

Affenpocken: Personenbezogene Kontroll- und Präventionsmaßnahmen

Eine Standardverfahrensanleitung (SVA) für die Gesundheitsbehörden in
Österreich

Inhalt

1. Meldeverpflichtungen	3
2. Die Infektionskrankheit und Übertragungsarten	4
2.1. Tier-zu-Mensch Übertragung	4
2.2. Mensch-zu-Mensch Übertragung.....	4
3. Affenpocken – Falldefinition.....	6
Klinische Kriterien.....	6
Epidemiologische Kriterien.....	7
Labordiagnostische Kriterien.....	7
4. Affenpocken – Fallklassifizierung	9
Wahrscheinlicher Fall	9
Bestätigter Fall.....	9
5. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines wahrscheinlichen Affenpocken-Falles .	10
6. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines bestätigten Affenpocken-Falles	11
Besondere Empfehlungen für die Absonderung.....	11
7. Management von Kontaktpersonen einer an Affenpocken erkrankten Person	13
Einstufung des Risikos eines Kontaktes.....	13
Typ I-Kontaktperson (Hochrisikokontakt-Person).....	13
Typ II-Kontaktperson (Niedrigrisikokontakt-Person)	14
8. Behördliche Maßnahmen bei Kontaktpersonen	15
Empfohlenes Vorgehen bei Typ I-Kontaktperson	15
Empfohlenes Vorgehen bei Typ II-Kontaktperson	16
9. Reinigung und Desinfektion wird vervollständigt von ÖGHMP	17
10. Probengewinnung und Ergebnisinterpretation.....	18
Probenmaterial.....	18
Probengewinnung	18
Durchführung des Abstriches/Bläschenabstriches	18
Krusten	19
Rachenabstrich.....	19
Probentransport	19
Durchführende Laboratorien	20
11. Referenzen.....	21

1. Meldeverpflichtungen

In Österreich sind gemäß **§ 1 Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020** Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an Affenpocken zu melden. Gemäß **§ 2 Abs. 1 des Epidemiegesetzes 1950** hat die Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde (BVB), in deren Gebiet sich die bzw. der Kranke oder Krankheitsverdächtige aufhält oder der Tod eingetreten ist, binnen 24 Stunden zu erfolgen. Die zur Meldung Verpflichteten sind in **§ 3 Abs. 1 des Epidemiegesetzes 1950** festgelegt. Dazu zählen unter anderem die bzw. der zugezogene Ärztin bzw. Arzt sowie jedes Labor, das den betreffenden Erreger diagnostiziert hat. Labors haben gemäß **der Verordnung betreffend elektronische Labormeldungen in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten** die Verpflichtung, ihre Meldungen elektronisch in das Epidemiologische Meldesystem (EMS) einzugeben.

2. Die Infektionskrankheit und Übertragungsarten

Affenpocken sind eine Viruserkrankung. Der Erreger ist das Affenpockenvirus Orthopoxvirus simiae (eng. Monkeypox virus, MPXV) aus der Gattung Orthopoxvirus. Das Virus ist verwandt mit den humanen Pockenviren (Variola). Affenpocken werden zoonotisch übertragen (d.h. das Reservoir sind z.B. Nagetiere). Eine Mensch-zu-Mensch Übertragung ist selten, aber möglich. Die Eintrittspforten für das Virus sind kleinste Hautläsionen sowie die Schleimhäute (z.B. Auge, Mund, Nase, Genitalien, Anus). Es gibt derzeit keine Anhaltspunkte dafür, dass infizierte Personen vor Beginn des Prodromalstadiums kontagiös sind (d.h. prä-symptomatisch ansteckend). Es ist derzeit nicht gesichert, ob das Virus durch direkte sexuelle Übertragungswege (Sperma, Vaginalsekret) übertragen werden kann. Das höchste Transmissionsrisiko besteht in der Zeitperiode von Beginn der Prodromi bis zur vollständigen Abheilung aller Haut- bzw. Schleimhautläsionen.

2.1. Tier-zu-Mensch Übertragung

Die Tier-zu-Mensch Übertragung kann erfolgen durch:

- **Biss** von einem mit Affenpockenvirus infizierten Tier
- **physischen Kontakt, Tröpfchen-, Spritzkontakt mit einem infizierten Tier:**
 - **Exposition** nicht-intakter Haut oder Schleimhaut **gegenüber** virushaltigen Körperflüssigkeiten, Se- und Exkreten und typischen Haut- und Schleimhautläsionen
- **Verzehr** von nicht ausreichend erhitztem Fleisch eines infizierten Tiers

2.2. Mensch-zu-Mensch Übertragung

Die Mensch-zu-Mensch Übertragung kann erfolgen durch:

- **physischen Kontakt** mit einer infizierten, symptomatischen Person, bei dem es zur Exposition von **nicht-intakter Haut oder Schleimhaut** gegenüber potentiell virushaltigen Hautläsionen, Bläschen- und Pustel-Inhalt, Krusten, offenen Läsionen kommt (z.B. Hand-Hand-Kontakt, Sexualkontakt)

- **physischen Kontakt** mit einer infizierten Person, bei dem es zur Exposition von **nicht-intakter Haut oder Schleimhaut** gegenüber potentiell virushaltigem oropharyngealen Sekret oder oropharyngealen Schleimhautläsionen kommt („kissing contact“)
- **Tröpfchenkontakt:** Exposition gegenüber potentiell virushaltigen respiratorischen Sekrettröpfchen einer infizierten, symptomatischen Person
- **Spritz-Kontakt:** Exposition von **nicht-intakter Haut oder Schleimhaut** gegenüber potentiell virushaltigen Sekreten, Körperflüssigkeiten und Flüssigkeiten von Hautläsionen einer infizierten, symptomatischen Person
- **materno-fetalen Kontakt (plazentar, para- und postpartem Mutter-Kind-Kontakt)**
- **Aerosolkontakt:**
 - Exposition gegenüber aerosolisiertem potentiell virushaltigen Sekret oder Hautläsionen einer infizierten, symptomatischen Person
 - medizinische Handlungen am Patienten:innen, die Aerosole generieren können (siehe hierfür unten angeführte Verfahren)¹
 - Aerosolisierung abgefallener Krusten (auch beim Ausschütteln von Betttüchern, Wäsche und Gewand des/der Patienten/Patientin möglich)
- **Exposition nicht-intakter Haut oder Schleimhaut** gegenüber Gegenständen (z.B. Bettwäsche, Handtücher, Kleider, Essgeschirr), die mit virushaltigen Materialien (Sekrete, Hautläsionen) einer infizierten, symptomatischen Person kontaminiert sind
- **Exposition nicht-intakter Haut oder Schleimhaut** gegenüber aufgewirbeltem Staub, der mit virushaltigen Hautmaterialien – wie abgefallenen Krusten - einer infizierten, symptomatischen Person kontaminiert ist
- **Kontakt mit Blut und Blutprodukten** bzw. Erhalt von Transplant einer infizierten Person

¹ Medizinischen Verfahren, die als aerosolgenerierend gelten und mit einem erhöhten Risiko für Erreger-Übertragung verbunden sind:

- Bronchoskopie im Wachzustand (einschließlich Trachealintubation im Wachzustand)
- HNO-Eingriffe im Wachzustand, die eine Absaugung der Atemwege beinhalten
- Gastrointestinalendoskopie im Wachzustand
- Zahnärztliche Verfahren (unter Verwendung von Hochgeschwindigkeits- oder Hochfrequenzgeräten, z. B. Ultraschallscaler oder Hochgeschwindigkeitsbohrer)
- Induktion von Sputum
- Absaugen der Atemwege
- chirurgische / postmortale Verfahren, bei denen Aerosole aus den (oberen oder unteren) Atemwegen oder Nasennebenhöhlen entstehen können.
- Tracheostomie-Prozeduren (Einsetzen oder Entfernen).

3. Affenpocken – Falldefinition

Klinische Kriterien

- (1) Unspezifische Symptome²: Fieber (> 38.5°C), Myalgie, Arthralgien, Cephalgie, Rückenschmerzen, schmerzhafte Lymphadenopathie (lokalisiert oder generalisiert), Fatigue (Prodromalstadium)**
- (2) 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)**
- (3) Schmerzhaftes Schleimhautläsionen, welche NICHT durch eine andere Ursache erklärt werden können**

² Typischerweise treten diese 1-3 Tage vor Erscheinen der Hautläsionen auf.

Epidemiologische Kriterien

Innerhalb der vergangenen 21 Tage vor Beginn der Symptome (siehe Klinische Kriterien):

- (1) Vorliegen eines epidemiologischen Zusammenhanges (siehe Infobox)
- (2) mehrere oder anonyme Sexualpartner:innen
- (3) 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 jeweils aktuell Lage siehe auch ECDC Communicable Disease Threats Report (CDTR))
- (4) Kontakt mit Nagetieren oder non-humanen Primaten in oder aus betroffenen Gebieten, der eine Tier-zu-Mensch Übertragung (siehe unter 2.1. Tier-zu-Mensch Übertragung) ermöglicht
- (5) Beruflich bedingte Exposition zu Pockenviren (Labortätigkeit)

Das Vorliegen eines *epidemiologischen Zusammenhangs* ist definiert durch einen potentiell Erreger-übertragenden Kontakt (siehe unter Übertragungsart, 2.2. Mensch-zu-Mensch Übertragung) MIT einer Person, bei der die Kriterien eines wahrscheinlichen oder bestätigten Falles von Affenpocken erfüllt sind. Die Ansteckungsfähigkeit der infizierten Person besteht ab Symptombeginn bis sämtliche Krusten abgefallen und alle Hautläsionen abgeheilt sind.

Labordiagnostische Kriterien

- **Laborkriterien für einen bestätigten Fall**
 - (1) Nachweis von Nukleinsäure des Orthopoxvirus in einer klinischen Probe mit Nukleinsäure-Amplifikationstechnik (NAAT) und Bestätigung von Affenpockenvirus durch Sequenzierung

(2) Nachweis von Affenpockenvirus-spezifischer Nukleinsäure mit NAAT in einer klinischen Probe³

- **Laborkriterien für einen wahrscheinlichen Fall**

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

³ CDC-Empfehlungen zu PCR-Tests und Beprobung: <https://www.cdc.gov/smallpox/lab-personnel/specimen-collection/specimen-collection-transport.html>

4. Affenpocken – Fallklassifizierung

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. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines wahrscheinlichen Affenpocken-Falles

- Der wahrscheinliche Fall ist schnellstmöglich (binnen 24 Stunden) der zuständigen Behörde zu melden (Behörde des Aufenthaltsortes des Falles).
- Gemäß **§ 4 Abs. 3 des Epidemiegesetzes 1950** ist der **Verdachtsfall**, gemeldet durch die konsultierte Ärztin bzw. den konsultierten Arzt mittels Arzt-Meldeformular an die zuständige BVB, durch diese in das epidemiologische Meldesystem (EMS) **mit folgenden Daten einzupflegen**: gemäß Daten der Arztmeldung (Symptom-Beginn, Exanthembeginn, Demographie, Meldedatum etc.) und den von der Bezirksverwaltungsbehörde (BVB) erhobenen Daten, wie Reiseanamnese, Reiseland, vermutete Infektionsquelle, Beruf und Beschäftigungsort, ggf. Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen wie unten beschrieben.
- Bei **jedem Verdachtsfall** soll **eine labordiagnostische Abklärung so rasch als möglich** angestrebt werden, hier ist eine Rücksprache mit dem bzw. der meldenden Ärztin bzw. Arzt ratsam.
- Bereits der Verdachtsfall (z.B. wahrscheinlicher Fall) ist gemäß **§ 7 Abs. 1 des Epidemiegesetzes 1950 iVm den §§ 4 und 5 der Absonderungsverordnung** (betrifft Absonderungsmaßnahmen bei **kranken, krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen** Personen definiert in § 1 der Absonderungsverordnung) zumindest bis zum Ergebnis der labordiagnostischen Untersuchung mit Bescheid abzusondern.
- Kann eine zweckentsprechende Absonderung (siehe 6. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines bestätigten Affenpocken-Falles) im Sinne der getroffenen Anordnungen in der Wohnung der bzw. des Kranken nicht erfolgen oder wird die Absonderung nicht eingehalten, so ist gemäß **§ 7 Abs. 2 des Epidemiegesetzes 1950** die Unterbringung der bzw. des Kranken in einer Krankenanstalt oder einem anderen geeigneten Raum durchzuführen, falls die Überführung ohne Gefährdung der bzw. des Kranken erfolgen kann.
- Erbringt die labordiagnostische Untersuchung des Verdachtsfalles bzw. wahrscheinlichen Falles keinen Hinweis auf eine Affenpockenvirus-Infektion, ist der Verdachtsfall als „exkludierter Fall“ im EMS zu stornieren und jegliche behördliche Maßnahme einzustellen. Die Absonderung des Falles ist unverzüglich aufzuheben.
 - Erhebung von Daten zu Kontaktpersonen und Dokumentation der identifizierten Kontaktpersonen mittels „excel spread sheet“
 - Erhebung von Kontakten zu Säugetieren

6. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines bestätigten Affenpocken-Falles

- Die Labormeldung sollte durch die verpflichtende elektronische Labormeldung in das EMS innerhalb von 24 Stunden nach Bestätigung zu dem bereits im EMS angelegten Verdachtsfall erfolgen. Damit wird der Verdachtsfall zum bestätigten Fall.
- **Eine bereits bestehende Absonderung bleibt bis zur vollständigen Abheilung aller Hautläsionen aufrecht. Die Bestätigung der Abheilung aller Hautläsionen erfolgt durch ärztliche Begutachtung, welche der Behörde angezeigt wird.**
- Befragung des bestätigten Affenpocken-Falles nach Personen mit Affenpocken-kompatiblen Erkrankungsbild in dessen Umfeld.
- Pro- und retrospektive Erhebung von Kontaktpersonen zur Detektion der potentiellen Quelle der Infektion und potentiell infizierter Personen (siehe 7. Management von Kontaktpersonen einer an Affenpocken erkrankten Person)
- Erhebung von Kontakten zu Säugetieren (siehe 2.1. Tier-zu-Mensch Übertragung)

Besondere Empfehlungen für die Absonderung

Bei einer Person, die die Kriterien eines wahrscheinlichen oder bestätigten Affenpockenfalles erfüllt, hat durch die Gesundheitsbehörde eine (häusliche) Isolation (Absonderung) angeordnet zu werden.

- Bis zur Beendigung der Isolation/Absonderung sollen alle räumlich-nahen Kontakte unterlassen werden. Die bzw. der Erkrankte soll bei häuslicher Isolation im eigenen Zimmer bleiben und Haushaltsgegenstände (Kleidung, Bettwäsche, Handtücher, Essgeschirr, Teller, Gläser) benutzen, die nicht mit anderen Haushaltsmitgliedern geteilt werden sollen (Informationen zur Reinigung und Desinfektion dieser Gegenstände finden Sie unter **9. wird vervollständigt von ÖGHMP**).
- Eine Absonderung in der Wohnung ist nicht möglich, wenn kein Einzelzimmer und kein gesondertes Badezimmer bzw. gesonderte Toilette zur Verfügung steht oder ungeschützte Kontakte mit Haushaltsangehörigen unvermeidbar sind bzw. die korrekte Anwendung einer

PSA anzuzweifeln ist. Wenn nötig, ist seitens der Behörde eine alternative Unterbringung in dafür geeigneten Gesundheitseinrichtungen vorzunehmen.

- Es sind jedenfalls Kontakte mit immungeschwächten Personen, Älteren (≥ 70 Jahre), Schwangeren und Kindern zu unterlassen. In diesen Fällen ist ebenfalls eine Absonderung im gleichen Haushalt nicht möglich. Wenn nötig, ist seitens der Behörde eine alternative Unterbringung in dafür geeigneten Gesundheitseinrichtungen vorzunehmen.
- Kontakte mit Haustieren (Säugetiere) sind zu unterlassen.
- Der Absonderungsort darf nur nach Maßgabe der behördlichen Vorgaben verlassen und keine Besuche (außer zur medizinischen Betreuung) empfangen werden.
- Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes soll eine TELEFONISCHE Gesundheitsberatung über 1450 oder eine Kontaktaufnahme mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt erfolgen.
- Der unabdingbare Kontakt soll immer nur zur bzw. zum selben Haushaltsangehörigen mit mindestens 2 Meter Abstand, aber jedenfalls ohne Hautkontakt und mit Maske (FFP2 oder höherwertig) stattfinden. Falls bereits Hautläsionen vorhanden sind, ist die Isolation in einer Gesundheitseinrichtung anzustreben.
- Nach Ende einer häuslichen Absonderung ist eine fachgerechte Desinfektion der genutzten Räumlichkeiten sowie Gegenstände durch die zuständige BVB durchzuführen bzw. anzuordnen.
- Für das Ende der Absonderung ist durch eine ärztliche Bestätigung zu belegen, dass eine vollständige Abheilung aller Effloreszenzen gegeben ist und keine Krusten mehr sichtbar sind.

7. Management von Kontaktpersonen einer an Affenpocken erkrankten Person

Eine Kontaktperson (KP) ist eine Person, die Kontakt (definiert wie unten angeführt) zu einer symptomatischen Person hatte, die die Kriterien eines wahrscheinlichen oder bestätigten Affenpockenfalles erfüllt. Die Ansteckungsfähigkeit ist von Beginn des Prodromalstadiums bis zur vollständigen Abheilung aller Haut- bzw. Schleimhautläsionen anzunehmen.

Einstufung des Risikos eines Kontaktes

Die Einstufung der Kontaktpersonen in Hochrisiko- oder Niedrigrisikokontaktpersonen reflektiert das Risiko, nach einem Kontakt mit einem ansteckenden Affenpocken-Erkrankten, eine Affenpockenvirus-Infektion akquiriert zu haben.

Typ I-Kontaktperson (Hochrisikokontakt-Person)

Jede Person, bei der ein Kontakt in einer der folgenden Formen stattgefunden hat:

- Ungeschützt⁴ physischer Kontakt, Tröpfchen- bzw. Spritzkontakt oder Aerosolkontakt, bei dem es zur Exposition von nicht-intakter Haut oder Schleimhaut gegenüber potentiell virushaltigem Patienten-Materialien wie Speichel, respiratorischem Sekret, Blut, Blutprodukte, Materialien von Hautläsionen (z.B.: Bläschen-Inhalt, Krusten) gekommen ist
- Ungeschützter Haut- bzw. Schleimhautkontakt mit Gegenständen (z.B. Bettwäsche, Handtücher, Kleider, Essgeschirr), die potentiell mit virushaltigen Patienten-Materialien kontaminiert sind
- Ungeschützter Haut- bzw. Schleimhautkontakt mit aufgewirbeltem Staub, der potentiell mit virushaltigen Patienten-Materialien kontaminiert ist
- Materno-fetaler Kontakt
- Erhalt von Blut oder Blutprodukten

⁴ Geschützter Kontakt: adäquate, korrekt getragene Persönliche Schutzausrüstung (PSA, FFP2- oder höherwertige Maske, langärmelige Schutzmäntel, Schutzbrille und Handschuhe)

Beispiele, bei denen oben genannte Kontakte erfolgen können:

- Leben im selben Haushalt
- Aufenthalt im selben Raum, wie z.B. in:
 - Gemeinschaftseinrichtungen (Kinderbetreuungsstätten, Internaten, Kasernen, Wohn-, Alters- und Pflegeheimen, Einrichtungen für Menschen mit psychischen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen, Schulen)
 - Gesundheitseinrichtungen
 - Arbeitsstätten
- ungeschützter⁵ Aufenthalt in einem Raum, in dem aerosolbildende Verfahren am oder um den Patienten/die Patientin ausgeführt werden
- Sexualkontakt
- Nadelstichverletzungen oder ähnliche Verletzungen durch ein mit virushaltigen Patienten-Materialien kontaminiertes Gerät

Typ II-Kontaktperson (Niedrigrisikokontakt-Person)

Jede Person, bei der der Kontakt nicht in einer Form erfolgte, die die **Typ I-Kontaktperson** definieren:

- Bei adäquater Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung erfolgte ein physischer Kontakt, ein Tröpfchen- bzw. Spritzkontakt oder Aerosolkontakt.
- Bei adäquater Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung erfolgte Hautkontakt mit Gegenständen (z.B. Bettwäsche, Handtücher, Kleider), die potentiell mit virushaltigen Patienten-Materialien kontaminiert waren.
- Bei adäquater Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung erfolgte Haut- bzw. Schleimhautkontakt mit aufgewirbeltem Staub, der potentiell mit virushaltigen Patienten-Materialien kontaminiert war.

⁵ Geschützter Kontakt: adäquate, korrekt getragene Persönliche Schutzausrüstung (PSA, FFP2- oder höherwertige Maske, langärmelige Schutzmäntel, Schutzbrille und Handschuhe)

8. Behördliche Maßnahmen bei Kontaktpersonen

Empfohlenes Vorgehen bei Typ I-Kontaktperson

- namentliche Registrierung; Erhebung von Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Berufsort, Berufstätigkeit und Wohnverhältnissen durch die zuständige Gesundheitsbehörde
- aktive Information durch die zuständige Gesundheitsbehörde über Symptomatik und Verlauf der Erkrankung
- **behördliche Überwachung (per Bescheid): Tägliche telefonische - für die Kontaktperson verpflichtende - Gesundheitsüberwachung durch die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde nach einem vorgegebenen Telefonprotokoll bis 21 Tage nach Letztkontakt mit einem Affenpockenfall.**
- Grundsätzlich soll innerhalb der Überwachungsdauer folgendes von der Kontaktperson angewandt werden (ein Zuwiderhandeln ist mit einer Geldstrafe bedroht):
 - alle räumlich-nahen Kontakte zu schwangeren Personen, Kindern und immunsupprimiert Personen, alten Personen (≥ 70 Jahren), Tieren unterlassen
 - sexuelle Abstinenz
 - Vermeidung von Besuchen von Großveranstaltungen und ähnlichem (Konzerte, Sportveranstaltungen, etc.)
 - generell: Anwendung von Übertragungsrisiko-reduzierendem Verhalten
- sorgsame Handhygiene und Hygiene beim Husten, Niesen und Schnäuzen
- bei Auftreten von Symptomen (siehe klinische Kriterien) innerhalb von 21 Tagen nach Letztexposition:
 - telefonische Meldung bei 1450 oder bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt
 - Veranlassung einer Affenpocken-labordiagnostischen Untersuchung durch die zuständige Gesundheitsbehörde, 1450 oder die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt
 - sofortige Absonderung durch die zuständige Behörde (mündlicher Isolationsbescheid), bis eine Infektion durch eine geeignete labordiagnostische Methode ausgeschlossen werden kann
 - Bei Bestätigung einer Infektion ist wie bei einem bestätigtem Fall vorzugehen (siehe 6. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines bestätigten Affenpocken-Falles).

- An Tag 21 nach Letztkontakt erfolgt ein Abschlusstelefonat durch die zuständige Gesundheitsbehörde. Die Absonderung ist, sofern keine Infektion mit Affenpocken-Viren erfolgte, aufzuheben.

Empfohlenes Vorgehen bei Typ II-Kontaktperson

- namentliche Registrierung; Erhebung von Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Berufsort, Berufstätigkeit und Wohnverhältnissen durch die zuständige Gesundheitsbehörde
- aktive Information durch die zuständige Gesundheitsbehörde über Symptomatik und Verlauf der Erkrankung
- Selbstüberwachung des Gesundheitszustandes für 21 Tage nach Letztexposition
- bei Auftreten von Symptomen (siehe oben) innerhalb von 21 Tagen nach Letztexposition:
 - telefonische Meldung bei 1450 oder Hausärztin bzw. Hausarzt
 - Veranlassung einer Affenpocken-labordiagnostischen Untersuchung durch die zuständige Gesundheitsbehörde, 1450 oder die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt
 - sofortige Absonderung durch die zuständige Behörde (mündlicher Isolationsbescheid), bis eine Infektion durch eine geeignete labordiagnostische Methode ausgeschlossen werden kann
 - Bei Bestätigung einer Infektion ist wie bei einem bestätigtem Fall vorzugehen (siehe 6. Behördliche Maßnahmen bei Vorliegen eines bestätigten Affenpocken-Falles).
- An Tag 21 nach Letztkontakt erfolgt ein Abschlusstelefonat durch die zuständige Gesundheitsbehörde und die Person aus behördlicher Überwachung zu entlassen.

9. wird vervollständigt von ÖGHMP

10. Probengewinnung und Ergebnisinterpretation

Nachstehende Informationen sind bei Übermittlung von Proben zur Abklärung von Verdachtsfällen oder wahrscheinlichen Fällen von humanen Affenpocken zu beachten.

Probenmaterial

Probengewinnung

Empfohlene Diagnostik sind Bläschenabstrich/Bläscheninhalt, Krustenmaterial oder auch ein trockener Abstrich einer offenen Hautläsion. Im Idealfall werden Proben von 2-3 Hautläsionen entnommen und zur PCR-Diagnostik eingeschickt. Im Falle eines hochgradigen klinischen Verdachtes und fehlenden Effloreszenzen kann auch ein Rachenabstrich entnommen und untersucht werden.

Bei der Probengewinnung ist auf korrekte Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung zu achten, da mit hochinfektiösem Material gearbeitet wird.

Durchführung des Abstriches/Bläschenabstriches

Bläschen (falls vorhanden) seitlich anstechen, die Läsion mit einem Wattestiel tupfer kräftig abstreichen und in einem Röhrchen mit physiologischer Kochsalzlösung oder handelsüblichem Virustransportmedium ausquirlen (Abstrichtupfer für eine PCR-Diagnostik bitte keinesfalls in Gelmedium versenden, da Gelmedium zu einer Hemmung der PCR führen kann). Anschließend das Röhrchen fest verschrauben und kennzeichnen (falls die Kennzeichnung nicht bereits vorher durchgeführt wurde).

Auch das Versenden eines Abstrichtupfers in einem trockenen, verschließbaren Gefäß ist möglich.

Krusten

Krustenmaterial mit einer Pinzette in ein steriles Röhrchen überführen, gut verschließen, kennzeichnen und versenden. Idealerweise sollte nach Entfernung der Kruste zusätzlich ein Abstrich vom Grund der Läsion entnommen werden.

Rachenabstrich

Der virologische Rachenabstrich wird nach Standardverfahren vorgenommen.

Probentransport

Proben zur **Ausschlussdiagnostik** können als Kategorie B, UN 3373, transportiert werden.

Vor der Versendung von Proben von **bestätigten Fällen** ist immer telefonisch Kontakt mit dem Labor aufzunehmen. Es kommen insbesondere die Bestimmungen des ADR (Europäisches Übereinkommen über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße) zur Anwendung. Solche Proben fallen gemäß ADR in die Kategorie A der Klasse 6.2 (Ansteckungsgefährliche Stoffe) und sind der UN-Nummer 2814 „Ansteckungsgefährlicher Stoff, gefährlich für Menschen“ zuzuordnen.

Durchführende Laboratorien⁶


Eine entsprechende Diagnostik ist derzeit in folgenden virologischen Laboratorien etabliert:

- **Zentrum für Virologie**
Medizinische Universität Wien
Kinderspitalgasse 15
1090 Wien
+43 (0)1 40160 – 65517
virologie@meduniwien.ac.at
- **Diagnostik- und Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin**
Medizinische Universität Graz
Neue Stiftingtalstraße 6
8010 Graz
+43 316/385-73701 oder -73746
- **Institut für Virologie**
Medizinische Universität Innsbruck
Schöpfstraße 41, 2. Stock
6020 Innsbruck
+43 512 9003 71710
- **Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene**
Zentrum für anthropogene Infektionen
Geschäftsfeld Öffentliche Gesundheit
Währingerstraße 25a
1090 Wien
+43 (0)5 0555-37230

⁶ Es wird ersucht, keine (humanen) Proben mehr an die veterinärmedizinische Universität zu übermitteln.

11. Referenzen

- WHO, Surveillance, case investigation and contact tracing for Monkeypox, May 2022
- ECDC, Monkeypox multi-country outbreak, May 2022
- UHSA, Guidance for health professionals and service providers, [Monkeypox: guidance - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#)
- UHSA, Monkeypox: contact tracing, [Monkeypox: contact tracing - GOV.UK \(www.gov.uk\)](#)
- PHE, Monkeypox: information for primary care, Dec 2019
- RKI, Empfehlungen für das Management von Kontaktpersonen zu einer an Affenpocken erkrankten Person (Stand: 02.06.2022)
- Nitsche, A., Schrick, L., & Schaade, L. (2019). Infektionen des Menschen mit Affenpocken. Flugmedizin · Tropenmedizin · Reisemedizin - FTR, 26(01), 18-24.
<https://doi.org/10.1055/a0822-0273>
- CDC, 2022 Monkeypox: Information for Healthcare Professionals, <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/hcp/index.html>
- <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Affenpocken/Kontaktpersonen.html>
- [Epidemiological update: Monkeypox multi-country outbreak \(europa.eu\)](#)



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)