

Offene Lungentuberkulose

Meldepflicht: Erkrankung und Tod, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt sowie Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung aber verweigern, sind namentlich zu melden an:

Gesundheitsamt

Abteilung Infektionsschutz
Paulstraße 22; 18055 Rostock
Fax: 0381 381 9552

Laut Infektionsschutzgesetz § 7 (1) ist der direkte Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis* namentlich zu melden. Meldung erfolgt durch das Labor!

Meldepflichtig ist der feststellende Arzt.

Formulare sind über imikro.med.uni-rostock.de bzw. im SAP abrufbar.

Benachrichtigung der Hygienefachkraft (Tel.: 494 5014)

Erreger: Mycobacterium tuberculosis-Komplex
(*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*)

Infektiöses Material: Respiratorische Sekrete

Übertragungsweg: Aerogene Übertragung
Kontaktübertragung über kontaminierte Hände oder Medizinprodukte möglich

Inkubationszeit: D. h. die Zeit zwischen Infektion mit *M. tuberculosis* und einer messbaren Immunantwort.
Im Durchschnitt 6-8 Wochen
Ca. 90% der Infektionen verlaufen asymptomatisch
Bakterien persistieren in (verkalkten) Lymphknoten
Reaktivierung nach Jahrzehnten möglich!

Dauer der Infektiosität: So lange säurefeste Stäbchen mikroskopisch oder kulturell nachweisbar sind
(z. B. im Sputum, abgesaugtem Bronchialsekret, Magensaft)
Ein Nukleinsäurenachweis belegt dagegen, für sich betrachtet, nicht zwingend eine Infektiosität!
Unter einer wirksamen antituberkulösen Kombinationstherapie sind Patienten innerhalb von 2-3 Wochen in der Regel nicht

Offene Lungentuberkulose

mehr infektiös.

Die Einschätzung obliegt dem behandelnden Arzt!

Diagnostik: (zum Erstnachweis bzw. Verlauf)	Mikroskopischer und kultureller Erregernachweis aus den Untersuchungsmaterialien für alle Phasen der Erkrankung Molekularbiologischer (PCR) Nachweis nur für die initiale Untersuchung
--	---

Hygienemaßnahmen/Schutzmaßnahmen:

Wichtig:

Patienten zur **Hustenetikette** anhalten, d. h. niemanden direkt anzuhusten bzw. Mund und Nase beim Husten mit einem Tuch (innerhalb des Patientenzimmers) bzw. mit einem Mund-Nasen-Schutz (siehe unten) bedecken!

Ferner haben die Patienten beim Husten auf einen Mindestabstand von 1 Meter zu achten und sich nach Möglichkeit von anderen Personen abzuwenden.

Isolierung:

Bereits bei Verdacht!

Zimmer mit eigener Nasszelle

Patient sollte Zimmer so wenig wie möglich verlassen, wenn Verlassen erforderlich – siehe Mund-Nasen-Schutz!

Die Tür des Zimmers muss stets geschlossen sein!

RLT-Anlage

Wenn keine RLT-Anlage vorhanden, häufiges Fensterlüften des Zimmers bei geschlossener Tür

Wenn eine RLT-Anlage vorhanden, ist im Patientenzimmer ein Unterdruck einzustellen.

Kohortenisolierung

Keine Kohortenisolierung

Superinfektionen mit anderen Erregern sind nicht auszuschließen

In der Regel Infektionen der verschiedenen Patienten mit unterschiedlichen Stämmen

Ausgenommen sind Fälle mit direkter Infektion, z. B. von Mutter zu Kind bzw. mit erwiesener klonaler Identität der Erreger

Offene Lungentuberkulose

Entisolierung:	<p>Nach Vorliegen von <u>3, innerhalb einer Woche gewonnenen, negativen Sputumdirektpräparaten.</u></p> <p>Jede Entscheidung zur Isolierung muss individuell vom behandelnden Arzt getroffen werden.</p>
Kontaktpatienten:	<p>Bei mindestens kumulativ 8 Stunden ungeschützter Anwesenheit im selben Raum, muss eine Meldung an das Gesundheitsamt erfolgen.</p> <p>Formulare sind über imikro.med.uni-rostock.de bzw. im SAP abrufbar.</p>
Besucher:	<p>Die jeweiligen Patientenzimmer sind mit der Isolierungstafel zu kennzeichnen.</p> <p>Alle Personen (Besucher wie Mitarbeiter) müssen sich vor dem Betreten des Zimmers im Stationsstützpunkt melden.</p> <p>Besucherkreis ist auf die wichtigsten Bezugspersonen zu beschränken.</p> <p>Keine Kinder unter 5 Jahren, 5- bis 14-jährige nur in begründeten Ausnahmefällen</p> <p>Die Besucher werden vom Stationspersonal über die Infektionsrisiken informiert und in die speziellen Hygienemaßnahmen eingewiesen.</p> <p>Grundsätzlich gelten die gleichen Hygienemaßnahmen wie für das medizinische Personal.</p>
Ambulanter Bereich/ Aufwachraum:	<p>Patienten sind zu Beginn oder am Ende der Sprechstunde einzubestellen (ggf. in einem separaten Raum).</p> <p>Es gelten dieselben hygienischen Maßnahmen wie bei einem stationären Aufenthalt.</p>
Händedesinfektion:	<p>Händedesinfektion gemäß Basishygieneordnung.</p> <p>Alle im Hause verfügbaren Händedesinfektionsmittel sind geeignet.</p> <p><u>Patient</u></p> <p>Insbesondere nach Hantieren mit Einmaltaschentüchern; vor dem Anlegen eines Mund-Nasen-Schutzes</p>
Einmalhandschuhe:	<p>Erforderlich bei Kontakt mit erregerehaltigem Material, Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen</p> <p>Nach dem Ablegen hygienische Händedesinfektion!</p>

Offene Lungentuberkulose

Schutzkittel: Erforderlich beim Betreten des Patientenzimmers;
beim Verlassen im Zimmer bzw. in der Schleuse entsorgen

Mund-Nasen-Schutz: **Erforderlich!**

Schutzwirkung hängt maßgeblich vom korrekten Tragen ab!

Personal/Besucher

Tragen von speziellen **Schutzmasken**

FFP2-Maske mit Ausatemventil über Geschäftsbereich
Zentraleinkauf und Logistik (GB ZuL) erhältlich

Bei multiresistenten *M. tuberculosis*-Stämmen

Tragen von FFP3-Masken

Masken sind nach Gebrauch zu verwerfen

Mehrfachgebrauch nur unter bestimmten Bedingungen
möglich

(siehe Bekleidungsordnung der UMR/Atemschutzmaske)

Die Schutzmaske muss vor Betreten des Patientenzimmers
angelegt werden!

Auf korrekten Sitz achten!

Patient

Anlegen des Mund-Nasen-Schutzes vor Verlassen des
Zimmers

Wechsel bei Beeinträchtigung der Funktion
z. B. Durchfeuchtung

Patienten, von denen ein spezielles Risiko ausgeht
(Resistenzen und Multiresistenzen), tragen außerhalb des
Isolationsraumes eine FFP2-Maske **ohne** Ausatemventil.

Schutzbrille: Keine

Wäscheentsorgung: Entsorgung im Patientenzimmer bzw. Schleuse
Transport zur Wäscherei im fest verschlossenen Plastiksack
(für infektiöse Wäsche)

Geschirr: Geschirrspülautomat, Betriebstemperatur > 60°C
Sofern vorhanden, chemisch-thermische Desinfektion mit
Gewerbegeschirrspüler

Offene Lungentuberkulose

Pflege-/Behandlungs- und Untersuchungsgeräte u. -Hilfsmittel: (Medizinprodukte)	Nach Gebrauch desinfizieren bzw. Aufbereitung nach Herstellerangaben bzw. verwerfen
Abfallentsorgung:	Nur die mit infektiösem Material kontaminierten Gegenstände müssen als Abfall der Gruppe C (AS 18 01 03; blaue Tonne) entsorgt werden. Sonst normale Entsorgung ("Krankenhausspezifische Abfälle"- AS 180104 / 180101/ Abfallgruppe B) Fäzes und Urin in die Kanalisation
Flächendesinfektion:	Desinfektion aller erreichbaren Flächen Desinfektionsmittel laut Desinfektionsmittelplan Gebrauchskonzentration auf 2 % erhöhen! Eine Verneblung der Raumluft durch Formaldehyd ist nicht erforderlich (Nur auf Empfehlung des Amtsarztes!)
Patiententransfer:	Die Zieleinrichtung ist über Infektion zu informieren. Kontakt zu anderen Patienten und Besuchern vermeiden. <u>Patient</u> Trägt einen Mund-Nasen-Schutz (siehe Erklärung M-N-S) <u>Personal (unmittelbar betreuendes Personal)</u> Trägt Schutzkittel, FFP2-Maske (siehe Erklärung M-N-S) <u>Im Anschluss an den Transport</u> Erfolgt eine Wischdesinfektion aller möglichen Kontaktflächen (siehe Flächendesinfektion) Entsorgung der Schutzkleidung Hygienische Händedesinfektion
Besonderheiten im OP:	Am Ende des OP-Programms, danach Wischdesinfektion Siehe Desinfektionsmittelplan: Flächendesinfektion 2 %



Offene Lungentuberkulose

Besonderheiten für das Personal:

Bei Kontakt ohne Schutzmaßnahmen

Meldung an Betriebsarzt*in und Gesundheitsamt

Formulare sind über imikro.med.uni-rostock.de bzw. im SAP
abrufbar

Schwangere Mitarbeiterinnen

Arbeiten auf Station ist möglich.

Kontakt mit dem erkrankten Patienten ist zu vermeiden.