiegesetz 1950 (BGBl. Nr. 186/1950 idgF)
- Verordnung über anzeigepflichtige Krankheiten (BGBl. II Nr. 456/2001)
- Biostoffverordnung, ASchG
- ADR-Gefahrgutregelung (UN3373, UN2814)
- Abfallwirtschaftskonzept UK St. Pölten: <http://spiktv035/Roxtra/doc/showfile.aspx?FileID=10648>
- Sozialministerium: [https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:630a971d-b374-4ef2-a5e8-3963710ce7d3/Ebola-Notfallplan%20\(April%202015\).pdf](https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:630a971d-b374-4ef2-a5e8-3963710ce7d3/Ebola-Notfallplan%20(April%202015).pdf)
- [AGES Merkblatt Probenversand](#)

5 Literatur

- Infektiologie up2date. 2025;1:77–97. doi:10.1055/a-2517-9743
Niebank M, Mikolajewska A, Kleine C; STAKOB.
Vorgehen bei Verdacht auf High Consequence Infectious Disease (HCID): Was Notärztinnen und Notärzte wissen sollten.
- AGES: <https://www.ages.at>
- RKI - Virale hämorrhagische Fieber:
<https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/ViraleHaemFieber/ViraleHaemFieber-node.html>
- <https://ekos.rki.de/Webs/Ekos/DE/startseite/startseite-node.html>

6 Aktuelle Informationen zu Ausbruchsgeschehen

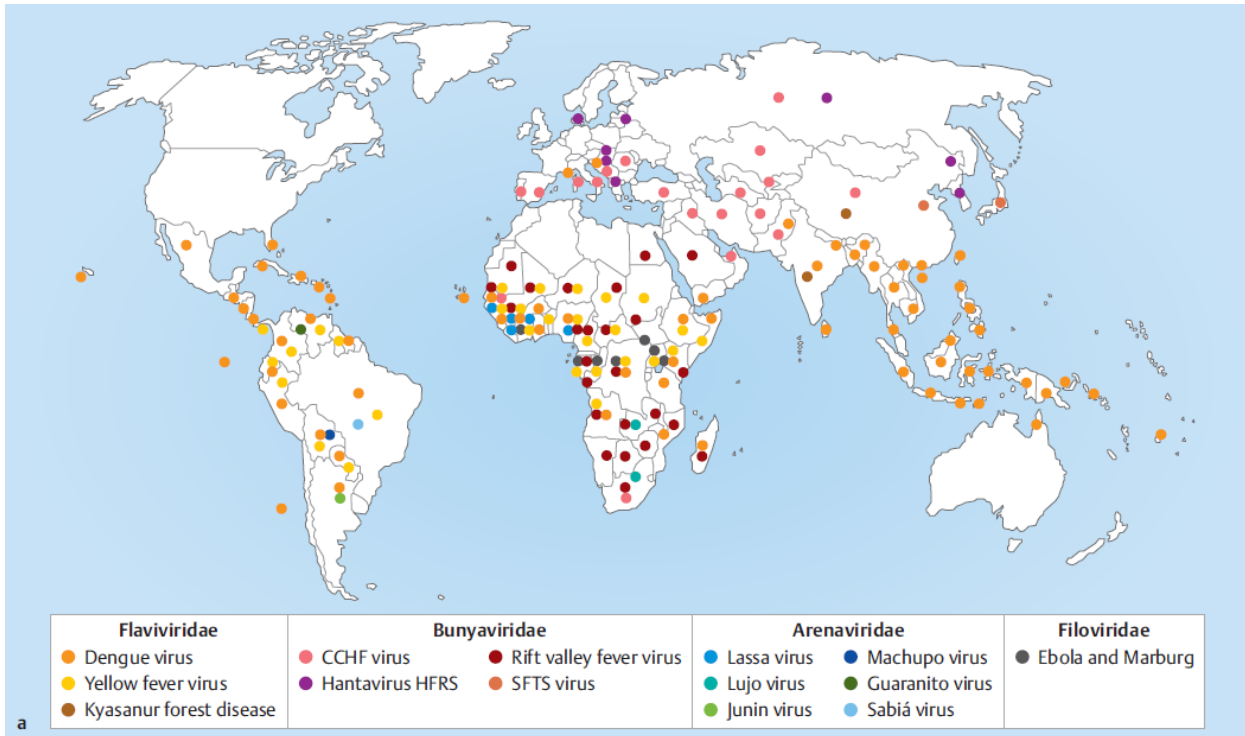
- HCID Tool: <https://multimedia.gsb.bund.de/RKI/Flowcharts/HCID-FS/#/>
- ProMED Infectious Diseases Monitor: <https://www.promedmail.org/>
- WHO Disease Outbreak News: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>
- CDC Outbreak List: <https://www.cdc.gov/outbreaks/index.html>
- Healthmap: <https://healthmap.org/en/>

7 Abkürzungsverzeichnis

- ADR Vorschriften zur Beförderung gefährlicher Güter im Straßenverkehr
- BH Bezirkshauptmannschaft
- bzw. beziehungsweise
- etc. et cetera
- HCID High Consequence Infectious Diseases
- PEP Postexpositionsprophylaxe
- PSA Persönliche Schutzausrüstung
- RG Risikogruppe
- TRBA Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe

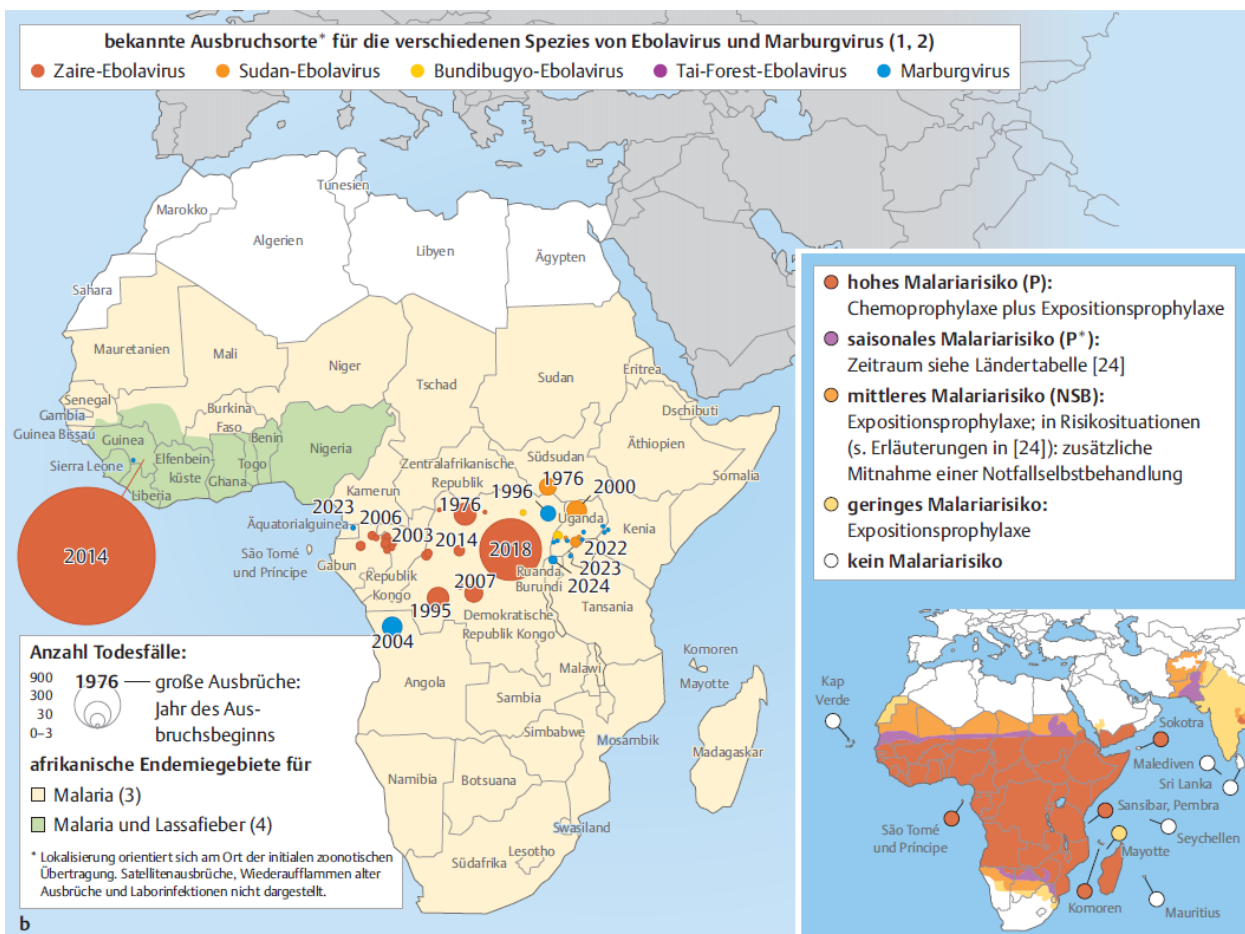
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

8 Anhang



Ausbreitung der Endemiegebiete für viral-hämorrhagische Fiebererkrankungen.

Zapata JC, Cox D, Salvato MS. The role of platelets in the pathogenesis of viral hemorrhagic fevers. PLoS Negl Trop Dis 2014; 8: e2858. DOI: 10.1371/journal.pntd.0002858



Überlappung zwischen Endemiegebieten für Malaria und für Ebolavirus- und Marburgvirus-Erkrankung in Afrika.

Robert Koch-Institut. Karte der bisherigen Ebola- und Marburgfieber-Ausbrüche in Afrika sowie der Malaria- und Lassa-Endemiegebiete. Zugriff am 25. September 2024 unter: <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/E/Ebola/Karte.html>

Umgang mit der persönlichen Schutzausrüstung im Erstkontakt bei Verdacht auf eine hochpathogene Infektionskrankheit – High Consequence Infectious Disease (HCID)

Vor dem Anlegen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) ist Schmuck inkl. Ohrringe sowie Handy, Kugelschreiber etc. abzulegen.

Die persönliche Schutzkleidung besteht aus:

- FFP3-Maske mit Ausatemventil
- Schutzbrille oder Gesichtsschutzschild mit seitlichem Spritzschutz
 - Einmal OP-Mantel und Einmalschürze
- **2 Paar** sterile Handschuhe + 1 Paar sterile Handschuhe zusätzlich
- Einmal-Überziehtiefel aus flüssigkeitsdichtem Material/Gummistiefel
 - Astronautenhaube

Das An- und Ablegen der persönlichen Schutzausrüstung ist mit Hilfestellung einer zweiten Person nach dem **Buddy-System (Vier-Augen-Prinzip)** durchzuführen.

Hygienisch korrektes Ablegen der persönlichen Schutzausrüstung:

